

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO: GESTÃO E ASSISTÊNCIA EM GERONTOLOGIA

CAROLINA NUNES PRASERES AIRES
WAGDA KISS CUTRIM LIMA

**CONTRIBUIÇÃO DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

São Luís
2013

CAROLINA NUNES PRASERES AIRES
WAGDA KISS CUTRIM LIMA

**CONTRIBUIÇÃO DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Especialização em Saúde do Idoso: Gestão e Assistência em Gerontologia da Faculdade Laboro – Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Gerontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Monica Elinor Alves Gama

São Luís
2013

CAROLINA NUNES PRASERES AIRES
WAGDA KISS CUTRIM LIMA

**CONTRIBUIÇÃO DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado ao curso de Especialização
em Saúde do Idoso: Gestão e Assistência
em Gerontologia da Faculdade Laboro –
Universidade Estácio de Sá, para
obtenção do título de Especialista em
Gerontologia.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo USP

Prof. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

À Deus pela força de vontade e fonte de vida que em alto grau me favoreceu.

Aos nossos pais pelo carinho e incentivo constantes.

Aos professores, orientadores e colegas de turma que muito somaram para o andamento e realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois em todos os momentos difíceis das nossas vidas, principalmente durante o curso que às vezes com desânimo, impaciência, achava que não iria conseguir devido a tantas dificuldades, mas a nossa fé e força de vontade sempre foram maiores. Obrigado Senhor. Conseguimos!

Aos nossos pais, pelo incentivo e por acreditarem que somos capazes no que nos propomos a fazer com muita determinação. Amamos muito vocês!

Aos nossos grandes amores Jonathan Sampaio Ribeiro e Roberto, companheiro de todos os momentos, pela compreensão e pelo apoio em todos esses anos que de forma direta ou indireta contribuiu muito para que alcançássemos nosso objetivo. Amo-te!

Aos professores que com seus conhecimentos contribuíram para nossa formação.

À professora Dr^a Mônica Gama, que com muita dedicação e amor pelo que faz e muita competência desempenhou bem sua função ao orientar-nos neste trabalho.

Aos nossos colegas de turma, que durante esse período conviveram conosco com muita determinação e força de vontade em busca dos nossos objetivos acadêmicos. Na busca de um futuro promissor, no entanto, partimos para essa luta árdua, sempre dedicada e com o espírito imbuído pelo profissionalismo.

“Envelhecer com dignidade é um direito que todos devem ter.”

Queiroz

RESUMO

Contribuição fonoaudiológica como auxílio para a promoção da qualidade de vida do idoso. O objetivo desse trabalho é esclarecer as alterações presentes na vida do idoso abordando a atuação fonoaudiológica. Buscou-se com este trabalho demonstrar o processo natural do envelhecimento com suas principais alterações, enfocando a atuação fonoaudiológica. Dentre as principais alterações encontradas no processo de envelhecimento citou-se: presbiacusia ou perda auditiva que acompanha o processo de envelhecimento; presbifonia, que é a alteração vocal devido às modificações trazidas pelo processo de envelhecimento; presbifagia, que é a dificuldade da passagem dos alimentos, em consequência dos efeitos do processo do envelhecimento. Questões sobre o processo de envelhecimento, o que é presbiacusia, o que é presbifonia e o que é presbifagia foram abordadas, nesta discussão bibliográfica. Ao concluir esta pesquisa, ressalta-se a necessidade de acompanhamento e auxílio de profissionais especializados na área da fonoaudiologia tanto para orientação, habilitação e reabilitação, já que este não é um processo simples e em associação ao envelhecimento pode acarretar sérias consequências na vida do idoso.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de vida. Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Contribution fonoaologic, how auxiliary to the promotion of the old's quality life. The purpose this work is to clear the alterations presents in the old's life according to the fonoaudiologic function. Searched itself with this work to show the natural process of grow old with their main alterations. Concentrating the fonoaudiologic situation. Inside the main alterations met in the process of grow old. Cited itself presbycusis or loss of audition what to go with the grow old process. Presbycusis is the vocal alteration because the modifications bringing for grow old process. Presbycusis is the difficulty of food's passage, that's why it affects of grow old process. Questions about the grow old process, what is presbycusis, what is presbycusis and what is presbycusis gone boarded in this bibliography discussion. At to conclude this research, emphasize itself the necessity of attendance and reinforcement of specialized professionals in the fonoaudiology area as for orientation, habilitation and rehabilitation, since this not a simply process and in association to grow old can to occasion serious consequences in old's life.

Keywords: Old. Life quality. Fonoaudiology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO.....	11
3	METODOLOGIA.....	12
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1	Envelhecimento	13
4.2	Desordens associadas na vida do idoso.....	16
4.3	Alterações de linguagem associadas ao processo de envelhecimento.....	21
4.4	Alterações neurológicas	23
4.5	Presbiacusia	26
4.6	Presbifonia	33
4.7	Distúrbios da motricidade oral no idoso	39
4.8	Presbifagia	40
5	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	43
6	A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA JUNTO AO IDOSO	44
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

A velhice é vista como um mau aterrorizante, assustador e desnecessário. O mundo vive uma constante busca pela eterna fonte da juventude num momento de culto ao corpo e à beleza. Com o avanço da medicina e a conservação da saúde, a expectativa de vida está aumentando, contribuindo para uma vida mais longa e, conseqüentemente, para o aumento da população da terceira idade.

O processo de envelhecimento é global, deteriorativo e irreversível.

Ele é considerado uma etapa natural do desenvolvimento humano. É um fato universal por ser comum a todos os seres vivos em idades avançadas, gradativo e lento.

Dentre as alterações sensoriais que acompanham o processo de envelhecimento, podemos citar:

- A presbiacusia, que se refere a uma alteração na audição que acompanha o processo de envelhecimento.
- A presbifonia, que é o envelhecimento da laringe, resultando na deterioração da voz.
- A presbifagia, que é a desorganização da deglutição, em conseqüência dos efeitos do envelhecimento.

Os problemas anatômicos e/ou funcionais do sistema sensorio motor também interferem diretamente na fala e nas funções orais principalmente na mastigação e na deglutição. Dessa forma, torna-se importante a com a atuação fonoaudiológica na tentativa de minimizar o impacto produzido pelo processo de envelhecimento.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo mostrar a atuação fonoaudiológica como auxílio para a promoção da qualidade de vida do idoso.

A presente pesquisa encontra-se organizada em seções que compreendem: introdução, descrição do conceito do processo de envelhecimento, comentários sobre as desordens associadas na vida do idoso, relatos das alterações de linguagem, definição da presbiacusia, presbifonia e presbifagia com seus tipos, etiologia e quadro clínico, dando enfoque à equipe multiprofissional e explanando a intervenção fonoaudiológica.

2 OBJETIVO

Estudar as contribuições da Intervenção Fonoaudiológica para a promoção da qualidade de vida do idoso, a partir da literatura especializada.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

3.1 Revisão da Literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da Pergunta:** o que a literatura descreve sobre os indicadores de fragilidade no idoso?
- **Localização e seleção dos estudos:** serão considerados os estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como Google Acadêmico. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Site BIREME e Scielo.
- **Período:** 1999 a 2009.

Coleta de Dados: Serão coletados dados relativos às alterações fonoaudiológicas encontrados nas pessoas idosas senescentes. Descritores (palavras chave): Idoso – qualidade de vida. Fonoaudiologia.

- **Análise e apresentação dos dados (questões ou capítulos):**

Envelhecimento

Desordens associadas na vida do idoso

Alterações de linguagem associadas ao processo de envelhecimento

Alterações neurológicas

Presbiacusia

Presbifonia

Distúrbios da motricidade oral no idoso

Presbifagia

Equipe multiprofissional

A intervenção fonoaudiológica junto ao idoso

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Envelhecimento

De acordo com Néri e Freire (2003), o envelhecimento é definido como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações funcionais, morfológicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. O envelhecimento é perceber que o idoso vive constantemente ajustando mecanismos que visam superar suas habilidades em declínio da melhor maneira possível a fim de manter um equilíbrio entre ele mesmo e a sociedade. Acrescenta ainda que o processo de envelhecimento se caracterize por uma redução da capacidade de adaptação perante situações de sobrecarga funcional do organismo.

Mac-Kay (2004) relata que nos países em desenvolvimento, é considerado idoso o indivíduo com mais de 60 anos de idade e nos países desenvolvidos, o indivíduo com mais de 65 anos de idade. Senescência é o nome dado à fase da vida caracterizada pelas conseqüências de alterações orgânicas, funcionais, psicológicas, de comunicação e linguagem, que acometem a pessoa idosa. A senescência é o nome da fase de vida caracterizada pelas conseqüências de alterações no envelhecimento por doenças que são mais freqüentes em idosos. Senilidade é o estágio final da senescência, é quando o risco de mortalidade beira os 100%. O ser humano é programado desde o nascimento para crescer, desenvolver-se, procriar e morrer. Entre o período de procriar e a morte, o indivíduo passa pelo processo de envelhecimento. (ZAMPERLINI; KYRILLOS; SANTOS, 1997, p. 41).

O envelhecimento é caracterizado por modificações de todas as estruturas e sistemas, que provocam uma diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente. Porque todos os seres vivos de reprodução envelhecem, modificando-se com o tempo em direção a uma diminuição de sua performance (MAC-KAY, 2004).

Segundo Zimmerman (2000), no Brasil tem acontecido nas últimas décadas um crescimento acelerado da população idosa. Nosso país vem apresentando uma expressiva mudança no seu perfil populacional, pois de uma situação de elevadas fecundidade e mortalidade, passou-se de baixa fecundidade a menor mortalidade. A

esperança de vida atual é de 67 anos de idade e, em 2025, poderá chegar aos 74 anos. Isto torna necessário que haja maior dedicação e mais estudos dos profissionais que se ocupam da saúde desta população, incluindo fonoaudiólogos.

A qualidade de vida ou o estado de saúde implica a capacidade de realização das atividades da vida diária, o desempenho das suas atividades e o desenvolvimento de atividades rotineiras para a tomada de decisões sobre sua própria vida. (MAC-KAY, 2004).

Zamperlini, Kyrillos e Santos (1997) relatam que o processo de envelhecimento é considerado em muitas culturas de maneira pejorativa, como um início apenas de que um fim se aproxima. O idoso é estimulado a abrir mão dos seus desejos, de seus ideais, a permitir de ter esperanças no futuro e simplesmente aguardar o inesperado. Já em outras culturas, o idoso é idolatrado como sábio como aquele que adquiriu toda a experiência e por isso é valorizado e consultado por todos que procuram para usufruir de seus conhecimentos.

As maiores partes das filosofias afirmam que o envelhecer é uma transformação imutável, baseada unicamente em alterações biológicas. As nossas células do corpo são programadas para deteriorar-se em determinada idade cronológica ou simplesmente envelhecem. Os autores acima descritos consideram que a velhice é como algo fatal e universal, que ocorre da mesma maneira em todos os indivíduos, independente de cor, raça, origem, ou seja, de suas características pessoais. Definem-se, então, dois estágios no desenvolvimento da velhice:

- a) Há um rompimento dos vínculos estabelecidos pelos papéis do trabalho e da liderança da família;
- b) No segundo, ocorre a dependência terminal, na qual o indivíduo que envelhece não pode mais manter os comportamentos necessários para a saúde, à higiene e convivência.

De acordo com Zimerman (2000), velho é aquele que possui diversas idades: a idade do corpo, a idade da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade.

Mac-Kay (2004) descreveu a velhice como um fenômeno biológico, que acarreta conseqüências psicológicas, que transforma a relação do indivíduo com o tempo e, portanto sua relação com o mundo e com sua própria história e que na sua velhice a relação entre o biológico e o psicológico é bastante evidente. Os riscos de

estas pessoas manifestarem alterações psicológicas que podem variar desde uma alteração psiquiátrica até uma depressão são muito grandes.

Russo (1999) dividiu o processo de envelhecimento em três etapas: envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico e envelhecimento sociológico:

- a) Envelhecimento biológico: refere-se às mudanças físicas que acarretam em todos os níveis de organismos do indivíduo,
- b) Envelhecimento psicológico: refere-se às mudanças no comportamento do indivíduo, em seu sentimento, pensamento e reação,
- c) Envelhecimento sociológico: refere-se a mudanças no papel do indivíduo no meio como resultado direto das mudanças biológicas e psicológicas relacionadas com a idade.

Essas considerações deixam claras que o idoso necessita de um acompanhamento especializado.

A velhice é um estado, um território, é uma passagem, um movimento, uma evolução, um povir. Não é um arquétipo: cada um tem a sua velhice, a velhice que merece. Não é um caminho fechado, e sim aberto. Não é um rio definitivamente seco, mas uma nascente corrente. Portanto, permaneceremos vivos enquanto não morremos. (DUBOIS-DUMÉE, 1999, p. 25).

Goldman e Goldman (apud GIACHETI; DUARTE, 1997) relatam que as manifestações decorrentes ao processo de envelhecimento geralmente vêm acompanhadas de perturbações fisiológicas e biológicas. Está provado que o envelhecimento não atinge simultaneamente todos os órgãos com o mesmo impacto. Estudos têm demonstrado que os órgãos dos sentidos despertam a atenção precocemente, pois os sintomas funcionais são os mais rapidamente detectados. Também é comum encontrarmos em idosos prejuízos na audição, na linguagem, nas funções neurovegetativas (deglutição e mastigação).

Segundo os mesmos autores, diante das dificuldades encontradas no cotidiano, considera-se que envelhecer é um processo possível, no entanto, é necessário o equilíbrio entre todos os aspectos de alterações nesta época do desenvolvimento, para que assim o idoso possa desfrutar de uma velhice saudável e feliz.

4.2 Desordens associadas na vida do idoso

Sontang (apud GUIMARÃES, 2004) afirma que o processo de envelhecimento representa uma etapa natural do desenvolvimento humano. Assim, nas demais fases da vida, há uma série de alterações que implicam na funcionalidade, socialização e valorização do indivíduo. Desta forma, para envelhecer de maneira saudável é necessário atentar para tais modificações a fim de minimizar um processo associado às mudanças naturais.

De acordo com Gallo et. al. (apud REICHEL; GALLO, 2001), não se pode deixar de citar as inúmeras alterações que o processo de envelhecimento traz consigo, sendo estas naturais e gradativas, podendo se verificar em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, levando-se em consideração as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente com o modo de vida de cada um.

Russo (1999) relata que a diminuição auditiva acarreta inúmeras conseqüências na vida do idoso deficiente. A perda auditiva no idoso pode estar acompanhada de outras patologias que também acometem este indivíduo, como diminuição da memória sensibilidade tátil destreza e acuidade visual.

Os portadores da presbiacusia (perda de audição) têm como principal conseqüência à dificuldade comunicativa, ou seja, “ouvem, mas não entendem”.

Esta dificuldade permite o isolamento da pessoa idosa, perda da auto-estima, depressão, angústia, frustrações, onde há um declínio na qualidade de sua comunicação e podem ser desencadeados distúrbios psicológicos e sociológicos em decorrência da situação. (RUSSO, 1999).

A presbiacusia compõe a conseqüência das limitações físicas e sociais.

Russo (1999) relata que o idoso com diminuição auditiva conseqüentemente apresentará alterações na sua comunicação, devido aos déficits sensoriais, que levam a um impacto profundo, devastador em seu processo de comunicação.

Zimerman (2000) relata que existem diversas alterações no idoso, tanto na questão dele, como no relacionamento dele com outras pessoas em função de: aspectos sociais e aspectos psicológicos.

Segundo o mesmo autor, as principais mudanças ocorridas nos aspectos sociais e psicológicos na vida do idoso, dentre as quais, descreveremos algumas a seguir:

a) Aspectos sociais,

- há uma crise de identidade provocada pela falta de papel social, o que permite uma perda de sua auto-estima;
- mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade, acreditando na sua incapacidade de comunicação, impedindo-o de desempenhar o seu papel na sociedade;
- aposentadoria;
- perdas diversas e conseqüentemente diminuição dos contatos sociais, dentre outros.

b) Aspectos psicológicos,

- dificuldades de se adaptar a novos papéis, com sentimentos de constrangimentos, frustração, raiva, derrota e afastamento das situações comunicativas;
- falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro. Muitos deles se sentem depressivos pela incapacidade de entender o que as pessoas estão falando;
- perda da auto-estima e confiança, depressão, angústia, medo e frustração;
- necessidade de se adaptar às mudanças rápidas, podendo ter como reflexos: hipocondria, somatização, paranóia, suicídio;
- diminuição de auto- imagem e auto-estima, dentre outros.

Segundo o mesmo autor relata alguns pontos positivos a nível psicossocial para se ter um bem estar na velhice são: auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal, que para ele, servem para desfazer alguns mitos em relação à velhice, como o de que essa etapa da vida seria um tempo de infelicidade e insatisfação.

Russo (1999) acrescenta que um dos fatores que alteram o humor do idoso é também a rejeição, o isolamento e a solidão, sendo esses fatores efeitos do meio e não conseqüências fisiológicas.

O paciente idoso exerce uma grande pressão sobre ele mesmo para tentar ser bem compreendido na fala, favorecendo assim a ansiedade e com isso aumentando a probabilidade de falhar na mensagem desejada. Com isso, essa paciente passa por uma grande frustração e raiva permitindo o afastamento da situação de comunicação, facilitando o isolamento. (RUSSO, 1999).

Russo (1997) ressalta que comunicar é partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, idéias, desejos e aspirações, com quem passamos a ter algo em comum. A comunicação feita por meio da linguagem falada responde a necessidade vital do homem na busca de novas experiências e conhecimentos, sendo um ato social fundamental em nossas vidas. Entretanto, a aquisição e a manutenção da linguagem falada requerem entre outras coisas uma perfeita audição; ouvir a linguagem por determinado tempo é essencial para ultimar o seu uso.

Segundo o mesmo autor, a audição é imprescindível como mecanismo de alerta e defesa contra o perigo, permitindo localizar fontes sonoras à distância, dando-nos segurança e participação vital. Todavia, com o passar do tempo, pela associação de fatores, como a exposição do ouvido a ruídos intensos, uso indiscriminado de medicamentos, tensão diária e doenças, é perdida a sensibilidade auditiva, reduzindo, assim, a área de audição. Ouve-se, mas não se entende principalmente em ambientes ruidosos; sons fortes nos incomodam; zumbido e dificuldade de perceber sons musicais mais agudos.

Todas essas dificuldades apresentadas pelo portador da deficiência auditiva são algo muito além do fato do indivíduo não ouvir bem, levando as implicações psicossociais sérias para a vida toda deste indivíduo e para os que convivem com ele diariamente. As frustrações que ele vivencia pela inabilidade de compreender o que os familiares e amigos estão falando, representam um desafio. É, portanto, mais cômodo afastar-se das situações nas quais ocorra a comunicação ao invés de enfrentar embaraços decorrentes da falta de compreensão ou respostas inapropriadas dadas às questões não entendidas. (RUSSO, 1997).

Os sentimentos de constrangimento, frustração, vergonha e raiva devido à impossibilidade para se comunicarem são grandes sentimentos apresentados pelos idosos.

Com o passar dos anos, o indivíduo vai sofrendo alterações em toda a sua função corporal, tanto pela audição, como pelo envelhecimento vocal e pelo seu

funcionamento estomatognático, o que é refletido por modificações nos seus sistemas locomotor, neurológico e respiratório. Como a produção vocal depende do adequado funcionamento desses sistemas, observa-se que mudanças relacionadas com a idade refletem nas características vocais. O impacto do envelhecimento na voz ocorre de modo paralelo ao de outras funções do corpo. (RAMMAGE apud PONTES; AZEVEDO; BEHLAU, 2004).

De acordo com Mac-Kay (2004), as alterações encontradas no processo de envelhecimento confrontam o indivíduo com uma série de problemas pessoais e sociais e a comunicação torna-se a diferença crucial entre o isolamento e o vínculo social, entre a dependência e a independência, entre o vazio da solidão e o sentimento de ser e pertencer.

Segundo o mesmo autor relata, um dos principais fatores que assegura a boa qualidade de vida do idoso é o relacionamento social, sendo este dependente de um adequado processo de comunicação, que está ligado intimamente com a audição, linguagem, voz e deglutição.

De acordo com Russo (1997), a habilidade de se comunicar possibilita ao indivíduo estabelecer um relacionamento entre os seres humanos, devendo esta capacidade merecer maior atenção no que se refere a melhor qualidade de vida dos indivíduos idosos, sabendo-se que esta população está mais propensa a alterações de linguagem, voz e audição, que podem comprometer a comunicação e, conseqüentemente prejudicar o envelhecimento saudável.

Morcelli (apud RUSSO, 1997) ressalta que a audição é uma função fundamental na comunicação do ser humano. A perda da audição limita seriamente a comunicação do idoso, trazendo implicações muito profundas nas relações interpessoais.

De acordo com Brasolotto (2004), a alteração da voz também é um fator muito importante na comunicação oral, pois ela é um instrumento de expressão e comunicação. As alterações hormonais, ineficiência muscular da laringe, a redução da capacidade respiratória, bem como outras mudanças no uso das cavidades de ressonância, em função do envelhecimento, ocasionam variações vocais e progressivas que prejudicam a função da comunicação.

Tanigute (1998) afirma que os problemas anatômicos e/ou funcionais do sistema sensorio motor oral interferem diretamente na fala e nas funções orais. Dessa maneira, é extremamente importante estar se trabalhando com alimentação, no

sentido de abordar hábitos alimentares que possam estar interferindo de forma negativa nessas funções e, conseqüentemente estar prejudicando a função da fala e a comunicação.

Desta maneira faz-se necessário ter sabedoria para aceitar as limitações inevitáveis impostas pela velhice e para encarar a finitude da vida, considerando o envelhecimento uma perda progressiva da eficiência funcional e lembrando que cada idoso é um indivíduo diferente, que precisa de um cuidado especial, de acordo com as suas necessidades.

4.3 Alterações de Linguagem Associadas ao Processo de Envelhecimento

Bilton, Viúde e Sanches (2002) relatam que a linguagem permite a transmissão dos conhecimentos que o homem adquiriu ao longo da sua vida. É através da linguagem que as pessoas resolvem seus problemas, expressam suas idéias, pensamentos e sentimentos. A linguagem possibilita o crescimento e o desenvolvimento do potencial que existem em cada um, ativos e intensificados através das relações humanas.

Russo (1997) relata que a linguagem é uma capacidade humana abstrata de representação de conteúdos que diz respeito à elaboração, simbolização de pensamentos, estabelecendo o veículo da comunicação. A linguagem compreende de várias formas: expressão não-verbal, expressão facial, corporal, risos, gestos e choro.

Para Ribeiro (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002), o envelhecimento é uma deterioração da capacidade comunicativa do mesmo modo dos aspectos da vida e da saúde. Existem várias maneiras de se envelhecer que dependem de ordens biológicas, psicológicas, social, histórica, cultural.

Segundo Bilton, Viúde e Sanches (2002) a linguagem do idoso passa por transformações. Na verdade, todos nós podemos apresentar sintomas descritivos como sendo característicos da linguagem de idoso; às vezes nos faltam as palavras, outras vezes falamos confusamente ou não entendemos exatamente o que nos foi dito, nos distraímos no meio de uma conversa, cometemos erros fonéticos, inventamos palavras, ou não completamos frases e muitas vezes não controlamos o efeito que nossas palavras podem causar. Esses sintomas podem ocorrer quando estamos tensos ou cansados, mas somos capazes de manter a comunicação de forma efetiva.

Mac-Kay (2004) ressalta que a comunicação faz parte da interação social do homem e é essencial para a satisfação de necessidades básicas, estabelecendo relações interpessoais, aquisição de novos conhecimentos e para a expressão, compreensão, troca de idéias e informações nos diversos contextos da vida diária, familiar, trabalho e lazer.

Segundo o mesmo autor o ato de comunicar envolve habilidades sensoriais, motoras, cognitivas e lingüísticas; tudo o que for restrito ou limitante a sua funcionalidade nele se reflete, podendo ou não vir a se configurar. Os distúrbios

da comunicação podem ocorrer de forma variada incluindo: alterações funcionais dos órgãos fonoarticulatórios, lentidão nos processos práxicos orofaciais e da fala, dificuldade na manutenção da fonação na fala encadeada, dificuldade para acessar o léxico e alterações na audição.

Para Caudry (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002), a prática de avaliação e de intervenção em idosos compreende o estudo das funções da linguagem afetadas para elaboração de processos alternativos de significação. Para isto, é preciso dar visibilidade aos aspectos patológicos, expondo a linguagem em toda sua complexidade, colocando o idoso diante de um trabalho inferencial, que é lingüístico e cognitivo. A avaliação terapêutica deve ser baseada em uma teórica fundamentalmente enunciativa, para a atividade da linguagem. Essa concepção aponta o fato de que os contextos de uso mental e sócio-cultural da linguagem a ser avaliada e tratada ampliam-se para produzir um conhecimento o mais completo possível da deficiência, por parte do idoso e do fonoaudiólogo e das vias explicativas, baseadas nos níveis de análise lingüística e nos modos de enfrentá-lo.

Penteado (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002) relata que é extremamente importante conhecer a linguagem das pessoas idosas, as mudanças que ocorrem ao longo do tempo, seus mecanismos e deficiências, pois deste modo não será possível desenvolver programas de intervenção e prevenção a serem postos em prática no âmbito familiar, nas instituições, nos lares dos idosos, e desse modo poder contribuir para a conservação da comunicação destes idosos nas melhores condições possíveis.

Segundo os mesmos autores a fonoaudiologia vem pesquisando a linguagem do indivíduo idoso nos casos de afasias e demências e também realizando estudos para compreender e minimizar as conseqüências da presbiacusia e da presbifonia na comunicação. Existe falta de estudos relacionados à linguagem no envelhecimento sadio, estudos estes necessários para que seja possível atuar preventivamente com o objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida ao indivíduo idoso.

4.4 Alterações neurológicas

Mac-Kay (2004) refere um grande número de doenças que podem contribuir para os distúrbios de comunicação e linguagem no idoso. A demência é um dos principais quadros que afetam a população da terceira idade.

Souza (2000) relata que é comum nos depararmos com quadros de demências. A demência afeta o idoso com mais de 65 anos de idade. Este episódio tem aumentado nos países ocidentais.

Andrade, Amorim e Nobrega (2006) ressaltam que o termo demência é um comprometimento adquirido e crônico das funções cerebrais, ou seja, de duas ou mais funções a seguir: linguagem, memória, abstração e personalidade, interferindo nas atividades da vida diária da pessoa.

Segundo Mac-Kay (2004) o quadro demencial caracteriza-se por uma demência progressiva como: doença de Alzheimer, Afasia, Parkinson, entre outras.

Souza (2000) ressalta que o distúrbio da linguagem na demência, não pode ser definido da mesma maneira que o distúrbio de linguagem da afasia, pois a demência está associada a uma variedade de déficits cognitivos, enquanto que na afasia o distúrbio de linguagem apresenta-se primeiro. Os pacientes portadores de demência apresentam distintas alterações que podem assemelhar-se a um quadro de afasia.

De acordo com Bilton, Viúde e Sanches (2002) o acidente vascular cerebral é responsável pela afasia do idoso. A afasia é uma desordem da linguagem em consequência de uma lesão não generalizada no cérebro. A lesão pode provocar comprometimentos na linguagem, mais relacionados à expressão de linguagem, podendo também dependendo da sua extensão causar alterações de compreensão e expressão. As causas mais frequentes são as de origem circulatórias, por trombose das artérias cerebrais. Tudo que comprometa a boa irrigação cerebral pode ocasionar uma síndrome afásica.

O tratamento do idoso afásico é mais prolongado do que para aqueles pacientes que apresentam alterações de audição e deglutição. Faz-se importante ainda ressaltar que o idoso e seus familiares devem ser esclarecidos quanto às limitações do processo terapêutico. (SOUZA apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002).

Já para a demência do tipo Alzheimer, Rockland e Borba (2006) relatam que a doença de Alzheimer é uma doença cerebral e é uma das causas mais comuns de demência, sendo responsável por 50 a 70% do total das causas de demências. Sua característica é a grave e contínua perda de memória e também da habilidade de pensar, atingindo os indivíduos de meia-idade e idosos. Essa doença é de difícil diagnóstico, principalmente na fase inicial, podendo ser confundida com a velhice.

Segundo os mesmos autores, estatísticas prevêm que 15 milhões de pessoas no mundo poderão desenvolver a doença de Alzheimer até o ano de 2040.

Bilton, Viúde e Sanches (2002) relatam que os pacientes com a doença de Alzheimer apresentam um declínio progressivo na comunicação, em diferentes habilidades de linguagem, nos casos leves, moderado e severo da doença. No início da doença, ou seja, no início primário da demência, a produção de fala é fluente, bem organizada, bem articulada e bem preservada. Assim como as habilidades de compreensão auditiva, o prejuízo da memória pode afetar o discurso.

Segundo as mesmas autoras, os idosos com a doença de Alzheimer precisam de mais tempo do que os adultos normais para se lembrarem de uma palavra e são menos capazes de utilizar pistas de fonemas para facilitar as respostas. No outro estágio da doença, a alteração de linguagem fica parafásica, os pacientes afetados apresentam um número presente de equívocos verbais e erros. No último estágio da doença, o paciente apresenta um colapso da função pragmática, ou seja, é uma alteração na habilidade da linguagem.

Mudoch (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002) ressalta que durante a evolução da doença, o paciente se torna não fluente, ecolálico (repete involuntariamente as palavras que ouviu). A partir da fase leve à fase mais severa da doença, o paciente vai sofrendo uma queda nas habilidades semânticas, sintáticas e pragmáticas da linguagem. Os pacientes com a doença de Alzheimer são capazes de identificar a classe semântica a que o discurso pertence, mas não conseguem selecionar o lexema adequado para compor aquele discurso. As mudanças na organização semântica podem afetar a compreensão de uma nova informação. O processo cognitivo fica afetado quando os pensamentos estão desorganizados. É por isso que é possível que o paciente apresente dificuldades de nomeação.

Irigaray (apud SANCHES; VIÚDE; SANTOS, 2002) ressalta que as habilidades da linguagem sintática e os códigos lingüísticos sintáticos e fonológicos

apresentam-se preservados na doença, em comparação com as habilidades semânticas lexicais. Tentando colocar o paciente numa atividade discursiva intensa, percebe-se em muitos momentos que a sintaxe se apresenta desorganizada. Essas alterações podem ocorrer na construção de frases, na concordância gramatical e na presença de sentenças e frases incompletas, ou seja, o paciente interrompe a fala.

Rockland e Borba (2006) relatam que o trabalho com a linguagem nos estágios iniciais das doenças, é realizado com o idoso e seus familiares, auxiliando na adaptação ao processo de interação, que vai modificando e reorganizando a progressão da doença. Nos casos de algumas doenças neurológicas, a organização da linguagem nos níveis semântico, fonológico e pragmático é possível.

Segundo os mesmos autores o principal objetivo do tratamento é tentar promover o maior grau de possível autonomia do paciente, tentando maximizar seu desempenho funcional.

4.5 Presbiacusia

No termo grego a “*presb*” significa velho e “*akousis*” significa audição.

Presbiacusia significa etimologicamente “audição do idoso”, pois é desencadeada com o avançar da idade, bem como o envelhecimento do organismo como um todo. (HUNGRIA, 2000).

Jerger e James (1998) acreditam que o termo presbiacusia significa uma perda auditiva que acompanha o processo de envelhecimento, devido mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo com o aumento da idade.

Nerbonne (apud WEINSTEIN, 1999) relata que a perda auditiva, artrite e a hipertensão são os três problemas mais freqüentes encontrados em idosos. A perda auditiva afeta um número substancial de pessoas idosas; cerca de 30% das pessoas não institucionalizadas acima de 65 anos de idade e 70 dos residentes em asilos. A perda auditiva tende a aumentar com a idade, acometendo 33% daqueles entre 65 e 74 anos e 62% das pessoas acima de 85 anos de idade.

Segundo os mesmos autores, projeta-se que no ano de 2050, 60% dos idosos relatarão um problema de audição.

Giland e Gloring (apud WEINSTEIN, 1999) descreveram a presbiacusia como: uma diminuição auditiva progressiva ao envelhecimento, por alterações degenerativas das vias auditivas e do córtex cerebral. Os primeiros indícios de presbiacusia ocorrem a partir da quarta década de vida, mas este período de início e suas progressões variam entre as pessoas. O fator genético é de grande importância na presbiacusia, mas sua evolução parece estar relacionada também a outros fatores, tais como a exposição ao ruído, metabolismo, pressão arterial, níveis de colesterol, hábito de fumar, exercício físico e estresse.

Hull (1994) acredita que de todas as deficiências auditivas decorrentes do envelhecimento, a redução em se comunicar com o meio decorrente da deficiência auditiva é uma das mais frustrantes e também pode levar aos problemas psicossociais.

O termo presbiacusia é empregado como o envelhecimento de todo o sistema auditivo: orelha externa, orelha média e orelha interna devido ao envelhecimento fisiológico da audição. (RUSSO, 1999).

Deve-se ressaltar que apesar da presbiacusia estar centrada nas alterações de orelha interna, nenhuma parte do sistema auditivo escapa dos efeitos do envelhecimento.

Zamperlini, Kyrillos e Santos (1997) ressaltam que na presbiacusia ocorrem alterações degenerativas na orelha externa do idoso: há um aumento do tamanho do meato acústico externo devido à diminuição da elasticidade da pele e da tonicidade muscular, para que tal mudança não produza maiores efeitos na sensibilidade auditiva. Ocorre perda da elasticidade na porção cartilaginosa do meato acústico externo podendo levar ao seu colapso, introduzindo uma perda condutiva falsa nas altas frequências, resultante da pressão exercida pelo fone do audiômetro. Por outro lado, a impressão do molde auricular pode ser dificultada pelo estreitamento da entrada do meato acústico externo, bem como sua inserção e uso de consoantes, que podem produzir descamação e irritação da pele. É comum também o aumento de cerúmen e na quantidade de pêlos, principalmente nos indivíduos do sexo masculino.

Tipos

Segundo Schuknecht (apud WEINSTEIN, 1999), a presbiacusia pode ser classificada em quatro tipos:

- a) presbiacusia sensorial: causada por atrofia do nervo auditivo na base da cóclea, perda ou degeneração das células ciliadas. Geralmente se manifesta com característica abrupta, vertical nas frequências agudas e uma redução proporcional no índice de reconhecimento de fala;
- b) presbiacusia neural: resultante da perda de neurônios nas vias auditivas e na cóclea. Este tipo de presbiacusia se caracteriza por uma dificuldade da habilidade de reconhecimento de fala que não é proporcional à perda de audição para tons puros, tendo a discriminação pobre ao uso de prótese auditiva;
- c) presbiacusia metabólica: engloba a atrofia da estria vascular e desequilíbrio bioelétrico e bioquímico da cóclea. Geralmente está mais acentuada na metade apical da cóclea. É uma perda da audição plana, horizontal. A habilidade de reconhecimento de fala encontra-se

preservada e geralmente os pacientes adaptam-se aos aparelhos auditivos;

- d) presbiacusia mecânica ou condutiva: decorrente de processos atroficos da cóclea que acarretam modificações na transmissão do som dentro da cóclea. A perda auditiva é lentamente progressiva com uma configuração inclinada. A discriminação é bem preservada e por isso a prótese auditiva é bem adaptada.

Segundo o Committee on Hearing, Bioacoustics and Biomechanics (1988 apud ZAMPERLINI; KYRILLOS; SANTOS, 1997), a presbiacusia é uma patologia que afeta 33% dos indivíduos de 65 a 74 anos de idade, 45% dos idosos de 75 a 84 anos e 62% dos indivíduos com idade superior a 85 anos. A principal causa é a perda de células do Sistema Nervoso Central e ouvido médio.

Moscicki e cols (apud WEINSTEIN, 1999) relatam que alguns dos menores fatores de risco para perda auditiva variam de acordo com o sexo. Os fatores de risco para as mulheres incluem a história de doença de Menière e a história familiar de perda auditiva. Já para os homens, o fator de risco é a história de exposição a ruído.

Russo (1999) afirma que aproximadamente 55% dos adultos americanos, com perda auditiva significativa suficiente para interferir na recepção de fala, estão com mais de 65 anos.

Jerger e James (1998) afirmam que a incidência da diminuição auditiva em pacientes de pelo menos 65 anos de idade variam aproximadamente de 5 a 20% e em indivíduos com mais de 65 anos de idade.

Etiologia

Russo (1997) ressalta que a perda auditiva é uma das causas mais incapacitantes, limitando o seu portador de desempenhar o seu papel natural na sociedade. Ser portador de deficiência auditiva é algo que vai muito além do fato do indivíduo não ser capaz de ouvir bem; são considerados os problemas que advém desta deficiência e estes são: incapacidade auditiva e desvantagem (*handicap*).

- a) Incapacidade auditiva - é qualquer restrição ou falta de habilidade para desempenhar uma atividade dentro de uma faixa considerada normal para o indivíduo, principalmente aos problemas relacionados à audição experimentados pelo indivíduo com referência à percepção de comunicação em ambientes ruidosos, televisão, música, rádio e sons ambientais;
- b) Desvantagem (handicap) - refere-se aos aspectos não-auditivos, resultantes da deficiência auditiva e da capacidade auditiva, onde limitam ou impedem o indivíduo de desempenhar adequadamente as suas atividades diárias, comprometendo sua relação no trabalho, na família e na sociedade. Esta desvantagem é influenciada geralmente pela idade, sexo, e fatores culturais, sociais e ambientais. (RUSSO, 1997).

Russo (1999) ressalta que para superar todos os problemas encontrados nem sempre se torna uma tarefa simples, pois com grande frequência a nossa realidade, os profissionais que atuam na área audiológica com pacientes idosos, limitam-se ao diagnóstico e a indicação de aparelhos de amplificação sonora, oferecendo pouca ou até mesmo nenhuma atenção aos aspectos psicossociais e ao desenvolvimento de estratégias que podem ser empregadas para facilitar a comunicação e assim melhorar a qualidade de vida do idoso portador da deficiência auditiva.

Russo (1999) ressalta que para minimizar as reações encontradas no idoso nos aspectos psicossociais, faz-se necessário a seleção, indicação e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora (AASI), a programas de reabilitação audiológica, tentando melhorar ao idoso portador da deficiência auditiva e seus familiares.

Almeida (apud RUSSO, 1997) relata que se faz necessário uma atenção aos aspectos psicossociais e ao desenvolvimento de estratégias de comunicação, dentre elas a Leitura Orofacial (LOF), para assim facilitar a comunicação e melhorar a qualidade de vida destes pacientes portadores.

Segundo Russo (1999), idosos deficientes auditivos apresentam dificuldade na memória, mais precisamente no armazenamento de curta duração das informações lingüísticas, do início ao final da mensagem verbal. Outra área de dificuldade relaciona-se à pré-análise ou refinamento precoce da informação

auditivo-linguística recebida. Tal dificuldade pode estar relacionada à velocidade com a qual a fala atinge o sistema nervoso.

Segundo o mesmo autor descreveu, quando a audição não está proporcionando adequadamente uma informação sensorial sobre a fala, os aspectos visual e tátil devem ser utilizados como canais sensoriais suplementares, devendo, portanto, serem utilizados com o intuito de aumentar o potencial de comunicação de pessoas portadoras de perda auditiva.

Hull (1994) refere a necessidade de introduzir o idoso com deficiência auditiva em um programa de reabilitação auditiva, no qual o treinamento da LOF deve ser enfatizado, para assim suprir as dificuldades comunicativas encontradas quando esse faz uso somente do AASI. Ressaltou ainda em 1992 que o aconselhamento é um dos aspectos mais importantes em um programa de reabilitação auditiva, que consiste em: ajudar o idoso a manipular o ambiente afim de favorecer a comunicação, ajudar o idoso a falar sobre sua perda auditiva há pessoas que possam ajudá-lo, desenvolver habilidades com o uso da audição residual e pistas visuais, fazer parte do programa a família ou os amigos da pessoa deficiente.

Segundo o mesmo autor, o atendimento a pessoas idosas tem sido limitado ao diagnóstico e indicação de AASI por parte dos fonoaudiólogos, necessitando um trabalho mais abrangente para que estes indivíduos tenham a comunicação verbal mais efetiva.

Quadro clínico da presbiacusia

Kós e Kós (1998) descrevem a presbiacusia como uma perda auditiva bilateral, levemente progressiva, acometendo ambos os ouvidos de maneira simétrica, sendo mais acentuada nas freqüências agudas.

Segundo os mesmos autores, a perda auditiva é neurosensorial bilateral com curva descendente, progressiva com a idade e, geralmente tem como característica a diminuição da sensibilidade auditiva em freqüências agudas e com o passar dos anos, a curva audiométrica apresenta comprometimento também nas freqüências graves. Na avaliação vocal, podemos encontrar o resultado para

testagem de reconhecimento de fala alterado, se comparado com a audiometria tonal. Na imitanciometria encontra-se o timpanograma normal, com curva tipo "A", e reflexos com presença de recrutamento de Mertz. A inteligibilidade de fala encontra-se reduzida, algumas vezes compatível com a média tonal e outras, não. A discrepância entre o limiar tonal e a compreensão de fala tem uma base periférica.

Jerger e James (1998) relatam que a perda auditiva em alta frequência torna a percepção dos sons muito difícil, especialmente quando a comunicação ocorre em ambiente ruidoso, reduzindo a inteligibilidade da fala, comprometendo assim, o processo de comunicação no idoso portador de presbiacusia.

Segundo o mesmo autor relata, a perda da audição começa a atingir os adultos entre 40 e 50 anos atingindo as frequências acima de 1khz e entre os de 60 e 80 anos de idade, as frequências graves também são comprometidas, tornando a percepção das consoantes difícil, principalmente quando a velocidade da fala é rápida ou quando está em um ambiente ruidoso. A perda das informações acústicas diminui a probabilidade de se entender a fala e o maior tempo de processamento necessário para a interpretação dos sinais complexos.

Russo (1999) ressalta que nos estágios iniciais da doença, a perda auditiva não é percebida, pois se manifesta gradualmente. Com o avanço da idade, ocorre piora do limiar e da frequência. Verifica-se ainda diferença entre idade e sexo e num estudo feito pelo mesmo autor, verificou-se que os limiares de audibilidade em homens de 65-90 anos variam de 30 a 95 Db, observando-se piora nos limiares tonais para frequências baixas (250-500 Hz), indicando perda auditiva mais acentuada em tons graves.

Weinstein (1999) enfatiza que é muito comum os pacientes se queixarem de dificuldades em compreender as pessoas com vozes de tom agudo e conversas com ruído de fundo. À medida que o quadro clínico progride a comunicação requer mais esforço.

Russo (1999) enfatiza que existe também uma intolerância a sons de grande intensidade. Esta é outra queixa bastante freqüente, indicando uma presença de recrutamento. O recrutamento é um aumento desproporcional da sensação de intensidade, ou seja, é a diferença que o indivíduo detecta em seu limiar auditivo mínimo e o que ele suporta em seu limiar de desconforto. Quer dizer que quando as pessoas falam em intensidade fraca, o idoso não consegue ouvir e nem

compreender a mensagem falada, mas ao falar em uma intensidade forte, atingem o nível de desconforto do idoso.

Hull (1994) relata que é comum o idoso ouvir as pessoas falando, mas às vezes é incapaz de discernir as palavras que estão sendo faladas. São comuns os pacientes queixarem-se de que “ouvem, mas não entendem” caracterizando uma diminuição de inteligibilidade da mensagem falada e, quando associada à diminuição das funções cognitivas próprias da idade.

Russo (1999) relata que a presbiacusia dificulta a comunicação do idoso, proporcionando um efeito adverso na qualidade de vida e no bem estar social e emocional. A presbiacusia acarreta dificuldades na intercomunicação entre o idoso e o seu interlocutor, o que leva ao paciente portador da patologia a isolar-se das situações sociais e de comunicação.

De acordo com o mesmo autor a presbiacusia é uma patologia que permite muitas privações faz com que o idoso diminua gradativamente o seu contato social, promovendo alterações emocionais muitas vezes devastadoras, acarretando-se a perda de audição em decorrência da idade.

A presbiacusia, portanto, é uma patologia bastante devastadora na vida dos idosos, considerando-se que acarreta a perda de audição em decorrência da idade.

4.6 Presbifonia

Dá-se o nome de presbilaringe ao envelhecimento laríngeo inerente a idade, o que gera o envelhecimento vocal, chamado de presbifonia. (PONTES; AZEVEDO; BEHLAU, 2004).

Brasolotto (2004) ressalta que com o avançar da idade existem mudanças fisiológicas que podem alterar a voz. Essas mudanças ocorrem em todo o trato vocal, assim como ocorre com o envelhecimento de forma geral. O indivíduo idoso está mais exposto a desenvolver doenças de diversas naturezas e muitas delas podem refletir nas condições de produção vocal, como por exemplo, distúrbios neurológicos degenerativas, como doença de Parkinson, prejudicam a coordenação, flexibilidade e força, necessários a produção vocal. O envelhecimento diz respeito não somente aos aspectos relacionados à idade cronológica do indivíduo, mas também as questões biológicas.

Swine (apud PONTES; AZEVEDO; BEHLAU, 2004) relata que o processo de envelhecimento é acompanhado de modificações naturais e fisiológicas no organismo e, portanto, não é uma doença que requeira tratamento.

Segundo as mesmas autoras, a presbifonia, se refere ao processo de envelhecimento vocal, sendo a voz presbifônica a voz típica do idoso.

Bilton, Viúde e Sanches (2002) ressaltam que vale destacar as dificuldades de percepção auditiva, considerando que cerca de 1/3 dos indivíduos com mais de 65 anos de idade tem problemas auditivos que podem levar a grande desajustes e, conseqüentemente a descompensações vocais.

Behlau e Pontes (apud PONTES; AZEVEDO; BEHLAU, 2004) referem que o envelhecimento da voz acontece como um processo normal do envelhecimento humano e conseqüentemente ocorrem mudanças na laringe após os 60 anos de idade.

Greene (1989) relata que a voz do idoso é uma voz trêmula e fraca, observando que há grandes variações individuais, quanto à idade de início do envelhecimento da voz e o seu grau de deterioração. O idoso aos 75 anos de idade pode apresentar sinais visíveis de envelhecimento no aparelho vocal.

Welford (apud PONTES; AZEVEDO; BEHLAU, 2004) enfatiza que o impacto do envelhecimento vocal ocorre de modo paralelo ao de outras funções do corpo. De modo geral, considera-se um período de máxima eficiência vocal aquele

indivíduo que se estende entre os 25 e aos 45 anos de idade, sendo que a partir dessa idade uma série de alterações estruturais na laringe, com maior ou menor impacto vocal, podem ser identificados. O início da presbifonia, seu desenvolvimento e o grau de deficiência vocal dependem de cada indivíduo, de sua história de vida, além de fatores constitucionais, raciais hereditários, alimentares, sociais e ambientais, tais como aspectos de estilo de vida e atividades físicas.

Bilton, Viúde e Sanches (2002) relatam que deve-se compreender que a presbifonia faz parte de um processo de envelhecimento normal do indivíduo, e não uma desordem vocal, embora seja difícil muitas vezes constituir um limite sobre o que é processo normal vocal fisiológico da idade e uma desordem vocal estabelecida. Na presença da alteração vocal de um indivíduo idoso, deve-se procurar estabelecer em diagnóstico diferencial e não simplesmente diagnosticá-lo como presbifônico.

Ferreira, Amorim e Borba (2006) ressaltam a importância de preservar e aprimorar a eficiência vocal na velhice, permitindo ao idoso uma melhor qualidade de vida íntegra.

Alterações no envelhecimento vocal

Bilton, Viúde e Sanches (2002) relatam que as estruturas das pregas vocais do idoso passam por alterações estruturais em função da idade, que consistem em atrofia, redução de massa, edema e desidratação da mucosa. Quanto à região glótica, é comum observar-se a presença de fendas em indivíduos idosos, geralmente do tipo fusiforme, podendo estar acompanhada de regiões atróficas de mucosa.

- a) Calcificação e ossificação gradual das cartilagens, resultando na redução de mobilidade;
- b) Atrofia dos músculos laríngeos intrínsecos, levando a uma menor eficiência de todo o sistema. Ocorre alteração na excursão das cartilagens aritenóides, redução da espessura da prega vocal e alteração na qualidade da contratatura muscular.

Pantoja e Kahane (apud PONTES; AZEVEDO; BEHLAU, 2004) ressaltam que quanto aos aspectos relacionados à fonação, as estruturas participantes desse

processo também sofrem redução na elasticidade dos tecidos e na força muscular; os resultados dessas alterações refletem-se nos mais variados parâmetros vocais.

De acordo com Behlau (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2004), com o passar dos anos ocorrem mudanças no processo de produção da voz em relação ao processo de envelhecimento, como: redução na capacidade respiratória o que reflete na fraqueza da voz, aumento da frequência fundamental na voz masculina, o que está relacionado com a perda tecidual e alterações atróficas do músculo da laringe, redução na frequência fundamental na voz feminina, extensão de frequência reduzida para ambos os sexos, aumento no jitter, qualidade vocal áspera, deterioração na qualidade vocal mais precoce nas mulheres, ossificação das cartilagens até os 65 anos de idade, perda da elasticidade nos ligamentos vocais e alterações nas articulações, função endócrina reduzida e desidratação de tecidos laríngeos, edema e degeneração polipóide na camada superficial da lâmina própria, mais acentuada nas mulheres, redução do tempo máximo de fonação, aumento do grau de nasalidade, emissão trêmula, redução na intensidade da fala, ocorre perda da potência da voz.

Boone e Casper (apud FERREIRA; ANNUNCIATO, 2003) ressaltam que as cartilagens laríngeas ossificam de acordo com o aumento da idade, em uma maior intensidade na voz masculina, onde o início geralmente é por volta da terceira década de vida. Ocorre atrofia dos músculos intrínsecos da laringe, perda tecidual, causando arqueamento nas pregas vocais, ocorre perda da elasticidade dos ligamentos e calcificação das cartilagens. As pregas vocais sofrem uma desidratação da cobertura mucosa, onde podem afetar a qualidade vocal do indivíduo.

Ferreira e Annunciato (2003) enfatizam que geralmente a voz do idoso é rouca, trêmula, fraca, soprosa além de apresentar o *pitch* alterado. O envelhecimento vocal pode produzir um impacto na inteligibilidade de fala, principalmente quando os falantes idosos estão se comunicando com outros idosos que apresentam perda auditiva. Essa redução na inteligibilidade de fala pode ocasionar um grande impacto negativo para a qualidade de vida no idoso. Existem características vocais do idoso que se referem à frequência fundamental, sendo que, com raras exceções apontam presença de voz aguda para os homens e grave para as mulheres. Outras características também são apresentadas como a instabilidade

vocal, função respiratória deficiente, laringe de homens idosos o arqueamento e atrofia das pregas vocais.

Diante do envelhecimento laríngeo, a produção vocal do idoso caracteriza-se pela redução significativa do tempo máximo de fonação e da capacidade vital, para ambos os sexos. Na avaliação da frequência fundamental, observam-se decréscimos nos valores para a voz feminina e um aumento para a voz masculina. Numa avaliação perceptivo-auditiva, a mudança no padrão vocal masculino e feminino gera a impressão de que as vozes se tornam mais similares, podendo dificultar a discriminação pelo ouvinte, entre uma voz masculina e feminina. Também pode ser observada a voz trêmula, instabilidade vocal e aumento da nasalidade na fala do idoso. (BEHLAU apud FERREIRA; ANNUNCIATO, 2003).

Ferreira e Annunziato (2003) relatam que existe uma diferença nas alterações observadas entre os sexos. As mais precoces e marcantes foram observadas nas laringes masculinas, com alterações histológicas em alguns tecidos, que começam a ocorrer por volta dos 30 anos de idade. Nas mulheres, essas alterações só passam a ocorrer a partir dos 50 anos de idade.

Kurita e Nakashima (apud PONTES; AZEVEDO; BEHLAU, 2004) relatam que o envelhecimento das camadas das pregas vocais que ocorre no idoso inicia-se a partir da camada da lâmina própria, apresentando uma redução na densidade das fibras colágenas e elásticas, em ambos os sexos, com ação mais acentuada no homem. Na camada intermediária observam que as fibras elásticas tornaram-se mais finas após os 40 anos de idade. Na camada profunda, após os 50 anos, ocorreu espessamento das fibras colágenas, que perderam sua linearidade, distribuindo-se de modo desigual em várias direções, o que se constitui em fibrose.

Boone e MacFarlane (1994 apud PONTES; AZEVEDO; BEHLAU, 2004) descrevem que à medida que a laringe humana envelhece, há diminuição de fibras de colágeno dentro dos músculos intrínsecos. Estas mudanças contribuem, em parte, para mudanças acústicas ouvidas na voz do idoso.

Ferreira e Annunziato (2003) relatam que no envelhecimento da voz encontramos diversas alterações como fendas glóticas, que são espaços entre as pregas vocais que dificultam o fechamento completo; assimetria das pregas vocais, redução na amplitude de vibração causada pela atrofia muscular, voz rouca, tremor na voz, menor sustentação na frequência fundamental, volume diminuído,

soprosidade, pressão aérea subglótica reduzida, menor intensidade, redução do tempo máximo fonatório, redução na velocidade de fala, pausas articatórias.

Pinho et. al. (apud FERREIRA; ANNUNCIATO, 2003), relatam que o tórax se torna mais rígido com o avançar da idade, rendendo-se menos facilmente às forças dos músculos respiratórios, além da perda de elasticidade nos pulmões. Os músculos respiratórios enfraquecem e a perda da elasticidade das membranas pleurais tem sido observada. A fraqueza da voz trêmula presente na voz do idoso pode ser explicada pelo padrão irregular de expiração durante a fonação, redução na capacidade respiratória vital e no tempo máximo de fonação.

Avaliação

Bilton, Viúde e Sanches (2002) ressaltam que o objetivo de uma avaliação de voz é descrever o perfil vocal de um indivíduo e observar a influência do comportamento vocal na origem da “disfonia”. A avaliação é multiprofissional e inclui, pelo menos, uma avaliação médica e fonoaudiológica. Uma triagem fonoaudiológica deve explorar a análise perceptivo-auditiva da qualidade vocal. Para uma avaliação vocal mais completa são incluídos outros itens, entre eles a realização de uma anamnese específica. Para os aspectos vocais e, ao mesmo tempo para avaliação das doenças sistêmicas que podem ter sintoma na fonação. Os sintomas referidos por um idoso com queixa vocal podem dar indícios se a alteração vocal apresentada é decorrente apenas do processo de envelhecimento, ou se tem relação a outro tipo de alteração.

Behlau (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002) relata que a presbifonia deve ser entendida como parte do processo de envelhecimento normal do indivíduo e não como uma desordem vocal, na qual talvez seja bem difícil estabelecer um limite entre o que é uma desordem vocal relacionada à idade e o que é uma desordem vocal estabelecida.

Segundo a mesma autora, existem orientações vocais que podem ser introduzidas em uma ação preventiva para o idoso:

- a) Falar solto e fácil, sem gritar e sem esforço;
- b) Falar sem esforço, e evitar competir com os ruídos do ambiente;

- c) Manter uma respiração livre, evitar falar quando estiver fazendo alguma atividade;
- d) Beber bastante líquido;
- e) Usar roupas leves;
- f) Ter cuidado com a alimentação.

Russo (1997) relata que na terceira idade o que ocorre com a voz do idoso são manifestações com alterações estruturais das pregas vocais, consistindo em atrofia muscular com redução de massa, edema e desidratação da mucosa, afetando os padrões da voz.

4.7 Distúrbios da Motricidade Oral no Idoso

Torres (2002) enfatiza que o sistema estomatognático é um sistema funcional, que significa que anatômica e fisiologicamente, seus componentes interagem de maneira simultânea e independente. Eles podem influir no funcionamento de outros sistemas, como digestório, respiratório e o metabólico. O sistema funcional é composto por diferentes órgãos e tecidos, como: dentes e suas estruturas, mucosas, glândulas salivares, articulação têmporo-mandibular, ossos, músculos. Essas estruturas são divididas em dois grupos:

- a) Estruturas estáticas: compreendem os dentes, a maxila e a mandíbula, o osso hióide e ossos do crânio;
- b) Estruturas ativas: compreendem a unidade neuromuscular, que mobiliza as estruturas estáticas.

Segundo o mesmo autor ressaltam, as mudanças anatômicas e/ou funcionais do mecanismo oral podem afetar diretamente a fala e outras funções, como mastigação e a deglutição. As causas mais comuns são ausência de dentes, problemas periodontais, atrofia dos músculos mastigatórios, prótese mal ajustada e alterações de deglutição e linguagem.

Torres (2002) afirmam que os órgãos articulatórios são constituídos por músculos, ossos e dentes, que funcionam de forma a compor movimentos precisos necessários à perfeita produção dos sons da fala e a alimentação eficiente. É comum encontrarmos em indivíduos da terceira idade falhas dentárias importantes, alterações na força e amplitude dos movimentos dos músculos dos órgãos articulatórios, o que acarreta prejuízos na inteligibilidade da fala e dificuldades alimentares, contribuindo de forma significativa para a piora de suas condições de vida.

4.8 Presbifagia

De acordo com Ferraz (1998), a deglutição é uma função biológica, complexa e coordenada que tem como função fundamental a propulsão do alimento da boca para o estômago. É acompanhada por uma contração e relaxamento simultâneo de um grande número de músculos da região orofaríngea: língua, bucinador, supra-hióides etc. Serve também como um mecanismo protetor para os tratos respiratórios e digestivos, porque pode broncoaspirar partículas que venham porventura entrar na laringe ou vias aéreas altas e retornar a faringe pela tosse.

Segundo Vidigal, Rodrigues e Nasri (2001) a deglutição tem como mecanismo protetor quando remove partículas perdidas na nasofaringe ou retorna o material digestivo que flui do estômago para o esôfago ou faringe. A deglutição pode ser definida como o ato de engolir, transportando o bolo alimentar ou de líquidos da cavidade oral até o estômago, consiste em uma atividade neuromuscular muito complexa, que pode ser iniciada conscientemente, o que se completa mediante a integração no sistema nervoso central de impulsos aferentes e eferentes, organizados no centro da deglutição.

Segundo os mesmos autores, a presbifagia é uma desorganização da resposta da deglutição resultando um defeito em iniciar o relaxamento esfíncter superior do esôfago e do peristaltismo. É necessário dar valor a um dado importante nos idosos ao significado das desordens motoras com posição horizontal durante as refeições, por causa da necessidade de broncoaspirações. Quando um idoso toma algum tipo de medicamento de forma oral e que seja sólido, os efeitos primários e secundários do envelhecimento causam um efeito retardado.

De acordo com Ferraz (1998) relata que todos os tecidos da cavidade oral sofrem atrofia e perda de elasticidade, desde a mucosa passando pelos tecidos subjacentes e de sustentação, pelas estruturas musculares inclusive do palato, atingindo por fim as estruturas ósseas. Os problemas odontológicos são frequentemente encontrados nesta fase da vida.

Diner e Palmer (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002) ressalta que com o avançar da idade, a capacidade funcional da musculatura e dos ligamentos é afetada por mudanças fisiológicas.

De acordo com Bilton, Viúde e Sanches (2002), são muito comuns indivíduos idosos com distúrbio da deglutição e que são causadas por problemas

digestivos. A queixa do distúrbio da deglutição é distinguida da seguinte forma: a disfagia pode resultar de um distúrbio na passagem do alimento da orofaringe para o esôfago (disfagia orofaríngea) ou na passagem do bolo alimentar pelo corpo esofágico até o estômago (disfagia esofágica), ou seja, a disfagia orofaríngea ocorre quando o indivíduo tem dificuldade do alimento em se transportar da boca para o esôfago e a disfagia esofágica, o indivíduo apresenta dificuldade do bolo alimentar no trajeto esofágico. Ocorre quando o indivíduo tosse, tem regurgitação do alimento pelas narinas, sentem que o bolo alimentar não passa pela garganta ou tem dificuldade em iniciar a deglutição.

Segundo os mesmos autores relatam que a musculatura esofágica apresenta diminuição na tonicidade e na força, produzindo uma diminuição da amplitude das contrações peristálticas. A queixa de dificuldade de deglutição é muito freqüente no envelhecimento “disfagia” como um sintoma de uma doença de base que pode comprometer o trânsito do alimento da boca até o estômago, podendo trazer complicações clínicas para o paciente idoso, como desnutrição, desidratação e broncoaspiração.

Sinais e sintomas presentes na presbifagia

- a) Sialorréia;
- b) Acúmulo do alimento na cavidade oral;
- c) Dificuldade na mastigação e na colocação do alimento na parte posterior da língua;
- d) Fadiga durante as refeições;
- e) Tosse antes, durante ou depois das deglutições;
- f) Dificuldade em deglutir remédios;
- g) Medo de deglutir;
- h) Odínofagia (dor ao deglutir).

Conseqüências da presbifagia

- a) Desidratação;
- b) Risco de broncoaspirar levando a pneumonias de repetição;
- c) Perda do prazer para alimentação;
- d) Depressão;
- e) Ansiedade;
- f) Isolamento.

Alterações

Bilton, Viúde e Sanches (2002) relataram que existe uma elevada ocorrência de disfagia entre as pessoas idosas pode ser explicada por vários motivos, dentre eles: problemas de mastigação por deficiência da arcada dentária ou por próteses inadequadas, diminuição do volume de saliva devido à ingestão de medicamentos, denervação do esôfago, presença de afecções associadas que comprometem a atividade motora visceral (diabetes, miopatias) e o uso de medicamentos que potencialmente podem comprometer a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição.

Segundo os mesmos autores a queixa de disfagia tem uma expressiva incidência; pesquisas realizadas na Europa mostram que mais de 16% da população de idosos queixam-se de algum grau de disfagia. São comuns os idosos com distúrbio da deglutição e que são causadas por problemas digestivos.

Uma adequada anamnese pode fornecer dados suficientes para elaboração de hipótese diagnóstica acertada em cerca de 80% dos pacientes disfágicos.

Palmer (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 1999) relatou que a sensação da disfagia de modo geral, determina um grande desconforto ao paciente idoso, que quando é capaz, passa a executar várias manobras para conseguir alimentar-se, que vão desde as deglutições sucessivas de saliva ou líquidos até as mudanças na posição da cabeça e do corpo.

5 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Giacheti e Duarte (1997) ressaltam que há grande necessidade junto ao paciente idoso de um acompanhamento multiprofissional, onde o papel de cada um dos membros é o trabalho em conjunto com objetivo de realizar intercâmbios de informações entre os demais membros da equipe.

Os profissionais que compõe a equipe são:

- a) Fonoaudiólogo;
- b) Otorrinolaringologista;
- c) Psicólogo;
- d) Terapeuta Ocupacional;
- e) Assistente Social;
- f) Fisioterapeutas;
- g) Enfermeiros;
- h) Outros.

Giacheti e Duarte (1997) ressalta a importância do papel de cada um dos membros multiprofissional é o de trabalhar em conjunto pelo objetivo, que é a promoção da saúde desta população, e desempenhar interação de informações entre os demais membros da equipe. O fonoaudiólogo é um elemento igualmente responsável pela promoção da saúde do idoso, compartilhando plenamente uma função psicossocial. Como forma de prevenção, o trabalho multiprofissional tem o objetivo de prevenir a ocorrência de incapacidades antes de seu sintoma, como prevenção a ação diagnóstica precoce tratamento imediato, favorecendo a limitação de seqüelas e a própria invalidez; a atuação por meio de reabilitação proporciona a minimização de complicações e incapacidades após resultado patológico.

Giacheti e Duarte (1997) ressaltam a grande necessidade da intervenção de uma equipe profissional junto ao paciente idoso, para assim desempenhar atividades que possam melhorar a qualidade de vida desses idosos. Assim, deve ser capaz de reconhecer as atribuições, suas limitações e a cooperação com outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

6 A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA JUNTO AO IDOSO

A fonoaudiologia é a profissão da área da saúde que pesquisa, previne, e trata as alterações de audição, voz e funções vitais como sucção, mastigação e deglutição. (TANIGUTE, 1998).

A atuação fonoaudiológica de modo geral atua como prevenção, orientação, reabilitação e encaminhamento.

Sanches e Suzuki (2003 apud A INTERVENÇÃO..., 2006) referem que a intervenção fonoaudiológica junto ao idoso, pode ser trabalhada como prevenção com o objetivo de prevenir as incapacidades antes dos sintomas, a saúde e o bem estar do paciente idoso, a prevenção permite o diagnóstico e tratamento imediato, para favorecer a limitação de seqüelas, a atuação fonoaudiológica por meio de reabilitação vai proporcionar e minimizar as complicações das patologias.

Participação da família no acompanhamento com o idoso

Aquino e Cabral (2002) relatam que existem várias definições de família, mas que todas compartilham com três formas comuns: interação, compromisso e efetividade. O laço sanguíneo não aparece como um componente principal, pois o mais importante que o vínculo biológico é a concepção que cada elemento tem sobre família e a dinâmica das relações familiares construídas ao longo da história de vida da família.

Segundo o mesmo autor existem alguns fatores que promovem a participação das famílias no cuidado com os idosos, como a ajuda que tem para enfrentamento da situação real, a disponibilidade de orientações que possam prevenir outras necessidades, o encorajamento dos familiares no sentido de expressarem seus sentimentos, a identificação da demanda familiar e a busca de alternativas de cuidados em conjunto.

Gomes (1998) ressalta que o trabalho com famílias não é uma prática a que todos os profissionais de saúde estão acostumados mas é, sem dúvida uma condição básica para o sucesso de qualquer intervenção profissional.

Aquino e Cabral (2002) relatam que o processo de educação na família é apontado como o principal, senão único, meio de preservação dos valores culturais tradicionais, e o respeito aos idosos como seu principal indicador.

É necessário que a família se esforce ao máximo para inserir o idoso na comunicação do dia-dia. Ela também é importante para a detecção do problema (SANCHES; SUZUKI, 2003 apud A INTERVENÇÃO..., 2006).

Conversar com um idoso requer paciência. É preciso falar alto, pausadamente de frente e bem próximo a ele. Mesmo assim, é muito provável que seja necessário repetir tudo novamente. Soma-se a isto o volume alto da TV, o insucesso de tentar passar recados pelo telefone e a constante necessidade de se repetir diálogos. É constrangedor para o idoso e estressante para quem convive com ele. (RUSSO, 1999).

Suzuki (2003 apud A INTERVENÇÃO..., 2006) menciona que no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias comunicativas e a orientação familiar, o fonoaudiólogo deve estar atento a vários aspectos:

- a) Falta de motivação e auto-estima: o terapeuta precisa promover a aceitação dos déficits da velhice e mostrar que a intervenção fonoaudiológica pode através do oferecimento de estratégias, diminuir danos;
- b) Dificuldade em compreender a fala dos interlocutores: é essencial que o terapeuta oriente os familiares e que estes divulguem aqueles que convivem com o idoso, e se utilize às estratégias descritas a seguir: falar devagar e articulando calmamente; deixar que o idoso veja o rosto do falante; procurar conversar em locais iluminados; não exagerar o movimento dos lábios, repitirem a mensagem para compensar prejuízos de audição, e facilitar a compreensão e o aprendizado; usar gestos indicativos e representativos para complementar a mensagem; procurar locais silenciosos para conversar com o paciente, falar próximo a ele garantindo sua atenção, não falar em voz alta (pois o grito não vai favorecer a comunicação, vai apenas aumentar a tensão do paciente) ser paciente e tolerante.

Russo (1999) enfatiza que o tempo exigido para o cumprimento do aconselhamento a idosos é significativamente maior do que a do aconselhamento a jovens. O fonoaudiólogo precisa estar apto a desenvolver esse aconselhamento,

pois requer muita paciência e boa vontade. Ele deve apresentar as informações de maneira gradativa, com apoio de material escrito, aproveitando ao máximo a atenção do indivíduo e assegurando-se de que as informações estão sendo assimiladas e retidas na memória, repetindo quantas vezes forem necessárias. Para compreender bem a mensagem o idoso deve ser incentivado pelo “fonoaudiólogo” a sinalizar o que não foi compreendido e a solicitar ajuda mais efetiva tais como repetir a mensagem escrevê-la, resumos, parafraseando os aspectos relevantes e pertinentes ao discurso do interlocutor.

A intervenção fonoaudiológica junto ao idoso com alteração na comunicação quer seja na compreensão, quer seja na expressão, é fundamental que haja confiança e respeito, da experiência individual do sujeito, bem como abertura para ouvir o paciente e de maneira efetiva contribuir para a re-inserção do idoso na comunidade e que sejam realizadas avaliações para tentar amenizar os efeitos da velhice. (RUSSO, 1999).

Ferreira e Annunziato (2003) relatam que a anamnese é extremamente necessária e importante ser realizada com o paciente, para se obter informações que poderão auxiliar a definição de presença de doenças ou modificações que podem vir a interferir em sua vida, pode indicar os aspectos que deverão ser abordados em condutas terapêuticas.

A anamnese é realizada pelo fonoaudiólogo onde terá que formar um perfil do paciente, incluindo suas necessidades e exigências. A entrevista com o idoso é muito importante para se obter informações que poderão auxiliar a definição de presenças de doenças ou manifestações de envelhecimento. Neste encontro ainda deverá ser feita à avaliação audiológica (audiometria tonal por via aérea e via óssea, logaudiometria, imitanciometria). (FERREIRA; ANNUNCIATO, 2003).

Andrade, Nóbrega e Amorim (2006) ressaltam que a presbiacusia não tem cura. Sendo que podem ser desenvolvidas estratégias para facilitar e tentar melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, minimizar os efeitos negativos da surdez. Uma forma de tentar reduzir os efeitos causados pela presbiacusia pode ser o uso do aparelho de AASI que deve ser selecionado pelo fonoaudiólogo a fim de proporcionar um maior conforto auditivo para o indivíduo. A utilização do aparelho de AASI tem que incluir a avaliação e o diagnóstico médico. É necessário ressaltar que não deve ser feito o uso da prótese auditiva de outra pessoa, pois o molde, as características são apropriadas de forma individual.

De acordo com os mesmos autores o idoso deve ser submetido a um programa fonoaudiológico de reabilitação auditiva, que objetiva as dificuldades relacionadas à surdez, o aumento da auto-suficiência e independência e a otimização do processo cognitivo e da interação familiar e social, além de ser propiciar a redução do handicap auditivo. Durante o atendimento clínico, o profissional fornece orientações quanto ao problema de audição e procura explicar as etapas da adaptação, sendo que também são expostas informações gerais sobre o uso, conversação, cuidados e manutenção do AASI. As orientações são abordadas aos aspectos físicos como manipulação de controles, pilhas, regulagens e volume do aparelho. No período da indicação e adaptação do aparelho, de uma forma geral, ocorre um aconselhamento sobre as situações de comunicação, presença de ruído de fundo, desconforto, questionamento e dúvidas do paciente e de sua família.

De acordo Andrade, Nóbrega e Amorim (2006) é importante ressaltar também algumas orientações ou estratégias para a comunicação do idoso independente do uso do AASI para que eles possam otimizar a comunicação: não ter vergonha de dizer as pessoas com as quais deseja se comunicar, não fingir que entendeu o que lhe foi dito, concentra-se no rosto do falante, procurar um local com menos ruído, manter uma distância máxima de 1,5m do interlocutor.

Andrade, Nóbrega e Amorim (2006) relatam que o fonoaudiólogo tem a função de facilitar a familiarização, a aceitação e trabalhar o uso efetivo do AASI, minimizando as dificuldades do paciente, visto que uma das principais razões para explicar o grau de satisfação com o uso da prótese estaria relacionada à orientação ao aconselhamento do paciente e de seus familiares.

De forma geral, o fonoaudiólogo poderá também está atuando na área da linguagem com os idosos, fazendo o papel de agente facilitador e de informações sobre a comunicação humana. Ele é o profissional que encontrar-se habilitado a detectar, avaliar e analisar possíveis sinais de distúrbios da comunicação, e quando necessário intervir com uma intervenção terapêutica. (MAC-KAY, 2004).

Segundo o autor a intervenção fonoaudiológica tem o objetivo funcional de modificar necessariamente os obstáculos naturais (sociais, familiares, econômicos e pessoais). De forma que acima de tudo esses profissionais precisam estar cientes, sobre o envelhecimento e atitudes pessoais em relação ao idoso.

Rozas e Rabadan (apud KAZ, 2004) ressaltam que o trabalho fonoaudiológico tem uma ação preventiva, que permite desenvolver questões sobre o reconhecimento da importância da comunicação, as regras que determinam uma comunicação eficaz, a valorização da forma como a pessoa se expressa, a atenção aos mecanismos de coesão e coerência textuais, as estratégias discursivas que melhoram a compreensão, e por fim, a promoção de atitudes comunicativas.

A intervenção fonoaudiológica pode também atuar como forma de prevenção, orientação e reabilitação no processo de envelhecimento vocal.

De acordo com Ferreira e Annunziato (2003) o objetivo da intervenção do fonoaudiólogo é retardar o envelhecimento gradativo da voz através de exercícios e orientações. Além dos exercícios, algumas orientações de higiene vocal deverão ser dadas a fim de que o indivíduo presbifônico venha a ter um bom uso da voz, como: não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, não pigarrear, não usar roupas e adereços apertados, entre outros. Desta forma o fonoaudiólogo estará contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do paciente idoso.

De acordo com Ferreira, Amorim e Borba (2006) a importância do tratamento fonoaudiológico é tentar preservar a eficiência vocal ao processo de envelhecimento, permitindo ao idoso uma melhor qualidade de vida integrativa e participativa na sociedade, adequando e adaptando a fala, tentar melhorar o controle pneumofonoarticulatório, promovendo a estabilidade da voz.

Segundo os mesmos autores pode-se avaliar com bastante precisão a idade de uma pessoa quando ouvimos sua voz, a velocidade e a extensão do envelhecimento fisiológico são extremamente variáveis, e a idade cronológica não tem muitas vezes relação direta com as modificações vocais. O envelhecimento da voz é inevitável e ocorre através de mudanças fisiológicas, as quais envolvem todas as partes do trato vocal. Como avanço da idade, ocorre alterações na laringe num paralelismo com as de outras partes do corpo, o que pode alterar a voz. O planejamento de atividades a ser realizado dependerá da avaliação otorrinolaringológica, definido o diagnóstico. As técnicas terapêuticas a serem utilizadas com o idoso deverão ser adaptadas de acordo com as necessidades individuais de cada indivíduo.

Brasolotto (2004) resalta que os procedimentos de avaliação têm que ser colaborativos entre o fonoaudiólogo e o otorrinolaringologista. Faz-se necessária a avaliação de outros profissionais também como, neurologistas, gastroenterologista,

etc. A avaliação audiológica também se faz necessária, uma vez que mesmos as discretas alterações auditivas podem interferir no correto monitoramento vocal, contribuindo para as características de voz desviada ou mesmo interferindo na evolução terapêutica.

Pontes, Azevedo e Behlau (2004) enfatizam que a avaliação da voz deve ser um procedimento contínuo durante todo o tratamento. O tratamento vocal inerente ao envelhecimento pode torna-se facilitado se o interesse for manifestado pelo próprio idoso. É necessário que o fonoaudiólogo crie motivação e desperte a atenção de aconselhamento e orientação sobre os cuidados necessários à manutenção da saúde ou resgate de sua imagem vocal anterior

Segundo os mesmos autores faz-se necessário o trabalho postural com o idoso para que tenhamos a verticalidade da laringe, liberando assim de tensões e esforços provocados por posturas inadequadas. Outro aspecto importante para a conduta do trabalho fonoaudiológico é conhecer os efeitos dos abusos vocais, da utilização do fumo e do álcool, drogas e medicamentos, considerando a abordagem destes itens como medidas básicas e potentes na prevenção de distúrbios laringo-vocais. Na avaliação, a combinação de medidas acústicas e videoestroboscópicas constituem um casamento ideal para o encaminhamento diagnóstico e terapêutico.

Essa conduta por parte do fonoaudiólogo, deverá visar favorecimento ao paciente, na melhoria ou aquisição de autonomia através da voz, que contribuirá sensivelmente em sua qualidade de vida.

Brasolotto (2004) relata que existem algumas condutas que podem ser consideradas como formas preventivas. Os exercícios físicos são indicados, uma vez que se considera que as reduções de fibras musculares, comuns no envelhecimento, são semelhantes ao que ocorre quando um membro permanece em desuso e o exercício físico reverte esse efeito; exercícios apropriados mantêm a função muscular e coordenação, além de ajudar o sistema vascular e o respiratório; nutrição adequada e controle de peso também são importante.

Ferreira e Annunziato (2003) relatam que os aspectos considerados importantes no trabalho vocal com o idoso são: melhoria da eficiência aérea, a promoção e adequação na velocidade da fala, estabilidade da voz, extensão vocal, aumento da potência e projeção vocal. Para o tratamento da voz, este deve ser indicando para indivíduos com extensão vocal reduzida, frequência fundamental

incompatível com a idade ou com o sexo, nível de intensidade habitual inadequado e desempenho potencial.

Ferreira e Annunziato (2003) ressaltam que o tratamento principal da presbifonia é a reabilitação vocal com enfoque na redução da compensação hiperfuncional supraglótica, com estimulação simultânea do ataque vocal, desenvolvendo também melhor suporte respiratório. A reabilitação vocal deve ser planejada de acordo com os resultados obtidos na anamnese e na avaliação multiprofissional. A reabilitação vocal tem uma proposta de tratamento baseada na eliminação da compensação supraglótica mal adaptativa hiperfuncional, quando esta estiver presente e ajustes do *pitch*, favorecimento de melhor adução das pregas vocais, o que aumenta o tempo máximo de fonação e reduz fadiga, promoção de exercícios de condicionamento aeróbico para melhorar as condições pulmonares, o que aumenta a força de vocalizações e reduz a fadiga.

Morrison e Rammage (apud BRASOLOTTO, 2004) enfatizam que a terapia para distúrbios vocais em idosos é freqüentemente enfocada em reduzir os abusos por obra da tentativa do paciente em compensar as mudanças que ocorreram. A terapia deve ser direcionada a encorajar os idosos a aceitarem o *pitch*, reduzido às compensações e desenvolverem uma fonação mais fácil, sem tensão, adequando à ressonância e o suporte respiratório. Em casos de fraqueza e incoordenação, recomenda-se o aumento de suporte respiratório, adução de pregas vocais, fonação sustentada, firmeza glótica e precisão articulatória.

Behlau, Pontes e Azevedo (2004) relatam que as mudanças obtidas na freqüência fundamental de um tom mais grave para as vozes masculina e mais aguda para as vozes femininas de paciente idoso. Apesar do processo de calcificação das cartilagens e atrofia da musculatura intrínseca da laringe, observam que com fonoterapia, podemos recuperar certa flexibilidade como treino de exercícios. Recomendam cirurgias estruturais da laringe como oportunidade de aumentar a tensão das pregas vocais. Na terapia deve-se trabalhar o tempo máximo de fonação, respiração e coordenação pneumofonoarticulatório.

Ferreira e Annunziato (2003) ressaltam que a terapia com indivíduos idosos são orientações alertando que se consigam reabilitar a função fonatória e de desuso da voz por longos períodos de repouso vocal, na senescência, a situação terapêutica é com grande possibilidade de sucesso.

Já para a intervenção fonoaudiológica com os pacientes com presbifagia fazem-se necessário as formas de orientação e reeducação.

De acordo com Rockland, Borba e Silva (2006) existem formas de orientações e reeducação para os pacientes com presbifagia que embora se constituem em um trabalho moroso e eventualmente demorado, em geral realizado por um fonoaudiólogo podem ter um resultado brilhante com efeitos extremamente benéficos ao paciente. Muitos dos idosos não terão habilidades cognitivas para cooperar com o tratamento, precisando de monitoramento para as refeições. O fonoaudiólogo deverá utilizar maneiras que valorizem a estimulação sensorial.

Segundo os mesmos autores é extremamente necessário um diagnóstico precoce e adequado. Para iniciar-se com uma avaliação clínica, para que se investigue a capacidade de comunicação do paciente, suas funções cognitivas e motoras e os sinais de distúrbio da deglutição. O objetivo da avaliação é verificar a capacidade do paciente de ingerir alimentos e líquidos, de forma mais segura. A avaliação pode ser realizada através de técnicas como videoendoscopia e, mais recente e precisamente, a videofluoroscopia.

Segundo Freitas e Schatzi (apud BILTON; VIÚDE; SANCHES, 2002) o primeiro exame específico deve ser a endoscopia digestiva para a identificação de eventuais afecções associadas e excluir a presença de alguma obstrução ao sistema digestivo e de eventuais afecções associadas (hérnia esofágica). Por meio da videofluoroscopia, pode-se analisar o fechamento labial, preparação do bolo alimentar, organização do bolo alimentar, movimento ântero posterior da língua, elevação do palato mole, movimento de ejeção do bolo alimentar, movimento da epiglote, contração faríngea, elevação hióide e da laringe. As estratégias no tratamento da disfagia em adultos podem ser avaliadas no exame videofluoroscópico, incluindo alguns procedimentos, como deglutição repetida, deglutição com aumento de força, deglutição supraglótica. A realização da avaliação e as suas condutas terapêuticas serão mais completas quando incluírem as impressões e as recomendações de ambos: médico e fonoaudiólogo.

De acordo com Bilton, Viúde e Sanches (2002), é necessária que se faça também uma possível avaliação com a videodeglutoesofagograma para verificar os movimentos de mastigação, a mobilização da língua, a contração faríngea, a passagem do contraste pelo esôfago. É viável ainda, analisar se os mecanismos que evitam bronco-aspirações do material deglutido para as vias respiratórias estão

funcionantes, e se existem ou não aspirações. O estudo radiológico do esôfago deve ser evitado na investigação dos casos com disfagia orofaríngea, por não fornecer as informações obtidas com o estudo por vídeo. Contudo os casos de disfagia esofágica o estudo radiológico convencional tem condições de fornecer informações bastante úteis. Após a realização dos referidos procedimentos, pode-se estabelecer um diagnóstico correto e, conseqüentemente propor uma terapêutica adequada.

Os mesmos autores afirmam que a relação médica, terapeuta e paciente idoso também merecem considerações especiais. Frequentemente, no momento da consulta, o acompanhante do paciente assume a apresentação das queixas, modulando-as de acordo com a sua própria interpretação do problema. É extremamente importante que se - deva centrar a atenção no paciente, valorizando suas queixas, tentando entender o significado que as mesmas têm para ele, a sua relação com os familiares e/ou acompanhantes, suas expectativas em relação à consulta, ao diagnóstico, tratamento e, sobretudo em relação à vida deste paciente.

Rockland, Borba e Silva (2006) ressaltam que o objetivo da terapia fonoaudiológica nos pacientes com presbifagia é tentar restabelecer dieta via oral de maneira segura, sem riscos de aspiração, ajustar do ponto de vista nutricional e adaptada à nova realidade de vida do paciente. Após a reabilitação deve gerenciar o tratamento, evitando surgimento de outros sinais ou reincidência de outras alterações. É muito importante enquanto ao tratamento com idoso a participação do profissional junto à família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, trazendo consigo características próprias, dentre as quais destacam-se a presbiacusia, presbifonia e a presbifagia.

Tais alterações modificam a qualidade de vida do idoso, acarretando, perda da auto-estima, falta de motivação, depressão, crise de identidade, aposentadoria, mudança de posição familiar dentre outras.

Conclui-se com este trabalho que o idoso necessita de um acompanhamento de profissionais especializados na área da geriatria para a orientação, habilitação e reabilitação.

O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para evitar ou atenuar tais alterações, promovendo uma melhor qualidade de vida, para aquele que ao longo da vida teve a sua audição, voz e deglutição e agora estando comprometidas no processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Gutemberg G. Avaliação da linguagem nas demências. In: ROCKLAND, Adriano, BORBA, Júlio. **Primeiros passos na fonoaudiologia conhecer**: para Intervir nas patologias, distúrbios e exames fonoaudiológicos. 2. ed. São José dos Campos: Pulso, 2006. cap. 18, p. 121-127.

ANDRADE, Wagner Teobaldo L. de; NÓBREGA, Milena; AMORIM, Gabriela. Presbiacusia. In: ROCKLAND, Adriano, BORBA, Júlio. **Primeiros passos na fonoaudiologia conhecer**: para intervir nas patologias, distúrbios e exames fonoaudiológicos. 2 ed. São José dos Campos: Pulso, 2006. cap. 12, p. 89-92.

AQUINO, Francisca Tereza Montenegro de; CABRAL, Benedita Edina da Silva. O idoso e a família. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 128, p. 1056-1060.

BILTON, Teresa; VIÚDE, Andréia; SANCHES, Elaine P. Fonoaudiologia. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 99, p. 820-827.

BRASOLOTTO, Alcione Gheidini. Voz na Terceira Idade. In: FERREIRA, Leslie Piccolotto et al. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. cap.11, p.127-137.

Castro A.A, Clark; O.A.C. Planejamento da pesquisa. In: Castro AA. **Planejamento da pesquisa**. São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <<http://www.evidencias.com/planejamento>>. Acesso em: 20.03.2013

CÉZAR, Karla Patrícia Hernandez A. R. **A fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 2, p. 29-35.

DUBOIS-DUMMÉE. Jean Pierre. Envelhecimento bem-sucedido. In: _____. **Envelhecer sem ficar velho**. São Paulo: Paulinas, 1999. cap.1, p. 25.

FERRAZ, Maria da Conceição. Deglutição. In: _____. **Manual prático de deglutição atípica e problemas correlatos**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. cap. 3, p. 7-15.

FERREIRA, Ligia Motta; ANNUNCIATO, Nelson Francisco. Envelhecimento vocal e neuroplasticidade. In: PINHO, Silvia M. Rebelo. **Fundamentos em fonoaudiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 9, p. 117-123.

FERREIRA, Thiago; AMORIM, Geová; BORBA, Júlio. Presbifonia. In: ROCKLAND, Adriano, JÚLIO, Borba. **Primeiros Passos na Fonoaudiologia Conhecer**: para intervir nas patologias, distúrbios e exames fonoaudiológicos. 2. ed. São José dos Campos: Pulso, 2006. cap. 44, p. 249-250.

GIACHETI, Célia M.; DUARTE, Valéria G. Programa de atuação fonoaudiológica junto a idosos institucionalizados. In: LAGROTTA, Márcia G.M; CÉSAR, Carla P.H.A.R. **A fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 1, p. 17-27.

GOMES, Ivone C. Dias. Família e fonoaudiologia. In: MARCHESAN, Irene Queiroz. **Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos e da motricidade oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 11, p. 99-105.

GREENE, Margaret C.L. Mutação da voz normal: da infância a senescência. In: _____. **Distúrbios da voz**. São Paulo: Manole, 1989. cap. 6, p. 97- 110.

GUIMARÃES, Renato Maia. Os compromissos da geriatria. In: CUNHA, Ulisses Gabriel V. **Sinais e sintomas em geriatria**. São Paulo: Ateneu, 2004. cap. 1, p. 1-5.

HULL R.H.et al. Assistência ao paciente idoso. In: Katz J. **Tratado de audiologia**. São Paulo: Manole, 1994. cap. 3, p. 37-42.

HUNGRIA, Hélio. Presbiacusia. In: _____. **Otorrinolaringologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 44, p. 443-447.

JERGER, Susan; JAMES, Jerger. Presbiacusia. In: _____. **Altera es auditivas**. São Paulo: Atheneu, 1998. cap. 21, p. 165 – 171.

MAC-KAY, Ana Paula M. G. M. Linguagem e gerontologia. In: FERREIRA, Leslie Picolotto et al. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. cap. 71, p. 903-910.

K S, Arthur O.A; K S, Maria Isabel. Etiologias das perdas auditivas e suas características. In: FROTA, Silvana. **Fundamentos em fonoaudiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 10, p. 121- 133.

NÉRI, Anita Liberalesso; FREIRE, Sueli Aparecida. Qual é a idade da velhice? In: _____. **E por falar em boa velhice**. 2. ed. São Paulo: Papyrus, 2003. cap. 1, p. 1-10.

PONTES, Paulo, AZEVEDO, Renata, BEHLAU, Mara. Conceito de voz normal e classifica o das disfonias. In: BEHLAU, Mara. **Voz o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. cap. 2, p. 53-84.

REICHEL, William; GALLO, Joseph J. Princípios fundamentais da assistência ao idoso. In: GALLO, Joseph et al. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 1, p. 3-14.

ROCKLAND, Adriano, BORBA, Júlio. Doença de Alzheimer. In: _____. **Primeiros passos na fonoaudiologia conhecer: para intervir nas patologias, distúrbios e**

exames fonoaudiológicos. 2 ed. São José dos Campos: Pulso, 2006. cap. 25, p. 157-162.

RUSSO, I.C.P. Distúrbio da audição. Presbiacusia. In: _____ **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. cap. 4, p. 51 a 82.

RUSSO, Iêda Pacheco. O trabalho na universidade aberta para a terceira idade: estratégias de comunicação para indivíduos idosos. In: LAGROTTA, Márcia G.M; CÉSAR, Carla P.H.A.R. **A Fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap.2 , p. 29-35.

SANCHES; SUZUKI. **Qualidade de vida do idoso**. Disponível em: <<http://www.ProFo.com.br>>. Acesso em: 3 jun. 2006.

SOUZA, Lourdes Bernadete Rocha. Afasia e Demência. In: _____ **Fonoaudiologia Fundamental**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap. 7, p.65-66.

SILVA, Ubirajane Cristina Oliveira; BORBA, Júlio; ROCKLAND, Adriano. Presbifagia. In: ROCKLAND, Adriano, BORBA, Júlio. **Primeiros passos na fonoaudiologia conhecer**: para intervir nas patologias, distúrbios e exames fonoaudiológicos. 2. ed. São José dos Campos: Pulso, 2006. cap. 36, p. 215-217.

TANIGUTE, Cristiane Camargo. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: MARCHESAN, Irene Queiroz. **Fundamentos em fonoaudiologia**: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 1, p. 1-6.

TORRES, Estella Vidal de Souza. Alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. In: FREITAS, Elisabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 100, p. 828-837.

VIDIGAL, Maria L. N.; RODRIGUES, Kátia A.; NASRI, Fabio. Efeitos do envelhecimento sadio na deglutição. In: HERNANDEZ, Ana Maria; MARCHESAN, Irene. **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar**. São Paulo: Revinter, 2001. cap. 3, p. 61-66.

ZAMPERLINI, Haydée B.L.; KYRILLOS, Lene C.R.; SANTOS, Maria F.C. A comunicação na Terceira Idade: características e reflexões. In: LAGROTTA, Maria G; CÉSAR, Carla P.H.A. Ribeiro. **A Fonoaudiologia nas instituições**. São Paulo: Lovise, 1997. cap. 4, p. 41-48.

ZIMERMAN, Guite. Quem é o velho? In: _____ **Velhice**: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap. 1, p. 19-20.

ZIMERMAN, Guitte. Aspectos psicológicos e sociais do envelhecimento. In: _____
Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap. 2, p.
21-25.

WEINSTEIN, Bárbara E.. Presbiacusia. In: KATZ, Jack. **Tratado de audiologia
clínica**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1999. cap. 37, p. 562-577.

Aires, Carolina Nunes Praseres

Contribuição da intervenção fonoaudiológica na promoção da qualidade de vida do idoso /Carolina Nunes Praseres Aires; Wagda Kiss Cutrim Lima. – São Luís, 2013.

57 f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Profª Drª Mônica Elionor Alves Gama.

Monografia (Pós-Graduação) – Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, Curso de Especialização em Gestão e Assistência em Gerontologia, 2013.

1. Idoso 2. Qualidade de Vida 3. Fonoaudiologia I. Título.

CDU 616.28-008.14-053.9