



REVISTA

Dezembro de 2004 - Vol.2 - Nº 6

FONOAUDIOLOGIA · BRASIL

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA

EXPEDIENTE

ÍNDICE

EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

EFEITO DA PRÓTESE REBAIXADORA DE PALATO NA DEGLUTIÇÃO E FONOARTICULAÇÃO DE UM PACIENTE SUBMETIDO À GLOSSECTOMIA TOTAL: RELATO DE CASO.

A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM NEONATOLOGIA: Observação dos Estados de Consciência como Parâmetro de Intervenção.

ESTUDO COMPARATIVO DO TESTE SSW EM INDIVÍDUOS COM E SEM A DOENÇA DE ALZHEIMER

O CONCEITO DO BOM FALANTE: ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

MEDICAMENTOS ASSOCIADOS À XEROSTOMIA E A DISTÚRBIOS DAS FUNÇÕES OROFACIAIS EM IDOSOS

PERFIL AUDIOLÓGICO DE CRIANÇAS DE 0 A 18 MESES DE IDADE NASCIDAS DE MAES PORTADORAS DO VÍRUS HIV

EXPEDIENTE

8 ° COLEGIADO DO CFFA

Presidente

Maria Thereza Mendonça C.de Rezende

Vice-presidente

Ângela Ribas

Diretora secretária

Patrícia Balata

Diretora tesoureira

Giselle de Paula Teixeira

Conselheiros Efetivos:

Giselle de Paula Teixeira

Maria Lúcia Feitosa Goulart da Silveira

Celina Pieroni de A.Rezende

Maria Thereza Mendonça C.de Rezende

Ângela Ribas

Patrícia Balata

Hyrana Frota Cavalcante

Sílvia Maria Ramos

Ana Elvira Barata Fávoro

Nádia Maria Lopes de Lima e Silva

Conselheiros Suplentes:

Maria Luisa Valor Y Rey Pires

Simone Vieira Pinto Braga

Marcia Regina Gama

Mara Susana Behlau

Bianca Simone Zeigelboim

Maroli Barreto Carvalho

Maria Salete Fontenele Macêdo

Marcia Regina Salomão

Denise Brandão de Oliveira Britto

Zulmira Osório Martinez

COORDENAÇÃO COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO DO CFFA

Presidente

Hyrana Frota Cavalcante

ED Comunicação LTDA

SIA Qd.5C AE 2 Ed.Executivo,sala 205

Editoras

Elizangela Dezincourt -1222/PA

Érica Dourado -1198/PA

Diagramação

Marco A - Criação Digital

Revisora

Cristina Victor -MTB 14960

Conselho Federal de Fonoaudiologia

SRTVS - quadra 701, bloco E, salas 624/630

Edifício Palácio do Rádio II - Brasília -DF -

CEP: 70340-902

Tel: (0xx61) 322-3332 - Fax: (0xx61) 321-3946

www.fonoaudiologia.org.br

fono@fonoaudiologia.org.br

Os artigos assinados são de responsabilidade de seus autores.

SUMÁRIO / SUMMARY

EXPEDIENTE

EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

1. EFEITO DA PRÓTESE REBAIXADORA DE PALATO NA DEGLUTIÇÃO E FONOARTICULAÇÃO DE UM PACIENTE SUBMETIDO À GLOSSECTOMIA TOTAL: RELATO DE CASO.

EFFECT OF PALATAL AUGMENTATION PROSTHESIS IN SWALLOWING AND SPEECH ARTICULATION IN A PATIENT SUBMITTED TO TOTAL GLOSSECTOMY: CASE REPORT.

Autores: Maria Virgínia Gabriel Martins, Luciana Passuello do Vale-Prodomo, Elisabete Carrara-de Angelis

2. A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM NEONATOLOGIA:

Observação dos Estados de Consciência como Parâmetro de Intervenção.

THE HEARING AND SPEECH THERAPY IN NEONATOLOGY:

Observation of States of Conscience as Parameter of Intervention.

Autores: Andréa Carla Jorge Reis, Cristal Rebouças Carvalho, Patrícia Naomi Miyagawa

3. ESTUDO COMPARATIVO DO TESTE SSW EM INDIVÍDUOS COM E SEM A DOENÇA DE ALZHEIMER

SSW TEST IN PEOPLE WITH OR WITHOUT ALZHEIMER DISEASE

Autores: Tatiana Azevedo, Angela Ribas

4. O CONCEITO DO BOM FALANTE: ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO
THE CONCEPT OF THE GOOD SPEAKER: QUESTIONNAIRE ELABORATION AND APPLICATION

Autores: Claudia Regina Furquim de Andrade, Bernadete Lema Mazzafera, Fabiola Juste

5. MEDICAMENTOS ASSOCIADOS À XEROSTOMIA E A DISTÚRBIOS DAS FUNÇÕES OROFACIAIS EM IDOSOS

DRUGS ASSOCIATED TO XEROSTOMIA AND TO THE DISTURBANCE OF THE OROFACIAL FUNCTIONS IN THE ELDERLY

Autores: Simone Augusta Finard de Nisa e Castro, Ana Cristina Vaz Costa Hartmann, Antonio Cardoso dos Santos

6. PERFIL AUDIOLÓGICO DE CRIANÇAS DE 0 A 18 MESES DE IDADE NASCIDAS DE MÃES PORTADORAS DO VÍRUS HIV

HEARING PROFILE OF CHILDREN FROM 0 TO 18 MONTHS OLD BORN FROM HIV INFECTED MOTHERS

Autores: Graziela Cambuzzi, Renata Bortolatto de Souza, Sabrina Viera da Luz Loureiro, Sheila Andreoli Balen

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

EDITORIAL

Editora Científica
Dra. Bianca Simone Zeigelboim

Editar a revista Fonoaudiologia Brasil é, sem dúvida, um trabalho que além de ser agradável é extremamente interessante, em se tratar de uma revista que representa oficialmente um de nossos órgãos de classe, que é o Conselho Federal de Fonoaudiologia. O sucesso da revista depende do empenho de profissionais da área fonoaudiológica e da interação com outras que contribuem para a sua concretização. Parabéns por este sucesso os conselhos editorial e científico que contribuem para a qualidade da revista e, principalmente aos autores, sem os quais não seria possível a sua edição.

Este é o segundo número em forma eletrônica, um grande passo que conseguimos alcançar. Estamos trabalhando para a sua indexação e para que isto ocorra, ressaltando a importância do fortalecimento de suas publicações oriundas de diversas instituições de ensino e pesquisa.

Neste caminho agradeço a todos, os esforços e contribuições de autores no decorrer deste ano, e que esta união contribuirá para um crescimento de nossa área.

Desejo a todos sucesso!

Comissão de Educação do CFFa

CONSELHO EDITORIAL

EDITORA CIENTÍFICA

Dra. Bianca Simone Zeigelboim

EDITORA EXECUTIVA

Fga. Sílvia Maria Ramos

CORPO EDITORIAL

Fga. Dra. Adriana Vélez Feijó – CRFa. n° 5194/RS

-Doutora em Ciências Médicas – UFRGS

Fga. Dra. Ana Cristina Cortes Gama – CRFa. 1304/MG

- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – UNIFESP/EPM

Fga. Ana Cláudia Rodrigues G. Pessoa – CRFa. n° 5362/PE

- Mestre em Educação – UFPE

Fga. Dra. Ana Maria Furkim – CRFa. 5511/SP

- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – UNIFESP/EPM

Fga. Dra. Ana Paula Machado Goyano Mac-Kay – CRFa. n° 2560/SP

- Doutora em Linguística Semiótica – USP/SP

Fga. Ângela Ribas – CRFa. 4698/PR

- Mestre em Distúrbios da Comunicação – UTP/PR

- Doutoranda em Meio Ambiente e Desenvolvimento – UFPR

Dr. Carlos de Paula Souza – CRO n°

- Doutor em Prótese Dental – USP/SP

Fga. Christiane Camargo Tanigute – CRFa. 0323/GO

- Mestre em Biologia/Morfologia – UFG/GO

Fgo. Domingos Sávio Ferreira de Oliveira – CRFa. n° 4626/RJ

- Doutor em Letras/Estudos Linguísticos – Fonética Experimental – UFRJ

Dr. Everardo Andrade da Costa – CRM n°

- Doutor em Saúde Coletiva – UNICAMP

Fga. Dra. Fernanda Dreux Miranda Fernandes – CRFa. n°
- Doutora em Semiótica e Linguística Geral – USP/SP

Fga. Dra. Irene Queiroz Marchesan – CRFa. n° 0152/SP
- Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana – PUC/SP

Fga. Dra. Kátia Flores Genaro – CRFa. n° 2241/SP
- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – UNIFESP/EPM

Fga. Dra. Lica Arakawa-Sugueno – CRFa. 8307/SP
- Mestre em Ciências – USP/SP
- Doutoranda em Ciências – USP/SP

Fga. Dra. Lílian R. Huberman Krakauer – CRFa. n° 4385/SP
- Mestre em Distúrbios da Comunicação – PUC/SP

Fga. Dra. Mara Behlau – CRFa. n° 2613/SP
- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – UNIFESP/EPM

Fga. Dra. Maria Inês Rehder – CRFa. 2527/SP
- Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – UNIFESP/EPM

Fga. Silvia Maria Ramos – CRFa. n° 0121/GO
- Mestre em Fonoaudiologia / Clínica Fonoaudiológica – PUC/SP

Dr. Vicente José Assencio Ferreira – CRM n°
- Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo

EFEITO DA PRÓTESE REBAIXADORA DE PALATO NA DEGLUTIÇÃO E FONOARTICULAÇÃO DE UM PACIENTE SUBMETIDO À GLOSSECTOMIA TOTAL: RELATO DE CASO.

EFFECT OF PALATAL AUGMENTATION PROSTHESIS IN SWALLOWING AND SPEECH ARTICULATION IN A PATIENT SUBMITTED TO TOTAL GLOSSECTOMY: CASE REPORT.

Autores:

Maria Virginia Gabriel Martins*
Luciana Passuello do Vale-Prodromo**
Elisabete Carrara-de Angelis***

RESUMO

Sabe-se que a língua é responsável por grande parte do processo da deglutição orofaríngea, sendo também um importante articulador dos sons da fala. O objetivo das próteses rebaixadoras de palato em glossectomizados totais, é reduzir o espaço intra-oral facilitando o contato das estruturas remanescentes e adjacentes durante a fala e a deglutição. O objetivo deste estudo foi verificar o efeito da prótese rebaixadora de palato na voz, fala e deglutição de uma paciente submetida à glossectomia total. Paciente de 57 anos, submetida à glossectomia total, realizou tratamento protético e fonoaudiológico conjunto. Foram realizadas análises perceptiva-auditiva e acústica da voz e da fala, além da videofluoroscopia da deglutição, com e sem a utilização da prótese rebaixadora de palato. Observaram-se melhoras significativas de vários parâmetros analisados. A prótese rebaixadora de palato contribui na melhora da deglutição e da fonoarticulação, possibilitando uma alimentação mais funcional e melhor qualidade de comunicação.

Palavras-Chave: glossectomia/reabilitação/prótese/ língua.

INTRODUÇÃO

Além da deglutição, para ZEMLIN⁽¹⁾ a língua é, sem dúvida, o articulador mais importante e mais ativo da fala. Funciona de maneira que modifica a forma da cavidade oral e,

A partir dos resultados, os autores puderam constatar que resultados baixos de F1 indicam muita dificuldade de emissão com uma inteligibilidade regular. Para estes autores, F3 apresenta-se alterado, pois o indivíduo se vê na obrigação de compensar a ausência da

conseqüentemente, as características de ressonância. Quando há o aparecimento de tumores, todo o mecanismo de deglutição e fonoarticulação pode alterar-se. Os tumores de língua são tratados cirurgicamente através das glossectomias. As seqüelas dependerão da extensão do tumor, e conseqüentemente, da ressecção cirúrgica. Sendo assim, poderão ocorrer modificações ressonanciais devido as variações na dimensão oral ântero-posterior e vertical, alterações de vogais e consoantes acarretando em imprecisão articulatória, a qual pode prejudicar a inteligibilidade de fala. Para FURIA⁽²⁾ no que se diz respeito à deglutição, a cirurgia acarreta disfagia nas fases preparatória oral, oral e faríngea, além de aspirações antes, durante e após a deglutição. A reabilitação destes pacientes inclui fonoterapia tradicional com objetivos de se estimular estruturas como a mandíbula, lábios, alvéolo, palato mole, faringe e laringe para a redução das omissões ou substituições articulatórias. Na reabilitação da deglutição, são realizados treinos da alimentação por via oral para a eliminação de possíveis aspirações, utilizando-se manobras posturais e facilitadoras, exercícios de terapia indireta para maximizar a musculatura orofacial, estruturas remanescentes e adjacentes. De acordo com CARVALHO⁽³⁾, existe também a reabilitação prótica que auxilia o paciente a reduzir suas dificuldades tanto na deglutição quanto na fonoarticulação. Pode-se associar-se as próteses dentárias a prótese rebaixadora de palato.

O fonoaudiólogo auxilia o cirurgião dentista na adaptação da prótese e na reabilitação da fonoarticulação e da deglutição. Nas glossectomias totais, a tendência é de se confeccionar uma placa rebaixadora, a partir de uma prótese dentária convencional, em toda a extensão do palato e numa mesma altura. Apesar de escassos os trabalhos que avaliam os resultados funcionais de próteses rebaixadoras, ARAMANY, BEERY, McKINSTRY e SANSONE⁽⁴⁾ relataram em estudo realizado, que esta prótese exerce influência sobre a cavidade intra-oral, podendo assim, trazer

articulação da língua de outra maneira, fosse com o aumento da voz ou a abertura e fechamento da mandíbula. ARAMANY, BEERY, McKINSTRY e SANSONE⁽⁴⁾, realizaram um estudo com 10 pacientes, sendo que cinco haviam se submetido a glossectomia parcial e cinco a glossectomia total. Foram analisadas suas articulações com exames de videofluoroscopia e análise acústica, a partir de emissões de vogais e consoantes. Para estas análises, os pacientes usaram dois tipos de prótese: rebaixadora de palato e a de língua. Com o uso da prótese rebaixadora de palato, os autores puderam constatar que o paciente que realizou a glossectomia total e que não apresenta dentes conseguiu obter certo controle da ressonância da cavidade oral. O contato oclusal mantém, portanto, o volume da cavidade oral e o controle da ressonância através do ajuste compensatório da mandíbula. Porém, com a atividade glótica preservada, o paciente não apresenta alterações nos padrões acústicos. ROBBINS, BOWMAN e JACOB⁽⁶⁾ realizaram um estudo com 62 pacientes com idade variando entre 45 e 64 anos, sendo que apenas dois se submeteram a cirurgia de glossectomia total. As análises da articulação e deglutição com e sem a prótese rebaixadora de palato foram realizadas através de uma escala de 10 pontos com conversa espontânea e lista de palavras (palavras-chave). Quanto à deglutição, foi realizada uma análise clínica onde foram observadas todas as funções. Os autores concluíram que a prótese rebaixadora de palato proporciona a diminuição de aspiração durante as deglutições, além de aumentar a velocidade do reflexo de deglutição. A prótese, também facilita a articulação compensatória pelo fato da cavidade oral estar reduzida, além do fluxo aéreo estar melhor direcionado. SHIMODAIRA, YOSHIDA, YUSA e KANAZAWA⁽⁷⁾ realizaram um estudo de caso com uma paciente de 60 anos, submetida a uma glossectomia total. Após 5 meses da cirurgia, a mesma colocou a prótese rebaixadora de palato e levou um mês para adaptar-se. Foram realizados avaliação da inteligibilidade com

conseqüências importantes na fonoarticulação devido a ação de seu rebaixador. O objetivo deste estudo foi verificar o efeito da prótese rebaixadora de palato na deglutição e na fonoarticulação de um paciente submetido à glossectomia total.

Revisão de Literatura
LARIVIERE, SEILO e DIMMICK⁽⁵⁾ realizaram um estudo de caso com uma paciente de 32 anos submetida a glossectomia total e faringectomia parcial. Foram realizadas análises perceptual e acústica da voz e fala, através de emissões de consoante/vogal/consoante, vogais (i, u) e ditongos.

*Maria Virgínia Gabriel Martins: Fonoaudióloga e Especializanda em Motricidade Oral em Oncologia pelo Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A. C. Camargo/SP.
**Luciana Passuello do Vale-Prodromo: Fonoaudióloga, Mestre em Fisiopatologia Experimental – USP/SP e Professora do Curso de Especialização do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A. C. Camargo/SP.
***Elisabete Carrara-de Angelis: Fonoaudióloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana e Doutora em Neurociências – Unifesp – EPM, Coordenadora do Curso de Especialização em Motricidade Oral em Oncologia e Chefe do Departamento de Fonoaudiologia do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer A. C. Camargo/SP.

Departamento de Fonoaudiologia do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital Câncer A. C. Camargo – São Paulo/SP.
Autor responsável: Maria Virgínia Gabriel Martins
Rua Uruguaiana n. 320 Centro - Campinas/SP CEP 13026-000
Fone: (19) 9116-9394 e/ou (19) 3234-8038
email: mvgmartins@yahoo.com.br
Endereço para Correspondência: Elisabete Carrara-de Angelis
Al. Lorena 427 Cj 20 Jd. Paulista – São Paulo/SP CEP 01424-000
Fone/Fax: (11) 3888-7606 e/ou (11) 9905-5711
email: eangeli@attglobal.net
Recebido em 19/01/2004
Aprovado em 18/11/2004

Artigo original

conversa espontânea, através de um método “Avançado Japonês”, onde a paciente pronunciava 100 sílabas para 10 ouvintes. Quanto à deglutição, foi realizada uma avaliação de videofluoroscopia, onde o tempo de trânsito oral foi cronometrado, utilizando-se consistências líquida e líquida-pastosa (com e sem prótese rebaixadora). Os autores concluíram que após a colocação da prótese rebaixadora de palato, foi apresentado um aumento na inteligibilidade, uma diminuição no tempo de trânsito oral para as consistências líquida e líquida-pastosa, melhor direcionamento do fluxo aéreo e aumento na pressão intra-oral, favorecendo assim a deglutição. Além disso, a prótese proporcionou uma melhora na conversa espontânea.

FURIA, DE ANGELIS, MARTINS, BARROS, CARNEIRO e KOWALSKI⁽⁸⁾ realizaram um estudo com 45 pacientes. Destes, apenas 8 haviam se submetido a cirurgia de glossectomia total e passado pelo Departamento de Fonoaudiologia. Foi realizada uma análise através da videofluoroscopia da deglutição utilizando-se consistências líquida, pastosa e sólida nas quantidades 3, 5 e 10 ml apresentados em seringa e colher respectivamente, além de líquido contínuo com 15 – 20 ml. Os autores constataram, que a glossectomia total influencia no fechamento do esfíncter velo-faríngeo, reduz a elevação laríngea, propicia estases em cavidade oral, topografia de valécula e esfíncter esofágico superior, altera o tempo de trânsito oral além de provocar aspirações e penetrações. SAVARIAUX, PERRIER, PAPE e LEBEAU⁽⁹⁾ realizaram um estudo com 9 pacientes que se submeteram às cirurgias de glossectomia parcial, mandibulectomia parcial, e um único paciente avaliado que realizou uma glossectomia total. Foram realizadas análises acústicas onde foram avaliados o três primeiros formantes através de uma seqüência de vogal/consoante/vogal e emissões das vogais / i / e / u /. Os autores chegaram a conclusão de que a prótese rebaixadora de palato faz aumentar os resultados de alguns formantes das vogais, devido às novas estratégias de compensação que

são realizadas durante a articulação, muitas vezes com os lábios (encostando nos dentes) e mandíbula.

FURIA, KOWALSKI, LATORRE, DE ANGELIS, MARTINS, BARROS et al.⁽¹⁰⁾ realizaram um estudo com 27 pacientes com idade variando em 56,5 anos, sendo que apenas 6 se submeteram a cirurgia de glossectomia total. Durante a análise perceptiva da fala realizada com todas as vogais sustentadas, seqüência de vogal/consoante/vogal e conversa espontânea foram constatadas mudanças de fluxo aéreo que prejudicam a produção original das vogais e os sinais acústicos que os ouvintes percebem do fonema. Durante as produções das vogais, muitas vezes o indivíduo encosta o retalho no rebaixador, o que favorece a articulação, compensando-a, além de tornar a fala mais inteligível.

A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM NEONATOLOGIA:

Observação dos Estados de Consciência como Parâmetro de Intervenção.

THE HEARING AND SPEECH THERAPY IN NEONATOLOGY: Observation of States of Conscience as Parameter of Intervention.

Autores:

Andréa Carla Jorge Reis*
Cristal Rebouças Carvalho**
Patrícia Naomi Miyagawa***

RESUMO

O estudo realizado objetiva ressaltar a importância de considerar-se o estado de consciência do recém-nascido como parâmetro para a intervenção fonoaudiológica, a fim de evitar o gasto desnecessário de energia. Para esses sujeitos, tal gasto energético é extremamente comprometedor para suas funções vitais, e a intervenção em ocasião inadequada pode retardar a alta hospitalar, prejudicando a estruturação do vínculo mãe-bebê. A pesquisa foi realizada com o registro diário do acompanhamento de oito recém-nascidos prematuros, livres de síndromes e/ou malformações associadas. Os dados coletados foram examinados individualmente, descrevendo-se o período de internação e, a seguir, os procedimentos realizados de acordo com os estados de consciência foram agrupados e analisados graficamente relacionando as variáveis estado de consciência e padrão sucção. Concluiu-se, com a análise dos dados, que o observado na pesquisa convergiu com a teoria: os recém-nascidos apresentam respostas mais consistentes à estimulação sensório-motora-oral no estado de alerta. Dessa forma, foi possível observar que os recém-nascidos manipulados no estado de alerta responderam à estimulação com menor gasto de energia, adequando seus padrões de sucção mais rapidamente. Assim, fica evidente que os estados de consciência devem ser considerados como parâmetro para intervenção fonoaudiológica de recém-nascidos pré-termos, a fim de favorecer a alta hospitalar precoce.

Palavras-Chave: Fonoaudiologia; Neonatologia; Recém-Nascido Pré-Termo; Sinais de Estresse; Estados de Consciência.

INTRODUÇÃO

Com os avanços da medicina e dos aparatos tecnológicos, a partir da década de 60, um grande número de bebês que chegavam ao óbito em poucos dias, começou então a sobreviver. Antes, a preocupação maior voltava-se para o quadro clínico do bebê, objetivando garantir a sua sobrevivência.

Muitos estudos foram desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos nas décadas de 60 e 70, sobre a fisiologia e o desenvolvimento destes bebês. Tendo em vista que os recém-nascidos pré-termos (RNPT) geralmente encontram-se abaixo do peso considerado ideal, a manipulação dos mesmos deve provocar a mínima perda de energia. Em virtude de a maioria dos serviços desconhecerem a importância da manipulação que respeita os estados de consciência, busca-se determinar quais os momentos mais adequados para a realização da intervenção fonoaudiológica a fim de limitar os prejuízos para o bebê.

*Andréa Carla Jorge Reis: Fonoaudióloga Pós-graduada em Educação e Reeducação Psicomotora – UERJ. Docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade da Amazônia – UNAMA.

**Cristal Rebouças Carvalho: Fonoaudióloga Clínica. Formada no Conceito Neuroevolutivo Bobath. Aluna do curso de Especialização em Motricidade Oral com Ênfase em Fonoaudiologia Neonatal – CEPEF.

***Patrícia Naomi Miyagawa: Fonoaudióloga Clínica. Aluna do curso de Aprimoramento Técnico em Fonoaudiologia Hospitalar – Health Science University of Hokkaido.

Endereço para correspondência:

Patrícia Naomi Miyagawa: Endereço: Conjunto Médicos I, rua Mojú, nº 65. Marambaia. Belém-Pará. CEP: 66.620-470
Telefone: (91) 231-1094, (91) 9609-2729
e-mail: pnaomiyagawa@hotmail.com

REVISÃO DE LITERATURA

A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM NEONATOLOGIA

O termo Neonatologia foi mencionado pela primeira vez por Alexander Schafner e reconhecido como uma ciência da Pediatria em 1960, devido à ausência de um profissional especializado para lidar principalmente com os bebês internados por longos períodos e sujeitos à ação de infecções hospitalares⁽¹⁾. Garantida a sobrevivência do bebê, fez-se necessária a presença de profissionais afins à medicina, atuando diretamente com o recém-nascido de alto risco⁽²⁾. Até então, apenas os recém-nascidos (RN) sindrômicos e portadores de deficiências eram assistidos pela equipe multidisciplinar^(1,2).

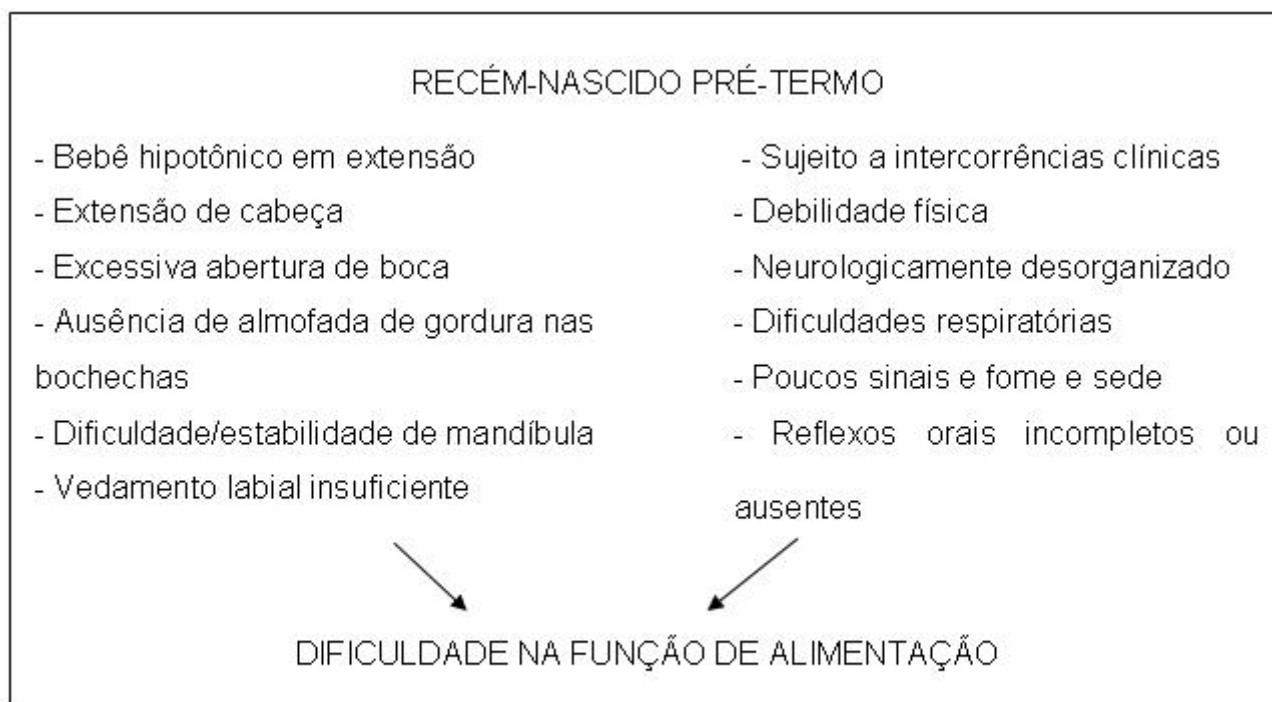
CARACTERIZAÇÃO O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

O conceito de prematuridade foi proposto inicialmente por Yllpö em 1919. Yllpö considerava prematuros todos os nascidos vivos com peso inferior a 2500 gramas⁽³⁾. Battaglia & Lubchenco, em 1967, começaram a classificar os recém-nascidos segundo os critérios peso / idade gestacional (IG), determinando ainda as nomenclaturas: a termo, pré-termo e pós-termo, e ainda subdividindo-as em: pequenos, adequados ou grandes para a idade gestacional⁽³⁾. Entre a população de neonatos, os RNPT são os que possuem maior número de requisições para a terapia fonoaudiológica, no que concerne à alimentação. Devido a essa grande incidência, faz-se pertinente o conhecimento das habilidades motoras e orais, suas similaridades e diferenças em comparação a outros bebês de risco⁽⁴⁾. Estudos apontam que o RNPT apresenta características peculiares que precisam ser conhecidas pelos profissionais que atuam com uma categoria tão especial. O tônus apresenta-se rebaixado, que varia desde uma flacidez intensa com extensão até a presença de tônus elevado e flexão iniciada pelos membros inferiores. Ocorre uma hipotonia global originada pela imaturidade do Sistema Nervoso Central (SNC) e muscular.

Cristal Rebouças Carvalho: Endereço: Av. N. S. de Copacabana 967/1102. Copacabana. Rio de Janeiro- RJ. CEP: 22060-000
Telefone: (21) 2521-8854
e-mail: cristalrc@terra.com.br
Recebido em 27/02/2004
Aprovado em 24/09/2004

Artigo original

O RNPT é ainda um bebê genuinamente em extensão com pobre estabilidade de cintura escapular, tronco e mandíbula, esta última devido à ausência de almofadas de gordura nas bochechas. Apresenta dificuldade de vedamento de lábios, fato esse que geralmente está relacionado a freqüente necessidade de ventilação mecânica por tubo endotraqueal. E finalmente, é um bebê neurologicamente imaturo e desorganizado que apresenta poucos sinais de sede e fome, ausência de alguns reflexos e grande susceptibilidade ao estresse⁽⁴⁾.



Quadro 1 – Extraído de Hernandez (1996).

ESTUDO COMPARATIVO DO TESTE SSW EM INDIVÍDUOS COM E SEM A DOENÇA DE ALZHEIMER

SSW TEST IN PEOPLE WITH OR WITHOUT ALZHEIMER DISEASE

Autores:

Tatiana Azevedo*

Angela Ribas**

RESUMO

O presente trabalho verificou a performance de dois grupos de pessoas da terceira idade, portadoras ou não da doença de Alzheimer, frente ao exame de processamento auditivo SSW. Os 8 sujeitos que compuseram a amostra foram submetidos a avaliação audiológica convencional, e em seguida ao teste SSW. Tendo em vista que todos os sujeitos da amostra apresentaram alterações no exame do processamento, concluímos que o envelhecimento associado ou não a uma doença degenerativa, é um fator causal de desordens da percepção auditiva.

Palavras-Chave: processamento auditivo, doença de Alzheimer.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera que a terceira idade tem início aos 65 anos nos países desenvolvidos e 60 nos países em desenvolvimento. Nesta época começa a cessação da vida produtiva e o envelhecimento, uma transformação imutável baseada em alterações biológicas. Estas alterações em geral causam mudanças físicas e cognitivas relacionadas às funções superiores, como a linguagem, gnosis e memória. Muitas vezes, a senilidade vem acompanhada de doenças degenerativas, dentre elas, podemos citar a doença de Alzheimer. A origem do nome Alzheimer vem do médico alemão, Alois Alzheimer (1864-1915), um psiquiatra e neuropatologista, que em 1906, ao fazer uma autópsia, descobriu no cérebro morto algumas lesões que ninguém nunca tinha visto.

paciente, que não está consciente da perda de memória, perda que acontece inicialmente alterando outras funções cognitivas com evidências de apraxia, afasia ou julgamento comprometido.

Os sintomas aparecem lentamente, e a evolução dura cerca de oito anos. O período médio entre o primeiro e o último estágio da doença, pode variar muito de pessoa para pessoa. A memória e o intelecto são sempre comprometidos. Os pacientes mais jovens desenvolvem mais alterações na linguagem que os mais velhos. É importante esclarecer que, atualmente, a doença ainda não tem cura, mas cuidados apropriados podem ajudar a pessoa com Alzheimer a viver com mais conforto. A doença de Alzheimer provoca mudanças nas áreas cerebrais que controlam a memória e o raciocínio. É por este motivo que as pessoas portadoras da doença de Alzheimer têm dificuldade para viver uma vida

Tratava-se de um problema nos neurônios, que apareciam atrofiados dentro do cérebro, e cheios de placas estranhas, fibras retorcidas, enroscadas umas às outras. A partir daquele momento, esse tipo de degeneração ficou conhecida por “placas senis”, característica fundamental da doença de Alzheimer⁽¹⁾.

A doença de Alzheimer é conhecida como demência ou esclerose, uma clara referência à série de sintomas apresentados pelos portadores da doença⁽²⁾. Primeiramente há perda de inúmeras habilidades, dentre elas as principais são a dificuldade de pensar, a falta de concentração, de raciocínio, e a perda de memória que atinge as áreas da linguagem e as alterações no comportamento. São comuns as súbitas mudanças de humor e a desorientação no tempo e espaço. A personalidade do paciente está preservada e os sinais e sintomas costumam ser observados primeiro pelos familiares. As pessoas com a doença de Alzheimer não sofrem os mesmos sintomas, e nem sempre apresentam o mesmo grau de gravidade. Outros autores preferem dizer que trata-se de uma doença cerebral, neurodegenerativa, ou seja, que produz atrofia progressiva, comum com o avançar da idade e não existe causa definida da doença. Estudos apontam fatores importantes para o seu desenvolvimento, como os fatores hereditários, os ambientais e os vasculares⁽³⁾.

A cada ano que passa, uma em cada grupo de 10 pessoas maiores de 80 anos será portadora da doença de Alzheimer. No mundo atualmente existem entre 17 e 25 milhões de pessoas com a doença de Alzheimer, isto é, duas vezes e meio a população de Portugal. Sabe-se também que a doença corresponde a 70% do conjunto das doenças que afetam a população geriátrica. Com isso, a doença de Alzheimer representa um sério problema para a saúde pública especialmente em países industrializados, onde vem crescendo de modo acentuado o número de idosos. Nesses países a doença de Alzheimer é a terceira causa de morte entre idosos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e para o câncer⁽¹⁾. Nos Estados Unidos quatro milhões de norte-

normal. As causas do desenvolvimento da doença ainda não são totalmente conhecidas pela medicina. Algumas pesquisas enfatizam um componente hereditário, outros falam de alguma virose, enfim, não se sabe ainda ao certo qual seria a causa dessa doença. Não existe nenhuma forma de prever se uma pessoa vai ou não desenvolver a doença de Alzheimer. Atualmente é possível determinar o risco de uma pessoa desenvolver a doença através do teste para o gene ApoE4⁽⁵⁾. O DSM IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (1995), mostra que o comprometimento da memória e os vários déficits cognitivos são devido aos efeitos persistentes de uma substância, aos efeitos fisiológicos de uma condição médica geral. A duração média da doença, tendo em vista o início dos sintomas até a morte, é de mais ou menos 10 anos. O diagnóstico aparece quando outras etiologias são descartadas. Há relatos de que a doença pode causar alteração na comunicação, assim como dificuldades de compreensão e de atenção. Não é raro encontrarmos distúrbios de linguagem associados⁽⁶⁾, déficit na fala, linguagem, memória, e na compreensão, constatando que a demência causa deterioração dos comportamentos de comunicação⁽⁷⁾. A doença de Alzheimer não é infecciosa nem contagiosa. É uma doença terminal que causa deterioração geral da saúde. As pessoas com a doença de Alzheimer não sofrem os mesmos sintomas e com ordem determinada, ou com o mesmo grau de gravidade. Mas existe um padrão geral de evolução, padrão este que permite descrever melhor três principais fases da doença⁽⁸⁾.

Fase Inicial da Doença de Alzheimer: costuma caracterizar-se por problemas moderados de memória, tais como esquecimento de nomes, dificuldade para aprender e reter novas informações, dificuldade progressiva para as atividades diárias, irritabilidade, desorientação, falta de cuidados com a aparência pessoal, podendo não ser imediatamente detectável. Da mesma forma, familiares e amigos podem

americanos sofrem de Alzheimer. No Brasil, não há dados precisos, mas estima-se que a doença atinja um milhão de pessoas⁽⁴⁾. Considerando os números apresentados, e o fato da doença comprometer a capacidade de comunicação daqueles que a possuem, o objetivo deste trabalho é avaliar a percepção auditiva, por meio do Teste de Escuta Dicótica de Dissílabos Alternados (SSW), de um grupo de pessoas portadoras da doença de Alzheimer em sua fase inicial, determinar se há alteração e o seu grau, e descrever que habilidade auditiva encontra-se afetada, em comparação aos resultados de um grupo controle, com a mesma faixa etária, sem a doença.

A Doença de Alzheimer

Como citado anteriormente doença de Alzheimer é conhecida como demência ou esclerose⁽²⁾. Entre os principais sintomas está a dificuldade de pensar, a falta de concentração, de raciocínio, a perda de memória que atinge as áreas da linguagem e a alteração no comportamento. São comuns as súbitas mudanças de humor e a desorientação no tempo e espaço. Cada área do nosso cérebro tem a função de controlar diferentes tarefas, por exemplo o andar, e outras a capacidade para falar, controlar a memória etc., na doença de Alzheimer as áreas afetadas são aquelas que controlam as funções da memória, concentração e raciocínio. Em geral os sinais e os sintomas de Alzheimer são percebidos primeiramente pelos familiares do

*Fga. Tatiana Azevedo

Formada pela Universidade Tuiuti do Paraná

**Prof. Fga. Angela Ribas

Docente da Universidade Tuiuti do Paraná

subestimar a importância do problema justificando o esquecimento como uma consequência natural do envelhecimento. A orientação no tempo não é muito afetada neste estágio, mas os pacientes começam a mostrar indícios de desorientação no espaço (delirando, e até mesmo perdendo-se num ambiente familiar, como a sua própria casa). Muitos pacientes desenvolvem gostos estranhos, e alguns mostram uma preferência por cores berrantes. Outros perdem a espontaneidade, desenvolvendo uma tendência de olhar fixamente em frente. O dinheiro para esses pacientes acaba perdendo a sua forma simbólica. Isso faz com que alguns bens e serviços acabem sendo pagos mais de uma vez. Fica cada vez mais difícil associar formas geométricas a objetos reais. Há uma incapacidade de se enxergar o abstrato. Esta fase pode tornar-se muito desgastante para o paciente se ele perceber o que está acontecendo, mesmo que tenha uma boa qualidade de vida social permanecendo alerta. Fase Intermediária da Doença de Alzheimer: a gravidade dos sintomas faz com que o paciente torne-se cada vez mais dependente de terceiros, fazendo com que geralmente abandone o emprego. Os problemas de memória aumentam e as recordações de eventos recentes são esquecidas antes mesmo da memória de acontecimentos mais antigos. Torna-se cada vez mais difícil ao paciente identificar sua própria família. Fica mais difícil interpretar os estímulos (tato, paladar, visão e audição). Tudo isso acaba trazendo consequências para a vida, já que o paciente perde o apetite, torna-se incapaz de ler e apresenta alucinações visuais e auditivas. A insônia vira algo rotineiro, pois os pacientes passam a dormir de dia, e menos à noite. A noção de tempo e espaço é afetada. Atividades diárias, como lavar e passar, não são possíveis de serem realizadas sem a ajuda de outra pessoa. Os movimentos passam a ser cada vez menores, menos precisos e incoordenados. Os pacientes têm cada vez menos estabilidade na sua postura corporal, e podem ter alguns acidentes por causa da visão dupla (diplopia).

Recebido em 21/06/2004
Aprovado em 20/11/2004

Artigo original

Pode ocorrer incontinência, seja por motivo físico ou mental. É comum a mudança repentina de humor. Podem tornar-se agressivos e agitados, ou andar de um lado para o outro. Problemas de linguagem surgem mais marcados, incluindo a incapacidade para compreender a palavra escrita ou falada, assim como a dificuldade em falar e escrever. Não é incomum que os pacientes nessa fase tornem-se repetitivos.

Fase Final da Doença de Alzheimer: o paciente sofre de demência grave, fica totalmente incapacitado, perde a fala, a incontinência passa a ser total, perde a capacidade para andar, sentar, sorrir, e engolir. Torna-se cada vez mais vulnerável a uma pneumonia, desnutrição, correndo o risco ainda de contrair úlceras por ficar deitado, aparecem as dificuldades motoras.

O CONCEITO DO BOM FALANTE: ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

THE CONCEPT OF THE GOOD SPEAKER: QUESTIONNAIRE ELABORATION AND APPLICATION

Autores:

Claudia Regina Furquim de Andrade*

Bernadete Lema Mazzafera**

Fabiola Juste***

RESUMO

A linguagem expressa o modo de falar de cada um, por meio desse modo de falar, podemos perceber o status social do indivíduo e do grupo social a que pertence ficando então estabelecido o seu lugar na sociedade. O objetivo deste trabalho foi elaborar e aplicar um questionário visando explorar o conceito de bom falante. O método utilizado foi composto por 2 etapas: fundamentação do questionário e aplicação do mesmo em grupo de adultos. Os resultados indicam que o instrumento proposto cumpriu satisfatoriamente, seu objetivo., pois 100% dos sujeitos avaliaram o instrumento como eficiente em sua proposta, sendo que para 60% deles o grau de satisfação foi superior a 75%. Conclui -se que o “bom falante” é o indivíduo cuja performance comunicativa engloba: discurso objetivo, claro, fluente, contextualizado, respeitando as normas formais da língua.

Palavras-Chave: Fonoaudiologia; Linguagem; Fala; Comunicação; Métodos.

INTRODUÇÃO

Para um ser humano ser aceito em nossa sociedade como pessoa confiável e apta com plenos direitos de cidadão, são necessários três tipos principais de competência: habilidades cognitivas (baseadas no uso da linguagem e na capacidade de comunicação); controle do corpo e controle das emoções⁽¹⁾. A habilidade comunicativa é uma característica humana e inclui não somente o falar, ouvir, ler e escrever, mas também os informes não verbais, como as expressões faciais, gestos, hesitações e silêncios carregados de significações. Essa habilidade permite ao indivíduo o desenvolvimento das sensações de segurança,

Os aspectos lingüísticos encontrados na literatura pesquisada foram subdivididos em: aspectos lingüísticos formais (morfofossintaxe, semântica e pragmática), aspectos de fala (articulação, fluência, voz) e aspectos não verbais.

Os aspectos lingüísticos formais (pragmático, semântico e morfofossintático)

O aspecto pragmático da linguagem surge ao evidenciar-se a habilidade do falante em adequar seu discurso ao contexto comunicativo, tratando da linguagem em seu aspecto funcional tendo como foco a intenção e, portanto, a consequência do ato de comunicação⁽¹⁰⁾. A questão lexical da linguagem (inclusa no

auto-confiança, firmeza, felicidade e enriquecimento interno. Quando essa habilidade é pouco desenvolvida, ou ineficiente, o déficit pode contribuir para a deterioração da imagem pessoal. Fatores individuais como a inteligência, educação, ambiente, conhecimento e domínio da língua dentre outros, são responsáveis pela extensão e tipo de envolvimento com a comunicação intra e interpessoal; sendo de fundamental importância para a saúde e a felicidade⁽²⁾.

A linguagem verbal é a matéria do pensamento e o veículo da comunicação social, não existindo sociedade sem linguagem, nem sociedade sem comunicação. Assim como realidade material, organizações de sons, palavras, frases a linguagem é relativamente autônoma, mas como expressões de emoções, idéias, propósitos, ela é orientada pela visão de mundo, pela realidade social, histórica e cultural de seu falante⁽³⁾. Pode-se compreender a linguagem não só como meio de comunicação, mas também como um dos principais instrumentos de desenvolvimento dos processos cognitivos do ser humano⁽⁴⁾. A linguagem possui, portanto, além de uma função comunicativa, a função de contribuir e permitir o crescimento e desenvolvimento do ser humano. Além disso, a linguagem expressa o modo de falar de cada um, e é por meio desse modo de falar que podemos perceber o status social do indivíduo e do grupo social a que pertence ficando então estabelecido o seu lugar na sociedade⁽⁵⁾.

Os indivíduos, de uma forma geral, são julgados pela maneira de falar no que diz respeito à formação social, profissional, cultural e espiritual, assim aprender a falar faz parte da arte de viver bem.⁽⁶⁾

Algumas pessoas têm grande facilidade para a comunicação pois possuem alguns aspectos básicos para se falar bem, são eloqüentes, possuem um tom de voz agradável e uma articulação precisa, prendendo dessa forma a atenção do ouvinte⁽⁷⁾.

O uso da palavra falada não é um privilégio dos religiosos, políticos e advogados, ou seja, de

aspecto semântico) representa também a habilidade do falante no domínio do código (língua) utilizado pelo destinatário, propiciando a compreensão da mensagem pelo receptor da mesma, além disso, o aspecto semântico aparece no conteúdo do discurso permitindo muitas vezes identificar o falante em seus aspectos psicosociais⁽¹¹⁾.

No aspecto morfossintático há referência ao desenvolvimento da morfologia flexional, assim como as regras de ordenação das palavras. O termo morfologia engloba todos os aspectos da formação das palavras, mas no contexto do desenvolvimento da linguagem este termo é utilizado como abreviatura de morfologia flexional⁽¹²⁾.

A comunicação é um processo cíclico que demanda uma eficácia para que a mensagem que circula entre receptor e emissor represente sentimentos e idéias de ambos sem conclusões e interpretações ambíguas⁽⁹⁾. Assim numa comunicação verbal, a linguagem deve ser utilizada adequadamente para permitir o diálogo consigo mesmo e com outras pessoas. Dessa forma, o emissor precisa certificar-se que a linguagem por ele utilizada está adequada ao receptor⁽⁹⁾.

Os aspectos da fala (articulação, fluência e voz)

A produção dos sons da fala envolve o aspecto ou nível fonológico da linguagem, ou seja, o conhecimento dos segmentos fonéticos e regras fonológicas bem como a forma de utilização dos mesmos⁽¹³⁾. Alguns autores destacam que para falar em público uma articulação precisa contribui para uma emissão clara, conferindo credibilidade ao falante^(6,7,9).

A fluência deve ser entendida como “o fluxo suave e contínuo da fala, que além de ser o produto de uma programação cerebral altamente complexa, é também produto da experiência, da visão de mundo e da imagem pessoal” do falante⁽¹⁴⁾. A fluência é citada como uma exigência do auditório em relação ao orador⁽⁶⁾

classes profissionais específicas. Todos precisam falar bem para enfrentar diferentes situações no trabalho ou nos mais diversos acontecimentos do cotidiano⁽⁸⁾. A comunicação realizada por meio da linguagem promove a interação entre os indivíduos; para que essa integração se efetive entre os participantes da sociedade, torna-se necessário à comunicação, descrita como um pré-requisito funcional da sociedade⁽⁹⁾. O processo de comunicação envolve os seguintes elementos: emissor ou codificador da mensagem, a mensagem, o receptor que interpreta a mensagem, o veículo ou canal ou uma cadeia de canais que facilita e promove a transmissão da mensagem, feedback ou realimentação – o elemento que garante o monitoramento da mensagem e ruído (erro, interferência ou barreira no processo). As habilidades verbais segundo a autora, estão diretamente relacionadas à fala, a voz, a respiração, a audição e a habilidade de formular perguntas. Assim para a autora, os principais aspectos que aparecem durante a comunicação são a voz, a dicção, o vocabulário e a expressão corporal.⁽⁹⁾

Os fatos lingüísticos contidos nos conceitos abordados anteriormente, podem ser descritos sob diferentes aspectos, podendo a Lingüística ser dividida em Fonética, Fonologia, Morfologia, Sintaxe, Semântica, Análise do discurso, Pragmática, Sociolingüística, Psicolingüística, entre outros⁽⁵⁾.

ÁREA: FONOAUDIOLOGIA GERAL

¹ANDRADE, C.R.F .de; ²MAZZAFERA, B.L.; ³JUSTE, F.

Instituição onde foi realizado o trabalho:
Universidade de São Paulo – Laboratório de
Investigação Fonoaudiológica da Fluência e
Desordens da Fluência

que deve possuir essa característica em seu discurso⁽¹⁵⁾ empregando uma velocidade de fala adequada ao objetivo da mensagem (8,9). A voz é, acima de tudo, a substância sonora necessária à realização da fala e sofre todas as influências psicossociais que marcam uma personalidade⁽¹⁶⁾. Como meio de expressão do orador, a voz pode e deve ser aprimorada^(7,15) como recurso que contribui para a eficácia da comunicação⁽¹⁷⁾.

Os aspectos não verbais

A literatura é unânime na conceituação dos gestos, que são ações corporais que ocorrem junto ao ato de fala e transmitem uma idéia ou sentimento⁽¹⁸⁾. Os gestos desempenham várias funções: podem substituir a fala, regular o fluxo e o ritmo da interação, manter a atenção dando ênfase ao discurso e contribuir para caracterizar e memorizar o conteúdo do que é dito⁽¹⁸⁾. Como abordado anteriormente, os informes não verbais (expressões faciais, gestos, hesitações e silêncios) estão presentes no processo de comunicação e são carregados de significações. Portanto a expressão corporal (movimentos e gestos) deve complementar a fala^(6,15), tornando-a mais interessante para quem ouve⁽⁷⁾. A Fonoaudiologia como ciência se dedica ao estudo da comunicação humana e a influência da auto-imagem no processo de comunicação é freqüentemente citada na área, algumas vezes até como fator que contribui para determinar o próprio distúrbio da comunicação como citado por Friedman⁽¹⁹⁾. Segundo a autora em seu estudo sobre indivíduos gogos, a não aceitação do padrão de fala de um indivíduo pelas pessoas que lhe são significativas pode colocá-lo numa situação paradoxal, ou seja, ele não é excluído da situação de comunicação, mas as pessoas não aceitam seu padrão (dizendo fale direito, fale com calma etc) levando o sujeito a tentar interferir em sua produção de fala, fator que o leva a produzir uma fala pior. Embora os dados de literatura apontem a relação entre performance de fala e auto-imagem, não foram encontradas pesquisas específicas que

*Claudia Regina Furquim de Andrade.
Fonoaudióloga. Professora Titular do

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia
e Terapia Ocupacional da Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço: Rua Cipotânea, 51, Cidade
Universitária, São Paulo – SP CEP 05360-160
Tel: (11) 3091-7461 / Fax: (11) 3091-7459

E-mail: clauan@usp.br

**Bernadete Lema Mazzafera. Fonoaudióloga.
Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo.

Doutoranda em Linguística pela Faculdade de
Filosofia, Letras e Ciências Humanas da
Universidade de São Paulo.

***Fabiola Juste. Fonoaudióloga. Doutoranda
em Linguística pela Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas da Universidade de
São Paulo.

Recebido em 30/03/2004

Aprovado em 20/11/2004

Artigo original

permitam determinar o quanto o fator auto-
imagem pode ser considerado negativo ou
positivo para a determinação do perfil do bom
falante numa determinada comunidade
lingüística.

Com base nas considerações apresentadas, o
objetivo deste trabalho foi elaborar e aplicar um
questionário visando explorar o conceito de bom
falante. As hipóteses desse estudo foram:

- 1) Os aspectos lingüísticos formais
(morfossintaxe, semântica e pragmática) estão
relacionados ao conceito de bom falante;
- 2) Os aspectos de fala (articulação, fluência,
voz) estão relacionados ao conceito de bom
falante.

MEDICAMENTOS ASSOCIADOS À XEROSTOMIA E A DISTÚRBIOS DAS FUNÇÕES OROFACIAIS EM IDOSOS

DRUGS ASSOCIATED TO XEROSTOMIA AND TO THE DISTURBANCE OF THE OROFACIAL FUNCTIONS IN THE ELDERLY

Autores:

Simone Augusta Finard de Nisa e Castro*

Ana Cristina Vaz Costa Hartmann**

Antonio Cardoso dos Santos***

RESUMO

Este trabalho faz a revisão do tema que relaciona o uso de medicamentos por idosos e sua associação com a presença de xerostomia e distúrbios das funções orofaciais. Pretendeu-se apresentar aspectos encontrados na literatura vigente que descrevam esta associação considerando a interferência desses distúrbios com relação às funções orais. As consequências do uso prolongado ou excessivo de medicamentos pode acarretar, entre outros prejuízos, comprometimento da saúde oral, modificando e interferindo principalmente a nutrição, essencial para garantir saúde para o idoso.

Palavras-Chave: Envelhecimento, medicamentos, funções orofaciais, xerostomia, saúde do idoso.

INTRODUÇÃO

O indivíduo idoso, por apresentar uma capacidade de reserva diminuída, tem menos condições de manter homeostase quando submetido a estresse fisiológico⁽¹⁾. Como consequência, o envelhecimento pode vir acompanhado, frequentemente, por doenças crônicas^(2,3). As condições crônicas são doenças ou prejuízos que não podem ser curados, são persistentes ou recorrentes durante anos. No Brasil, 80% da população idosa apresenta ao menos uma patologia crônica e 14% chegam a sofrer em torno de cinco patologias crônicas⁽⁴⁾, o que determina a necessidade, na maior parte dos casos, da indicação da terapia com fármacos. Devido à polifarmácia, ou tendência em utilizar vários fármacos simultaneamente, os idosos

Uso de medicamentos por idosos e RAM associadas a funções orofaciais. Dentro das RAM associadas às funções orais, a queixa de boca seca ou xerostomia é, com frequência, relacionada ao processo de envelhecimento⁽¹²⁾ por ser comum seu relato por idosos, embora isso, entre outras causas, está mais associada ao uso de medicamentos^(13,14). Verificou-se que as RAM podem comprometer grandemente as funções do Sistema Estomatognático (SEG) ao desencadear, além da referida queixa, outros distúrbios (Tabela 1) como: estomatites; alterações na língua e outros tecidos moles; periodontite; gengivite; cáries⁽¹⁵⁾; alteração do paladar com perda do apetite⁽¹⁶⁾ e outras dificuldades alimentares⁽¹⁷⁾. Já foi descrito que todas estas alterações apresentadas acima agravam-se em idosos, tanto devido à

correm um risco elevado de apresentar problemas associados ao uso dos mesmos, principalmente por consequência da indicação de medicamentos para patologias múltiplas. Além disto, o desenvolvimento de interações farmacológicas é reforçado por ser uma população com menor capacidade de reverter uma reação adversa à medicação (RAM) ao comparar-se com uma população jovem, principalmente devido à associação com declínio do processo fisiológico^(1,3,5,6,7). As RAM, definidas na literatura como um evento nocivo, não intencional, que ocorrem nas doses usuais de diagnóstico ou terapia, são a causa de 20 a 40% dos problemas com medicação. As RAM aumentam com a idade sendo que, no idoso, são de duas a três vezes mais intensas do que em jovens^(8,9,10). Além disso, a prevalência das RAM é sete vezes maior no idoso do que no jovem e diretamente proporcional ao número de medicamentos usados^(1,8,10,11).

Os medicamentos podem interferir de várias maneiras, pela interação e ação no organismo e, o que interessa mais a este trabalho, pelos efeitos que podem desencadear na motricidade oral. Desta forma, com o presente trabalho fez-se a revisão do tema que relacionou o uso de medicamentos por idosos e sua associação com principalmente à xerostomia, ou queixa de boca seca, e os distúrbios das funções orofaciais. Descreveu-se também estes aspectos considerando sua interferência na saúde geral devido ao aumento do risco para o aparecimento de problemas e, conseqüentemente, comprometimento da qualidade de vida no envelhecimento.

*Simone Augusta Finard de Nisa e Castro.
Fonoaudióloga do Serviço de Fisiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).
Especialista em Motricidade Oral pelo CFF^a.
Doutor em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

polifarmácia quanto com a prática da automedicação⁽¹⁸⁾. Identificou-se que os idosos podem consumir em torno de 4,5 drogas clinicamente prescritas quando residindo em seu domicílio e 5,2 medicamentos quando institucionalizados. Mas é o grande número de idosos que também se automedica que aumenta a quantidade de drogas consumidas^(18,19). É importante ressaltar que ainda não foi demonstrado o impacto na redução do número de medicamentos sobre as consequências clínicas da polifarmácia⁽¹⁹⁾.

Como já descrito, a xerostomia está definitivamente associada ao uso de medicamentos^(20,21,22), ao tratamento oncológico, às alterações psicológicas ou na presença de doenças auto-imunes⁽²⁰⁾. Estudos também salientaram que medicações não xerostômicas podem determinar um aumento no nível do fluxo salivar na sexta década de vida e uma diminuição nas duas décadas posteriores. Embora isso, os resultados conflitantes encontrados podem também ser atribuídos à variabilidade no nível de fluxo salivar encontrada entre adultos^(15,23). Em idosos de 97 anos, encontrou-se uma prevalência de xerostomia em 40% das mulheres e 30% dos homens⁽²⁴⁾.

Confirmou-se que, mesmo na ausência de doenças sistêmicas, o idoso freqüentemente faz uso de muitos medicamentos tendo como consequência a diminuição da produção de saliva e a xerostomia. Estas modificações aumentam o risco para o aparecimento de cáries pela desmineralização dos dentes e têm efeito significativo sobre a qualidade de vida do idoso⁽¹⁵⁾. Além disso, mesmo a xerostomia sendo uma queixa subjetiva usualmente associada aos idosos, a diminuição de fluxo salivar propriamente dita não está relacionada diretamente ao envelhecimento normal - por outro lado, a queixa de secreção nasal, é tipicamente atribuída ao processo de envelhecimento. Os sujeitos com boca seca também podem apresentar queixa de boca queimante, infecções por bactérias ou vírus em mucosa ou dentes, glossites, rachaduras em

****Ana Cristina Vaz Costa Hartmann.**
Farmacêutica Bioquímica. Mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

*****Antonio Cardoso dos Santos.** Médico Fisiatria. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Chefe do Serviço de Fisiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

INSTITUIÇÃO:

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Serviço de Fisiatria - Setor de Fonoaudiologia
Fg^a Simone Finard de Nisa e Castro
Ramiro Barcelos, 2350 - Bairro Rio Branco
Porto Alegre, RS; CEP 90035-903; Fax.: (51) 3316.8000

E-mail: fnisac@terra.com.br

sncastro@hcpa.ufrgs.br

Recebido em 27/02/2004

Aprovado em 20/11/2004

Artigo original

lábios, halitose, parotidite, gengivite, alterações na fala ou na deglutição e problemas digestivos⁽²⁵⁾. Além destes distúrbios, também podem ocorrer candidíase, queilites e disgeusia⁽²⁶⁾.

É fundamental diferenciar se a real diminuição da saliva, e não apenas a referência da mesma ou xerostomia, é subsequente a problemas sistêmicos ou fatores extrínsecos, como o uso de drogas. Foi confirmada a associação entre o uso de medicamentos e a hipofunção salivar, sendo que há em torno de 400 medicamentos relacionados a esta disfunção⁽²⁷⁾. Já foi descrito que o efeito do uso de medicamentos sobre o funcionamento das glândulas parótidas equivaleria de 13 a 14 anos de envelhecimento. Desta forma, tanto as queixas de boca seca quanto os sinais objetivos de disfunção salivar não deveriam ser atribuídos diretamente ao processo de envelhecimento ou como consequência de menopausa, mesmo assim estas disfunções deveriam ser investigadas devido a suas implicações na saúde oral⁽²⁸⁾ podendo comprometer a saúde geral. Com isso, confirma-se que a prescrição de drogas para idosos deveria ser criteriosa em vários aspectos, por exemplo, com a observação de mudanças de comportamento, que tanto podem ser efeito colateral do medicamento como sinais do aparecimento de uma doença ou ainda progressão da existente⁽²⁹⁾.

PERFIL AUDIOLÓGICO DE CRIANÇAS DE 0 A 18 MESES DE IDADE NASCIDAS DE MÃES PORTADORAS DO VÍRUS HIV

HEARING PROFILE OF CHILDREN FROM 0 TO 18 MONTHS OLD BORN FROM HIV INFECTED MOTHERS

Autores:

Graziela Cambuzzi*

Renata Bortolatto de Souza**

Sabrina Viera da Luz Loureiro***

Sheila Andreoli Balen****

RESUMO

As crianças nascidas de mães portadoras do HIV podem ser contaminadas durante a gestação, parto ou pós-parto. O diagnóstico desta doença até os 18 meses é de difícil precisão, entretanto estudos têm mostrado que as crianças possuem um período de latência menor, relativo ao aparecimento dos sintomas em comparação a população adulta, com maior probabilidade de infecções de ouvido e um ambiente lingüístico pouco estimulador pelo estado de saúde da mãe. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o comportamento auditivo de crianças de zero a 18 meses de idade que fazem acompanhamento médico no Hospital Dia do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis – Santa Catarina. A amostra constou de 12 crianças, cinco do sexo masculino e sete do sexo feminino, para tal as mesmas foram submetidas a audiometria de observação comportamental e dos níveis mínimos de resposta para tons modulados e timpanometria. Observou-se que quatro crianças (33,33%) apresentaram todos os resultados esperados para a idade de acordo com Azevedo (1996), 10 crianças (83,34%) apresentaram resultados esperados para a idade na avaliação da audiometria comportamental. Na avaliação dos níveis mínimos de respostas de audição para tons modulados encontraram-se sete crianças (63,64%) dentro dos padrões de normalidade. Na timpanometria 12 orelhas (80%) apresentaram função de orelha média normal. A presença de alterações nos achados audiológicos em crianças de zero a 18 meses de idade nascidas de mães portadoras do vírus HIV, mostra a importância da atuação fonoaudiológica precoce, podendo minimizar atrasos no desenvolvimento auditivo e de linguagem.

Palavras-Chave: audição, HIV, criança, testes auditivos.

INTRODUÇÃO

Na década de 80, foram descobertos os primeiros casos da Síndrome da

ocorre o desenvolvimento da fala e das habilidades de linguagem⁽¹⁰⁾. Isto porque a linguagem é uma das funções biológicas do ser humano, por isso qualquer sujeito que não é exposto à estimulação de linguagem durante

Imunodeficiência Adquirida (Aids), nos EUA, pela Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁽¹⁾.

A Aids é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) que ataca o sistema imunológico humano. Os linfócitos, também chamados CD4+, que têm a função de defender o organismo de doenças e infecções, são alvo do vírus causando irregularidade e depressão da imunidade^(2,3,4).

A Aids foi identificada pela primeira vez no Brasil, em 1980. Na primeira metade da década de 80 a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e Rio de Janeiro. A partir do final daquela década, observou-se a disseminação da doença para suas diversas regiões. Apesar do registro de casos em todos os estados, a epidemia da Aids não se distribuiu de forma homogênea, observando-se a maior concentração nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do Brasil⁽⁵⁾.

Entre todas as formas de contágio da doença, uma delas é a contaminação da mãe para o filho chamada também de transmissão vertical. Tal transmissão pode ocorrer durante a gestação, no parto e após o nascimento através do aleitamento materno. O risco de infecção mãe-filho é de aproximadamente 15% a 25%, revelando ser a principal forma de aquisição da infecção na infância⁽³⁾.

O diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior a 18 meses é de difícil precisão, pois até os 12 meses de idade, em média, os anticorpos da classe IgG anti-HIV de origem materna (através da passagem transplacentária ou pela infecção) são detectados nos testes anti-HIV. O anticorpo materno muitas vezes se torna não detectável por volta dos nove meses de idade, podendo permanecer detectável até os 18 meses de idade. A maioria das crianças apresenta, ao nascimento, anticorpo positivo para o HIV e apenas 15% a 30% serão infectadas pelo vírus. Para a realização do diagnóstico podem ser utilizados os testes de detecção viral de anticorpos IgA anti-HIV ou de produção de anticorpos *in vitro*^(6,3,7). O diagnóstico será possível se pelo menos dois

seus primeiros anos de vida, poderá apresentar uma defasagem em relação ao desenvolvimento da mesma⁽¹¹⁾.

Na população aidética pediátrica, principalmente em crianças menores de sete anos de idade, a incidência de otite média aguda recorrente e otite média crônica com erosão ossicular é alta, sendo possível devido a imaturidade tubária. Em crianças portadoras de HIV, a otite média aguda deve ser tratada agressivamente para prevenir complicações fatais⁽⁹⁾.

Na avaliação audiológica de 143 crianças de mães soropositivas para o HIV, 82 do sexo masculino e 61 do sexo feminino, na faixa etária de um mês a dois anos e seis meses de idade, foram empregados os procedimentos de audiometria de observação comportamental, audiometria com reforço visual e medidas de imitância acústica. As crianças foram divididas em três grupos, de acordo com o sistema de classificação revisado para a infecção pelo HIV em crianças menores de 13 anos de idade, sendo estes denominados: infectado (I), sororrevertido (SR) e exposto (E). No estudo da ocorrência de alterações auditivas, foram utilizados os resultados da última avaliação audiológica obtidos nas 143 crianças. A partir dos dados analisados verificou-se a presença de alterações auditivas significativamente maior nas crianças infectadas. Nos grupos sororrevertidos e exposto ocorreu exatamente o oposto, ou seja, houve predominância de ausência de alterações auditivas⁽⁶⁾.

Em estudo com o objetivo de verificar os achados audiológicos de crianças de cinco a dez anos portadoras do vírus HIV que realizavam tratamento anti-retroviral no Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis(SC), foram realizados em 14 crianças dessa população a meatoscopia, audiometria tonal liminar e imitanciométrica. Os resultados obtidos na avaliação da audiometria tonal liminar foram: 75% das orelhas testadas indicaram limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade; em 14,28% perda auditiva do tipo condutiva; em 3,57% perda auditiva do tipo mista e em 7,15% limiares auditivos dentro dos padrões de

testes forem positivos em duas amostras de sangue distintas. Então, todos os neonatos de mães soropositivas terão reagentes em testes baseados em anticorpos anti-HIV, os testes se tornarão negativos à medida que os anticorpos maternos forem eliminados. Devido à meia-vida desses anticorpos ser longa, os resultados podem continuar sendo reagentes até dois anos de idade⁽⁸⁾.

Entre as manifestações clínicas estão as patologias da audição (em especial as otites), principalmente em crianças que ainda encontram-se mais suscetíveis às infecções bacterianas recorrentes⁽⁹⁾.

As perdas auditivas em bebês podem prejudicar a aquisição e desenvolvimento da linguagem, já que com a maturação da função auditiva

normalidade com queda em 8.000Hz. Na imitanciometria encontrou-se 57,69% das orelhas com curva timpanométrica tipo A; 11,53% curva do tipo B, 11,53% curva do tipo C e 19,25% curva tipo As. A pesquisa do reflexo acústico contralateral revelou que 69,23% apresentaram-se presentes em todas as frequências (500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz); 19,23% ausentes em todas as frequências e 11,54% ausente em uma ou mais frequências⁽¹²⁾. Em pesquisa do perfil audiológico de 34 crianças de zero a dois anos expostas ao vírus HIV atendidas no hospital Dia na cidade de Itajaí-SC, os procedimentos realizados foram: audiometria de observação comportamental, audiometria com reforço visual e timpanometria. Os resultados obtidos foram: 26,47% apresentaram respostas consideradas normais a todos os procedimentos realizados e 14,70% alterados em todos os procedimentos. 17,64% apresentaram apenas alteração na timpanometria, 5,88% apresentaram alteração na audiometria com reforço visual, 8,82% apresentaram alteração na audiometria com reforço visual e timpanometria. 26,47% demonstraram alteração na audiometria de observação comportamental e timpanometria⁽¹³⁾. O presente estudo tem como objetivo avaliar o comportamento auditivo de crianças de zero a dezoito meses de idade nascidas de mães portadoras do vírus HIV, atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis. Esta avaliação proporcionará informações sobre as respostas auditivas encontradas nesta população a fim de verificar a presença de possíveis alterações que possam comprometer o desenvolvimento de linguagem destas crianças.

*Graziela Cambruzzi e Renata Bortolatto de Souza, acadêmicas do curso de Fonoaudiologia da Universidade do Vale do Itajaí - Centro de Educação Biguaçu.

** Sabrina Vieira da Luz Loureiro, fonoaudióloga, professora mestre da Universidade do Vale do Itajaí.

*** Sheila Andreoli Balen, fonoaudióloga, professora doutora da Universidade do Vale do Itajaí.

Recebido em 20/05/2004

Aprovado em 20/11/2004

Artigo original

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

A Revista Fonoaudiologia Brasil é uma publicação semestral do CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia. São aceitos trabalhos originais, em português, inglês ou espanhol. Todos os trabalhos, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de três revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo do julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Somente após aprovação final dos editores e revisores os trabalhos serão encaminhados para publicação. Serão aceitos artigos originais, artigos de revisão, apresentação de casos clínicos e cartas ao editor. O autor deverá, ainda, indicar a área (Linguagem, Motricidade Oral, Voz, Audiologia, Fonoaudiologia Geral) à qual se aplica seu trabalho. As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalho e foram baseadas no formato proposto pelo Internacional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e publicado no artigo Uniform requirements of manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Inter Méd 1997; 126:36-47 e atualizado em maio de 2000. Disponível no endereço eletrônico <http://www.acponline.org/journals/01jan97/unifreqr.htm> e no volume 1, nº1, desta revista (edição setembro/2001).

Artigos originais: são trabalhos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter os itens Resumo, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Abstract.

Artigos de revisão: constituem avaliação crítica e sistemática da literatura, após exame de material publicado sobre um determinado assunto, podendo ser subdividido em revisões acadêmicas, revisão de casos, revisão tutorial, entre outros.

Apresentação de casos clínicos: relata casos de uma determinada doença, descrevendo seus

Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deverá ser encaminhada em duas vias, com cópia em disquete 3 ½ ou em CD-ROM. Os originais não serão devolvidos. Somente a Revista Fonoaudiologia Brasil poderá autorizar a reprodução, em outro periódico, dos artigos nela contidos.

PREPARO DO MANUSCRITO

Página de identificação: deve conter: a) título do artigo (no máximo 100 caracteres), em português (ou espanhol) e inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) nome completo de cada autor, com seu grau acadêmico e sua afiliação institucional; c) nome do departamento e da instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência; e) fontes de auxílio à pesquisa, se houver.

Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, de não mais de 250 palavras. Deverá ser estruturado (Objetivo, Método, Resultados e Conclusões/Purpose, Methods, Results, Conclusions), contendo resumidamente as principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significativos. Abaixo do resumo, especificar no mínimo 5 e no máximo 10 descritores (keywords) que definam o assunto trabalhado. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da Nacional Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://www.bireme.br/decs>.

Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho, e no máximo 20 páginas. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescrito.

Agradecimento: inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não se

aspectos, história, conduta etc., incluindo revisão de literatura.

Cartas ao editor: tem por objetivo discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento.

REQUISITOS

Devem ser enviados: a) 4 cópias, em papel tamanho A4 (212 x 297 mm), digitadas em espaço duplo, fonte Arial, tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando cada seção em uma nova página, na seqüência: página de título, resumo e descritores, texto, agradecimento, referências, tabelas e legendas; b) permissão para reprodução do material (fotográfico do paciente ou retirado de outro autor); c) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a intervenções em seres humanos.

TÉCNICOS

justifica sua inclusão como autor: agradecimento por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos mais adiante, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da Nacional Library of Medicine e disponibilizado no endereço eletrônico a seguir: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/laftext_noprov.html.

Para todas as referências, cite todos os autores se forem até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.