



ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: UM ENFOQUE FONOAUDIOLÓGICO NA SÍNDROME DE DOWN

RESUMO

O aumento da expectativa de vida da pessoa com Síndrome de Down (SD) está atrelado a um conjunto de ações realizadas através da intervenção de uma equipe multiprofissional. A fonoaudiologia pode ser inserida neste contexto contribuindo com medidas de saúde que favoreçam a promoção da qualidade de vida dessa população. Este artigo apresenta uma descrição dos principais aspectos fonoaudiológicos existentes no envelhecimento da pessoa com Síndrome de Down, baseada na revisão bibliográfica, realizada através da consulta a artigos científicos selecionados nos principais bancos de dados: Scielo e Bireme. Com base nessa revisão foi possível verificar que a população longeva com SD necessita de atendimento fonoaudiológico envolvendo questões como os aspectos comunicativos e linguagem, audição, deglutição, demência do tipo Alzheimer e cuidados paliativos, que preconizam a reabilitação, a manutenção e favoreçam o uso funcional da comunicação em todas as fases da vida.

Palavras-chaves: Deficiência Intelectual. Envelhecimento. Fonoaudiologia.

AGING AND INTELLECTUAL DISABILITY: A SPEECH THERAPY FOCUS ON DOWN SYNDROME

ABSTRACT

The increase in life expectancy of people with Down syndrome is linked to a set of actions performed through the intervention of a multidisciplinary team. Speech therapy may be inserted in this context contributing health measures favoring the promotion of quality of life in this population. This article presents a description of the main aspects phonoaudiological existing in aging of person with Down syndrome based on the literature review, through consultation with selected scientific articles, from the major databases: Scielo and Bireme. Based on this review we found that elderly people with DS needs speech therapy involving issues such as communicative aspects, language, hearing, swallowing, Alzheimer's dementia and palliative care, which stipulate the rehabilitation, maintenance and promote the use of functional communication at all stages of life.

Keywords: Aging. Intellectual disabilities. Speech therapy.



1 INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade populacional é um fato atual e tendência no mundo todo. Esse aumento da expectativa de vida pode ser decorrente de vários fatores, entre eles as ações para prevenção e promoção da saúde.

Essa mudança demográfica alcançou significativamente a pessoa com Deficiência Intelectual (DI) nas últimas décadas, sobretudo aquelas com Síndrome de Down (SD). O aumento da expectativa de vida pode acarretar e contribuir para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao processo de envelhecimento. Entre as doenças existentes relacionadas diretamente a esse processo, podemos citar a demência do tipo Alzheimer.

Algumas medidas de promoção, prevenção e tratamento em saúde têm contribuído para o aumento da expectativa de vida nessa população; entre elas podemos citar: 1) Aspectos clínicos de saúde geral: Correção de cardiopatias congênitas, desenvolvimento de programas de imunização, qualidade nutricional; 2) Aspectos Sociais: Diminuição das iniciativas de institucionalização, inclusão da pessoa com DI em programas comunitários como: UBS, AMAS e Programa Acompanhamento Terapêutico (ESTEBA-CASTILLO, 2006).

O envelhecimento das pessoas com SD acontece de modo atípico e precoce, gerando perdas funcionais que podem comprometer a situação de saúde geral e a qualidade de vida dessas pessoas. Alguns estudos sobre essa temática (STANTON; COETZEE, 2004a; ZIGMAN et al., 1987) evidenciam sinais de envelhecimento nessa população a partir dos 30 a 40 anos de idade. Os sinais de envelhecimento precoce presentes nessa população demandam atenção e intervenção multidisciplinar.

O fonoaudiólogo é o profissional que atua de forma direta e indireta na promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação (coletivas e individuais), habilitação e reabilitação, no aperfeiçoamento da função auditiva periférica e central, da função vestibular, da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas mio funcional, orofacial, cervical e de deglutição.



A atuação fonoaudiológica no envelhecimento da pessoa com SD deve consistir na intervenção precoce para minimização dos déficits e/ou manutenção e reabilitação dos aspectos comunicativos (BAYLES; KASZNIAK, 1987) tendo como base as correlações existentes entre os aspectos linguísticos e cognitivos.

Outros aspectos fonoaudiológicos específicos necessitam de atendimento especializado, a saber: prejuízos na função de mastigação e respiração; intervenção nas alterações da dinâmica da deglutição (presbifagia e disfagia), nos casos de perdas auditivas (presbiacusia); e atuação em cuidados paliativos (OMS, 2002) em especial nos casos de demência.

Portanto, este artigo propõe uma descrição das principais alterações presentes no envelhecimento da pessoa com Síndrome de Down e aponta a necessidade da atuação do profissional fonoaudiólogo em equipes multidisciplinares.

As alterações descritas no texto abaixo são um breve resumo das principais demandas para atendimento fonoaudiológico baseado na revisão bibliográfica presentes na literatura especializada, através da consulta a artigos científicos selecionados nos principais bancos de dados, como a Scielo e a Bireme, com base nas fontes Medline e Lilacs.

2 ASPECTOS COMUNICATIVOS E LINGUAGEM

A comunicação humana constitui um dos aspectos fundamentais da vida do homem. É através da comunicação que o ser humano interage e expressa seus sentimentos. Estudos sobre os aspectos comunicativos no envelhecimento das pessoas sem SD evidenciam prejuízos (GARCIA; MANSUR, 2006; MAC-KAY, 1998; MANSUR, 2005; MANSUR; VIUDE, 2005) nas habilidades cognitivas (memória, resoluções de problemas e raciocínio verbal) que podem interferir no uso funcional da linguagem. Outros estudos foram realizados objetivando a verificação da relação existente entre envelhecimento, cognição e aspectos linguísticos em pessoas sem SD. (FONSECA, 2007; RADANOVIC et al., 2005)

Quando verificamos os achados comunicativos em idosos típicos e correlacionamos esses dados em idosos com SD, observamos que existem diferenças específicas e peculiares neste último grupo.

No entanto, estudos recentes mostram que as alterações de comunicação na pessoa com Síndrome de Down podem ser mais frequentes se comparada com a população idosa em geral.



Essas alterações podem ser oriundas do envelhecimento precoce e da predisposição genética para o desenvolvimento da doença de Alzheimer (BALL et al., 2006).

Apesar da compreensão sobre alguns aspectos do envelhecimento atípico existente na pessoa com Síndrome de Down, existe uma problemática que dificulta a compreensão do perfil comunicativo nessa população longeva, devido à ausência de um padrão de normalidade esperado no envelhecimento. Na prática clínica, avaliar e analisar os resultados encontrados requer atenção e conhecimento sobre deficiência intelectual, Síndrome de Down e envelhecimento. Além disso, é um desafio para o profissional fonoaudiólogo separar e classificar os déficits cognitivos e definir se estes estão relacionados à idade ou se são produtos oriundos da SD e da deficiência Intelectual (MARGALLO-LANA et al., 2007).

O perfil comunicativo dessa população por vezes apresenta-se como padrão idiossincrático. As alterações na linguagem dessa população, assim como ocorre na população idosa sem SD, necessitam de novos estudos. Porém, não há relato de normatização dessas alterações, o que justifica a existência de estudos que preconizam a investigação dos padrões esperados para pessoas idosas com SD.

Na prática clínica, pessoas com Síndrome de Down longeva apresentam alterações relacionadas aos aspectos estruturais (forma), entre eles podemos citar: alterações fonológicas, morfológicas, de sintaxe e semânticas. São comuns as alterações relacionadas ao uso da linguagem que estão atrelados principalmente à habilidade pragmática do discurso. Essas observações são oriundas da prática de atendimento a essa população, necessitando, portanto, de evidências científicas para comprovação dessa prática.

Na pessoa com SD pode ocorrer comprometimento da linguagem expressiva caracterizada pela simplificação e redução da extensão do enunciado (uso de frases curtas), dificuldades com verbos auxiliares, alterações de sintaxe e simplificação gramatical (SABSAY; KERNAN, 1993).

Pesquisadores especializados (GARCIA; MANSUR, 2006b) no envelhecimento da pessoa sem SD mencionam a existência de prejuízos relacionados à funcionalidade comunicativa na pessoa idosa. Isso se refere principalmente à capacidade de compreender a comunicação de maneira efetiva. No contexto ambiental, é comum observarmos a presença dessas alterações na pessoa com SD que envelhece.

No atendimento prático a essa população, é perceptível a existência de intenção comunicativa e a busca por interlocutores dispostos a desenvolver um diálogo. Porém a comunicação efetiva entre



uma pessoa sem e outra com SD idosa depende do interesse de estabelecer comunicação de ambas as partes. Para isso, é necessário que seu interlocutor considere todas as peculiaridades e dificuldades comunicativas presentes nesses indivíduos. Conversar com um idoso sem SD exige uma atenção maior por parte do interlocutor para sustentar uma conversa, essa mesma atenção precisa ser dada para pessoa com deficiência intelectual.

Devido à escassez de pesquisas nessa área é importante que profissionais fonoaudiólogos sejam sensibilizados para atuar no campo da pesquisa e no atendimento clínico a essa população. O duplo paradigma (SD e envelhecimento) existente pode dificultar os achados sobre padrão de normalidade no que refere aos aspectos comunicativos, porém ao mesmo tempo é um assunto instigante e de extrema importância para o atendimento fonoaudiológico.

Atualmente o embasamento teórico para atuação do profissional fonoaudiólogo na pessoa com SD em processo de envelhecimento é norteado pelos achados referentes ao padrão de normalidade em idosos típicos. Muitas vezes comparam-se os aspectos comunicativos de idosos com DI a aqueles idosos com comprometimento cognitivo leve (BOTTINO; MORENO, 2006; KELLER-COHEN, 2006).

Existem publicações que apresentam dados sobre a comunicação e a linguagem de adultos e idosos com Síndrome de Down. Dentre estes encontramos alguns subtemas que já foram pesquisados, entre eles: apraxia de fala (DALTON, 1998) e prejuízos específicos na habilidade de expressão oral nos casos de demência do tipo de Alzheimer (DALTON, 1986).

Frente à escassez de pesquisas fonoaudiológicas sobre essa temática é importante que este profissional atue com foco em pesquisas, na Reabilitação Cognitiva (RC) e linguística e na promoção da comunicação funcional. Para isso, é imprescindível um plano de intervenção que considere todas as diferenças e as especificidades presentes na pessoa atendida e de seus familiares.

3 DEGLUTIÇÃO (PRESBIFAGIA E DISFAGIA)

A deglutição pode ser definida como um dinâmico e complexo sistema que envolve estruturas e funções. Essas estruturas e funções precisam funcionar de forma eficiente e coordenada (CORREA, 2003; FEIJÓ, 2003; JACOBI; LEVY; MARCHESAN et al., 2003; TANURE et al. 2005).



No envelhecimento podem ocorrer alterações relacionadas à senescência e à senilidade. As alterações na dinâmica da deglutição relacionadas à senescência podem ser denominadas de presbifagia, enquanto que a disfagia pode ser um sintoma decorrente de doenças relacionadas com a senilidade. Qualquer alteração no ato de engolir alimentos, oriundas de uma doença de base (AVC, demência e Síndrome de Down), pode ser definida como disfagia.

No envelhecimento da pessoa com SD podem ocorrer alterações relacionadas à presbifagia e à disfagia. Portanto, essa população necessita de cuidados de saúde em relação ao gerenciamento das disfagias (EVENHUIS et al., 2001; GLEESON, 1999). A presença desse sintoma requer cuidados primários para a promoção e prevenção de saúde na pessoa com SD.

Prejuízos na função da deglutição nessa população podem ter implicações devastadoras para a qualidade de vida e saúde, incluindo desidratação, desnutrição e pneumonia (KENNEDY et al. 1997).

Alguns estudos mencionam que as dificuldades encontradas durante a alimentação podem ser apontadas como uma das maiores causas de morte entre as pessoas adultas e idosas com SD (LOUGHLIN, 1989; SAMUELS; CHADWICK; JOLLIFFE 2006a; THACKER et al. 2008). Portanto, o gerenciamento dessas alterações implica diminuição de riscos para a saúde da pessoa com SD e na promoção de uma alimentação segura (SHEPPARD, 1991).

O gerenciamento da disfagia na pessoa com SD pode incluir ações como: avaliação específica da dinâmica da deglutição, realização de exames objetivos (videofluoroscopia e videoendoscopia), adequação da consistência alimentar, orientações quanto à postura corporal durante as refeições, adaptação de utensílios, adequação do ambiente de alimentação e da higienização oral.

A literatura internacional refere uma frequência maior desses sintomas em pessoas com Síndrome de Down e nos casos de paralisia cerebral (CALIS et al. 2008; HENNEQUIN et al. 1999). Na Europa cerca de 8% dos adultos com SD (CHADWICK; JOLLIFFE, 2009b) necessitam de suporte durante o período das refeições e adequação da consistência alimentar (MATSON; KUHN, 2001). Além das dificuldades comuns nos quadros de disfagia na pessoa com SD, é esperado encontrarmos dificuldades na autonomia e independência durante as refeições.

Segundo Mansell et al. (2002), 44% dos adultos com SD apresentam dificuldades no uso de utensílios (garfo, faca e colher) em suas residências e 43% dessas pessoas necessitam de suporte de um cuidador direto durante as refeições (CHADWICK; JOLLIFFE, 2009b).



Vale ressaltar que existem outras questões que podem interferir na segurança da pessoa com SD idosa enquanto se alimenta. Entre outras dificuldades, podemos citar: alterações de linguagem (compreensão do discurso) que podem interferir na relação existente entre a pessoa cuidada e seu cuidador durante o período das refeições, comprometimento em alguns casos das funções orais que podem interferir na fase oral da deglutição (REILLY; WARD 2005; SHEPPARD 2006; SCHINDLER; KELLY, 2002).

Para Spender et al. (1996), pessoas com SD apresentam um comprometimento na função de mastigação desde a infância devido a alterações estruturais da maxila e mandíbula, provocando modificações na fase oral da deglutição. Durante o atendimento prático a essa população é possível verificar a existência de alterações na dinâmica da deglutição envolvendo componentes estruturais e funcionais.

As alterações relacionadas à dinâmica da deglutição e às funções orais em pessoas com SD em processo de envelhecimento necessitam de diagnóstico e intervenção precoce (FAULKS et al., 2002).

Para isso, faz-se necessária a realização de pesquisas longitudinais que preconizam a identificação e a progressão das características específicas e as consequências da disfagia no envelhecimento dessa população.

3 SAÚDE AUDITIVA DA PESSOA COM SÍNDROME DE DOWN QUE ENVELHECE

A saúde auditiva no envelhecimento necessita de maior atenção quando pensamos em envelhecimento ativo. Diante da realidade demográfica brasileira, é imprescindível a existência de programas de prevenção e promoção da saúde auditiva para aqueles que envelhecem.

No envelhecimento normal ocorrem modificações biológicas que predisõem a existência de alterações no sistema auditivo, como a redução da compreensão de fala no ruído, podendo interferir na localização do som (BARALDI; ALMEIDA; BORGES, 2007).

As alterações auditivas na pessoa com SD podem estar presentes desde a infância. Existem casos de configuração anormal do ouvido e uma tendência à otite média recorrente, anomalias nos ossículos e estreitamento da tuba auditiva. Normalmente ocorrem perdas do tipo neurosensorial, condutiva ou mista.



No envelhecimento normal ocorrem alterações estruturais que podem contribuir para maior incidência de formação de rolha de cera. Na população com SD é comum a existência de queixas relacionadas à sensação de ouvido obstruído, coceira e dor, que quando avaliado normalmente confirma-se presença de rolha de cera/cerumem (JANICKI, 2002). Portanto, faz-se necessário o acompanhamento e o monitoramento desses aspectos pelo menos a cada seis meses.

A presbiacusia é um termo utilizado para definir perdas auditivas na senescência, sendo uma das principais causas da deficiência auditiva em idosos sem SD a partir da 5ª década de vida (KOOPMANN, 1991). Essa perda é caracterizada pelo comprometimento bilateral com prejuízos nas altas frequências. Essa perda pode ser classificada em seis categorias, a saber: sensorial, neural, metabólica, mecânica, vascular e central (JOHNSON; HAWKINS, 1972).

Pessoas com Síndrome de Down podem apresentar perdas auditivas a partir da segunda década de vida (EVENHUIS, 1996). Segundo Buchanan (1990), adultos com Síndrome de Down desenvolvem presbiacusia 30 a 40 anos mais cedo que a população em geral. Diante dessa realidade, vale ressaltar que a perda auditiva quando não diagnosticada na pessoa com Síndrome de Down pode contribuir para um falso diagnóstico de demência.

A alta incidência e a natureza ímpar da deficiência auditiva entre os adultos com SD sugerem triagem auditiva ao longo da vida. Nessa população, assim como sugerido pelo Ministério da Saúde (instituída em outubro de 2004), é importante que essas pessoas sejam incluídas e beneficiadas por programas de saúde auditiva. O diagnóstico precoce de presbiacusia nessa população é fundamental para manutenção das habilidades comunicativas e consolidação da inclusão social.

4 Demência do Tipo Alzheimer na Síndrome de Down

A Demência do tipo Alzheimer (DA) é uma das doenças mais frequentes na população idosa. Isso se deve a dois fatores de extrema relevância no cenário atual, a saber: os avanços científicos que proporcionam uma melhor compreensão sobre a doença e o envelhecimento populacional. Alguns estudos brasileiros (LOPE; BOTTINO, 2002; NITRINI et al., 2004) correlacionam o aumento da idade como fator de risco para o desenvolvimento da DA em idosos sem SD.



Nesse tipo de demência, ocorrem alterações que destroem gradualmente as células cerebrais, afetando as habilidades de memória e em muitos casos comprometimento da capacidade de compreender, aprender, fazer julgamentos, comunicar-se e realizar atividades de vida diária. Nesses casos, ocorre declínio gradual que geralmente evolui por três estágios: leve, moderado e grave. Essas três etapas são distinguidas pelas características gerais, as quais tendem a avançar gradualmente ao longo do curso da doença.

Atualmente existe uma correlação muito próxima entre doença de Alzheimer e a SD (KIMURA et al., 2007). Para Prasher (1995; 2005) os sintomas de demência na pessoa com SD acontecem precocemente a partir dos 35 anos de idade, tornando-se um desafio para equipe de saúde e instituições que prestam atendimento a essa população.

A conexão entre a doença de Alzheimer e SD ocorre quando um indivíduo tem uma terceira cópia completa ou parcial do cromossomo 21. Portanto, o cromossomo 21 desempenha um papel fundamental na relação entre SD e demência do tipo Alzheimer, uma vez que existe um gene que predispõe as alterações no cérebro, propiciando DA. Essas alterações cromossômicas tornam a DA uma das maiores preocupações na longevidade da pessoa com SD.

A prevalência da demência do tipo Alzheimer em pessoas com SD pode variar entre 6% a 75% (VISSER et al., 1997; ZIGMAN, 1995; TYRELL; COSGRAVE; MCCARRON et al., 2001). Segundo Holland et al. (1998), pode ocorrer também, mas raramente, casos de demência fronto-temporal, principalmente na população mais jovem (30-49 anos de idade), que pode estar correlacionada ao grau de deficiência.

Para Aylward et al. (1997), o diagnóstico diferencial da demência na Síndrome de Down requer investigação por equipe multidisciplinar. Para isso é importante considerar os aspectos presentes no ciclo vital da pessoa avaliada. Esses autores citam a importância do cuidador como participante ativo no levantamento da história dessa pessoa.

O enfoque fonoaudiológico nessa área é uma demanda atual e necessária. Apesar da escassez de pesquisas que correlacionem a atuação do fonoaudiólogo nessa população, este profissional pode intervir de maneira direta e indireta. Esse enfoque pode ser realizado tendo como parâmetros os achados encontrados na população sem SD, considerando as diferenças e peculiaridades presentes na SD (BILTON, 2006; CHAPEY, 1996; MAC-KAY, 1996; MANSUR et al., 2005; ORANGE, 2000; ORTIZ, 2005; PEÑA-CASANOVA, 1997; RUSSO, 1999). Na fase leve o fonoaudiólogo pode contribuir para manutenção e/ou minimização dos déficits linguísticos, no planejamento de



curto, médio e longo prazo, na elaboração de estratégias que facilitem a comunicação da pessoa demenciada e de seus familiares. Essa intervenção pode ser realizada tendo como foco os aspectos funcionais da linguagem.

Romero (2005) relata que as alterações dos aspectos comunicativos em pessoas sem SD podem ser percebidas em três estágios: 1) *fase inicial*: presença de anomia e circunlóquios; 2) *fase moderada*: a comunicação apresenta-se de forma desorganizada com prejuízos no conteúdo e presença de alterações estruturais, prejudicando a coerência e a coesão; 3) *fase grave*: as habilidades comunicativas podem apresentar-se globalmente comprometidas, evidenciando presença de perseverações e até mutismo.

No atendimento clínico fica evidente a presença dessas alterações em pessoas com SD demenciadas, porém essas alterações de comunicação e linguagem são sobrepostas às preexistentes. Para o atendimento fonoaudiológico é imprescindível considerar o padrão comunicativo e funcional da pessoa antes do diagnóstico da demência. A avaliação desses aspectos precisa ser realizada de maneira minuciosa e detalhada, considerando aspectos funcionais da comunicação e linguagem.

Stanton e Coetzee (2004b) apontam sintomas neurológicos que podem contribuir para um melhor direcionamento no atendimento fonoaudiológico. Entre os sintomas encontrados, podemos citar: presença de afasia, agnosia e apraxia de fala. Além dessas alterações, esses autores referem que a maior dificuldade encontrada durante a avaliação está relacionada a prejuízos na habilidade de compreensão oral do discurso. Em alguns casos as alterações de compreensão do discurso podem estar presentes desde a infância e perpassa a vida adulta. Considerando as alterações inerentes à SD, avaliar esses aspectos nos casos de demência é um desafio para o profissional fonoaudiólogo.

Outro aspecto de enfoque fonoaudiológico extremamente importante está relacionado aos cuidados no gerenciamento da deglutição associada a sintomas como a disfagia (FURKIM, 2000; ACHEM; DEVAULT, 2005). Garrido e Meneses (2004) descreveram alterações na dinâmica da deglutição nos casos de demências, sendo: presença de agnosia visual e tátil (dificuldades no reconhecimento dos alimentos, gerando diminuição na aceitação do conteúdo alimentar); presença de apraxias durante a alimentação; dificuldade no uso dos utensílios e alterações do paladar. Todas essas alterações podem contribuir para o agravamento da disfagia.

A literatura evidencia que as alterações iniciais de deglutição (presbifagia) no idoso típico podem estar associadas principalmente ao comprometimento da fase oral devido a alterações



estruturais e funcionais, incluindo prejuízos na mastigação e deglutição de alimentos sólidos. Essas alterações podem ser comuns na pessoa com SD em processo de envelhecimento.

Enquanto que na fase moderada – devido aos prejuízos na função de atenção comum nessa população – pode ocorrer retenção de alimento na cavidade oral e aumento no tempo das refeições, na fase grave é frequente a indicação de uma via alternativa de alimentação objetivando a minimização dos riscos de bronca aspiração de alimentos.

Entendemos que o atendimento e a avaliação precoce de sintomas como a disfagia na pessoa com SD em processo de envelhecimento é um grande desafio devido às alterações de comunicação comuns nessa população. Nos casos graves é importante que o fonoaudiólogo adéque sua linguagem (uso de frases simples) facilitando a compreensão do sujeito avaliado. Além disso, é importante que o fonoaudiólogo realize uma anamnese detalhada e fique atento ao histórico de vida e às informações advindas do cuidador e/ou familiar.

5 CUIDADOS PALIATIVOS

O planejamento dos cuidados paliativos é uma abordagem que proporciona melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Esse atendimento pode beneficiar pessoas que enfrentam o problema associado ao risco de morte. A intervenção pode ser realizada através de estratégias de prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação e tratamento da dor.

“Cuidados paliativos” é uma terminologia comum nas áreas de geriatria e gerontologia e são discutidos nos tempos atuais devido ao aumento da expectativa de vida da população. Esses cuidados incluem medidas importantes de saúde que preconizam o atendimento nos casos de doenças crônicas degenerativas até o final da vida.

Segundo o World Health Organization (2002), esses cuidados podem ser prestados com as seguintes indicações: 1) Proporcionar alívio da dor; 2) Integrar os aspectos psicossociais; 3) Oferecer sistema de apoio; 4) Oferecer sistema de apoio à família; 5) Proporcionar abordagem interdisciplinar.

Cuidados paliativos com enfoque fonouadiológico no envelhecimento da pessoa com SD, apesar de ser um tema relativamente novo, requer atenção dos profissionais e instituições que prestam cuidados a essa população. Para isso é importante considerarmos as doenças e



comorbidades associadas aos quadros graves em especial aquelas com Síndrome de Down acometidas por demência do tipo Alzheimer (BUSH; BEAIL, 2004; WISNIEWSKI; WISNIEWSKI; WEN, 1985).

O enfoque fonoaudiológico em cuidados paliativos para pessoas com SD deve preconizar o atendimento planejado, respeitando todas as peculiaridades existentes nessa população, de maneira que esses benefícios sejam vivenciados através do atendimento humanizado e diferenciado ao longo de toda a vida.

O profissional fonoaudiólogo pode atuar e intervir nos cuidados paliativos, contribuindo de maneira direta principalmente no seu planejamento, objetivando principalmente a qualidade de vida no que se refere aos aspectos de autonomia e independência comunicativa e nas funções orais (mastigação, deglutição, respiração e fala). Para isso, faz-se necessário uma atuação direta do fonoaudiólogo em equipes com intervenção interdisciplinar com visão clara dos objetivos. A atuação fonoaudiológica nessa área visa ao prolongamento da vida com qualidade, ou até mesmo ao atendimento com foco na preparação para morte (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2006; PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE, 2004/2010; KOVÁCS, 2003; SPINDOLA; MACEDO, 1994; HAREVEN, 1999; PESSINI, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa com Síndrome de Down longeva necessita de atenção e cuidados que requerem um plano de ação com enfoque fonoaudiológico. Para isso, é importante que os aspectos da saúde comunicativa relacionados ao envelhecimento da pessoa com SD sejam vistos como parte integrante das ações existentes em instituições e em equipes multidisciplinares.

A inserção do profissional fonoaudiólogo junto a uma equipe multidisciplinar no atendimento a essa população propicia a consolidação dos seus direitos em relação à saúde comunicativa e ao atendimento especializado. Sabemos que o profissional fonoaudiólogo pode contribuir com ações e intervenções que corroboram de maneira direta para o aumento da longevidade e promoção da qualidade de vida em pessoas com SD em processo de envelhecimento.

O enfoque fonoaudiológico nessa fase da vida ainda é um tema emergente e desafiador. Sabe-se que existe uma produção científica nacional significativa sobre a atuação fonoaudiológica na SD,



porém a maioria dos artigos publicados está direcionada para a fase da infância e adolescência. No atendimento prático fica evidente a necessidade de um melhor embasamento teórico que considere as peculiaridades e especificidades da pessoa que envelhece com SD no Brasil.

Portanto, este artigo descreve as principais alterações fonoaudiológicas encontradas durante o processo de envelhecimento da pessoa com SD, possibilitando uma reflexão sobre a atuação desse profissional junto a uma equipe multiprofissional no atendimento direto e indireto a essa população. Sabe-se que essa atuação será melhor norteadada com a realização de novas pesquisas científicas que objetivem a prática fonoaudiológica baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

ACHEM, S. R.; DEVAULT K.R. Dysphagia in aging. **J Clin. Gastroenterol.** v. 5, n. 39, 2005.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Estatutos:** Alteração feita em Assembleia Geral, Porto, 18 de março de 2006.

AYWARD et al. Diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, n. 41, v. 2, p. 152-64, 1997.

BALL, S. L et al. Personality and behaviour changes mark the early stages of Alzheimer's disease in adults with Down's syndrome: findings from a prospective population-based study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, p. 661-673, 2006.

BAYLES, K. A.; KASZNAK, A. W. **Communication and cognition in normal aging and dementia.** Boston: College Hill/Little Brown, 1987.

BARALDI, G. S.; ALMEIDA, L. C.; BORGES, A.C. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 73, n. 1, p. 64-70, 2007.

BILTON, T. L.; COUTO, E. A. B. Fonoaudiologia em Gerontologia. In: BILTON T. L.; COUTO, E. A. B. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2006.

BOTTINO, C. M. C.; MORENO, M. D. Q. Comprometimento cognitivo leve: critérios diagnósticos e validade clínica. In: BOTTINO, C. M. C.; LAKS, J.; BLAY, S. L. (Org.). **Demência e transtornos cognitivos em idosos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BUCHANAN, L. H. Early onset of presbycusis in Down syndrome. **Scandinav Audiol.**, p. 103-110, 1990.



BUSH, A.; BEAIL, N. Risk factor for dementia in people with down syndrome: issues in assessment and diagnosis. **American Journal of Mental Retardation**, n. 109, p. 83-97, 2004.

CALIS, E. A. et al. Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 30, n. 625, 2008.

CHADWICK, D. D.; JOLLIFFE, J. A descriptive investigation of dysphagia in adults with intellectual disabilities. **Journal of Intellectual Disability Research**, p. 29-43, 2009.

_____.; JOLLIFFE J.; GOLDBART J. Carer knowledge of dysphagia management strategies. **International Journal of Language and Communication Disorders**, v. 57, n. 345, 2002a.

_____.; _____.; _____. Carer knowledge of dysphagia management strategies. **International Journal of Language and Communication Disorders**, v. 57, n. 345, 2002b.

CHAPEY, R. Introduction to language intervention strategies. In: CHAPEY, R. **Language intervention in adult aphasia**. Williams & Wilkins: Baltimore; 1996.

DALTON, A. J.; CRAPPER-MCLACHLAN, D. R. Clinical expression of Alzheimer's disease in Down's syndrome. **Psychiatric Clinics of North America**, p. 659-670, 1986.

DALTON, A. J.; FEDOR, B. L. Onset of dyspraxia in aging persons with Down syndrome: longitudinal studies. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, n. 23, p. 13-24, 1998.

ESTEBA-CASTILLO, et al. Envejecimiento saludable en personas con síndrome de Down y demencia: necesidad de promover programas de formación y soporte a los usuarios, familias y entidades. **SD Rev. Med. Int. S. Down**. v. 9, n. 10, 2006.

EVENHUIS, H. M. Dutch consensus on diagnosis and treatment of hearing impairment in children and adults with intellectual disability. **J Intel. Disabil Res**. v. 1, n. 40, p. 451-456, 1996.

_____. et al. Healthy ageing-adults with intellectual disabilities: physical health issues. **Journal Appl Research Intellect Disabil**, n.14, 2001.

FAULKS, D.; VEYRUNE, J. L.; HENNEQUIN, M. Consequences of oral rehabilitation on dyskinesia in adults with Down's syndrome: a clinical report. **J Oral Rehabil.**, v. 29, p. 209-218, 2002.

FEIJÓ, A. V. Distúrbios da deglutição em idosos. In: JACOBI J. S.; LEVY D. S.; SILVA L. M. C. (Org.). **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

FONSECA, R. **Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação: bateria MAC**. São Paulo: Pró-Fono, 2007.

FURKIM, A. M.; SILVA, R. G. **Programas de reabilitação em disfagia neurogênica**. 2. ed. São Paulo: Frontis; 2000.



GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendida em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 6, n. 38, p. 835-4, 2004.

GLEESON, D. Oropharyngeal swallowing and aging: a review. **J Commun Disord.**, n. 32, p. 373-396, 1999.

HAREVEN, T. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. **Cadernos PAGU**, v. 13, p. 11-36, 1999.

HENNEQUIN, M. et al. Significance of oral health in persons with Down syndrome: a literature review. **Developmental Medicine and Child Neurology**, p. 275-83, 1999.

HOLLAND et al. Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome. **British Journal of Psychiatry**, v. 172, p.493-498, 1998.

JACOB, J. S. I.; LEVY, D. S.; CORREA, L. M. **Disfagia Avaliação e Tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

JANICKI, M.P. et al. Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. **J. Intellect. Disabil.**, 2002.

JOHNSON, L.G.; HAWKINS, J.E. Vascular changes in the human inner ear associated with aging. **Ann Otol Rhinol Laryngol**, n. 81, p. 364-76, 1972.

KELLER-COHEN D. Social relations, language and cognition in the "oldest old". **Cambridge University Press: Ageing & Society**; n. 26, p. 585-605, 2006.

KENNEDY, M. et al. Nutritional support for patients with intellectual disability and nutrition/dysphagia disorders in community care. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 6, n. 430, 1997.

KIMURA, R. et al. The DYRK1A gene, encoded in chromosome 21 Down syndrome critical region, bridges between beta-amyloid production and tau phosphorylation in Alzheimer disease. **Hum Mol Genet**. v. 16, p. 15-23, 2007b.

KOOPMANN, J. R. C. F. Problemas otolaringológicos no idoso. **Med. Clin North Am**. v. 1411, p. 27, 1991.

KOVÁCS, M. J. **Educação para morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2003.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. **Prevalência de demência em diversas regiões do mundo**. Arquivos de neuropsiquiatria, v. 1, n. 60, p. 61-69, 2002.



LOUGHLIN, G. M. Respiratory consequences of dysfunctional swallowing and aspiration. **Dysphagia**, n. 126, p. 30, 1989.

MAC-KAY, A. P. M. G. Linguagem e as doenças degenerativas. In: MARCHESAN, I. et al. (Ed.) **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1996.

_____. Linguagem e envelhecimento. In: MARCHESAN, I. et al. (Ed.) **Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1998.

MANSELL, J. et al. Residential care in the community for adults with intellectual disability: needs, characteristics and services. **Journal of Intellectual Disability Research**, p. 625-33, 2002.

MANSUR, L. L.; VIUDE, A. Aspectos Fonoaudiológicos no envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MARCHESAN, I. Q. O que se considera normal na deglutição. In: JACOBI, et al. Identifying feeding problems in mentally retarded persons: development and reliability of the screening tool of feeding problems (STEP). **Research in Developmental Disabilities**, v. 72, n. 165, 2001.

MARGALLO-LANA, M. L. et al. Fifteen-year follow-up of 92 hospitalized adults with Down's syndrome: Incidence of cognitive decline, its relationship to age and 25 neuropathology. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 6, n. 51, p. 463-477, 2007.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 3, n. 63, p. 713-719, 2005.

ORANGE, J. B.; RYAN, E. B. Alzheimer's disease and other dementias: Implications for Physician Communication. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 1, n. 16, p. 153-173, 2000.

PEÑA-CASANOVA, J. **Manual de fonoaudiologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PRASHER, V. P. End-stage dementia in adults with Down syndrome. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, n. 10, p. 1067-1069, 1995.

_____. **Alzheimer's Disease and Dementia in Down Syndrome and Intellectual Disabilities**. Abingdon, UK: Radcliffe Publishing, 2005.

PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Plano Nacional de Saúde 2004/2010**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html#28>. Acesso em: 9 jan. 2012.



RADANOVIC, M. A study of the abilities in oral language comprehension of the Boston Diagnostic Aphasia Examination – portuguese version: a reference guide for the brazilian population. **Brazilian Journal of Medical and Biological Reserch**, n. 38, p. 277-292, 2005.

REILLY, S.; WARD, E. The epidemiology of dysphagia. Describing the problem – are we too late? **Advances in Speech Language Pathology**, p. 14-23, 2005.

ROMERO, S. B. Intervenção fonoaudiológica nas demências. In: ORTIZ, K. Z. (Org.). **Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição**. São Paulo: Manole, 2005.

RUSSO, I. P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

STANTON, L. R.; COETZEE, R. H. Down Syndrome and Dementia. **Adv. Psychiatric Treat.**, v. 10, p. 50-57, 2004a.

SABSAY, S.; KERNAN, K. T. On the nature of language impairment in Down syndrome. **Topics in Language Disorders**, v.13, p. 20-35, 1993.

SAMUELS, R.; CHADWICK, D. D. Predictors of asphyxiation risk in adults with intellectual disabilities and dysphagia. **Journal of Intellectual Disability Research**, 2006.

SCHINDLER, J.; KELLY, J. Swallowing disorders in the elderly. **Laryngoscope** v. 112, p. 589-602, 2002.

SHEPPARD, J. J. Developmental disability and swallowing disorders in adults. In: CICHERO, J.; MURDOCH, B. **Dysphagia: Foundations, Theory and Practice**. Wiley and Sons, Chichester, p. 299-318, 2006a.

_____. Developmental disability and swallowing disorders in adults. In: CICHERO, J.; MURDOCH, B. **Dysphagia: Foundations, Theory and Practice** Wiley and Sons, Chichester, p. 299-318. 2006b.

SPENDER, Q. et al. An exploration of feeding difficulties in children with Down syndrome. **Dev. Med. Child Neurol.**, v. 38, p. 681-694, 1996.

SPINDOLA, T.; MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n. 47, p. 108-109, 1994.

STANTON, L.R.; COETZEE, R.H. Down Syndrome and Dementia. **Adv. Psychiatric Treat**; v.10: p. 50-57, 2004b.

TANURE, C. M. C. et al. **A deglutição no processo normal de Envelhecimento**. Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia, 2005.

THACKER, A. et al. Indicators of choking risk in adults with learning disabilities: a questionnaire survey and interview study. **Disability and Rehabilitation**, 2008.



TYRELL, J.; COSGRAVE, M.; MCCARRON, M. **Dementia in people with Down's syndrome. International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.16, p. 1168-1174, 2001.

VISSER, F. E. et al. Prospective study of the prevalence of Alzheimer-type dementia in institutionalized individuals with Down syndrome. **American Journal on Mental Retardation**, v. 101, p. 400-412, 1997.

WISNIEWSKI, K. E.; WISNIEWSKI, H. M.; WEN, G. Y. Occurrence of neuropathological changes and dementia of Alzheimer's Disease in Down Syndrome. **Annals of Neurology**, v. 3, n. 17, p. 278-282, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative Care – **The Solid Facts**. Copenhagen, 2004.

ZIGMAN, W. B. et al. Prevalence of dementia in adults with and without Down syndrome. **American Journal on Mental Retardation**, v. 4, n. 100, p. 403-412, 1995.

_____. Premature regression of adults with Down Syndrome. **Am J Ment Def**, v. 2, n. 92, p. 161-8, 1987.