



Comunicação breve

Contribuições da Fonoaudiologia aos pacientes com a Doença de Parkinson

Speech Therapy Contributions to Parkinson's Disease Patients

Juliana Maria Henrique Cardoso¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

1. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018.

Endereço eletrônico para correspondência: fonoudibr@gmail.com

A doença de Parkinson (DP) é um processo neurodegenerativo caracterizado clinicamente por bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural. Sua instalação é assimétrica e lentamente progressiva, com resposta favorável à levodopa. É determinada, principalmente, pela perda dos neurônios dopaminérgicos da porção compacta da substância negra. Sabe-se, atualmente, que não se manifesta somente por sintomas motores e que não se restringe ao comprometimento do sistema dopaminérgico, sendo considerada uma doença multissistêmica, envolvendo múltiplos neurotransmissores¹.

Em um conceito mais aprofundado, as características da Doença de Parkinson, se devem pela destruição de corpos celulares de neurônios que contêm melanina da parte compacta da substância negra (parte do mesencéfalo) e de outras estruturas localizadas no tronco encefálico. Estes neurônios são produtores de Dopamina e sua degeneração determina falta deste neurotransmissor para desempenhar as funções do sistema extrapiramidal, que é



responsável pelos movimentos automáticos, postura, tônus e aspectos psíquicos².

Evolui de forma crônica e progressiva, caracterizada especialmente por sinais motores, tais como tremor, rigidez muscular, bradicinesia (lentidão dos movimentos) e instabilidade postural. Porém também cursa com vasta sintomatologia não motora, tais como distúrbios cognitivos, psiquiátricos, autonômicos, gastrointestinais, distúrbio comportamental do sono REM (*Rapid Eyes Movement*), alterações no olfato, fadiga e dor³.

Outros sintomas não motores da doença de Parkinson, mas que se iniciam no decorrer da evolução, usualmente após 5 anos do diagnóstico, são disfunções comportamentais (ansiedade, depressão, psicose, disfunção cognitiva e demência), distúrbios do sono (insônia, sonolência excessiva diurna, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono), disfagia, disfunções gastrointestinais (por exemplo, a sialorreia), disfunção sexual, urgência urinária, disfunções autonômicas cardiovasculares, termorregulatórias, respiratórias e dermatológicas, disfunções visuais, oculomotoras, olfatórias, vestibulares, dor, fadiga, alterações dentárias e maxilofaciais³.

Desta forma as alterações observadas categorizam-se em distúrbios motores (tremor de repouso, acinesia, parada motora), alterações do tônus (hipertonia plástica com sinal da roda denteada), anomalias posturais (perda dos reflexos posturais, dificuldade na recuperação da postura propulsão ou retropropulsão, quedas frequentes), alterações autonômicas (hipotensão arterial ortostática como ao ficar em pé ou após alimentar-se), distúrbios psiquiátricos (depressão em 70% dos casos, distúrbios no sono e complicações comportamentais induzidas pelos medicamentos antiparkinsonianos, tipo



alucinações, delírios, manias, hipersexualidade), perdas cognitivas (desorientação visuoespacial, perdas sutis da memória, alentecimentos nas respostas e demência subcortical que ocorre em 20 a 40% dos casos)².

Devido à rigidez e à bradicinesia que a doença de Parkinson impõe, é comumente encontrada, no ponto de vista fonoaudiológico, as alterações de voz, articulação e deglutição; comprometendo consideravelmente a comunicação e a alimentação do indivíduo parkinsoniano⁴.

Além de alteração vocal, articulação disártrica, disfagia, também pode ser observado anosmia, rigidez laríngea, desordens posturais, associação de movimentos involuntários, além de irregularidade e fraqueza na respiração. O prejuízo no suporte respiratório traz consequências como diminuição de loudness, frases encurtadas, fala apressada e interrupções abruptas. As alterações laríngeas decorrentes da hipocinesia aparecem principalmente na forma de fenda fusiforme⁵.

A disfagia é um sintoma frequente na doença de Parkinson e costuma ocorrer em algum momento da evolução da doença, com aumento da frequência de acordo com a progressão e, sobretudo, com o surgimento da demência. A salivação é uma queixa frequente e que se associa à evolução da doença e à piora do desempenho da deglutição⁶.

A análise fluoroscópica indica menor anteriorização do hioide, redução do ângulo de rotação da epiglote e diminuição da velocidade de movimentação do hioide, da epiglote e das pregas vocais, indicando bradicinesia das estruturas faringolaríngeas durante a deglutição. Além disso, observam-se, com frequência, a movimentação anteroposterior da língua antecipando a ejeção do alimento, desorganização no controle oral no preparo do bolo, estase alimentar em



valéculas, faringe e região retrocricóidea, penetração laríngea e aspiração traqueal⁶.

Há quatro tipos de abordagens terapêuticas para o tratamento da doença de Parkinson, sendo a primeira a “sintomática”, onde se pode controlar as manifestações clínicas utilizando medicamentos para corrigir a falta da dopamina. Utiliza-se a Levodopa, bloqueadores de degradação enzimática da Dopamina (selegilina, inibidores da COMT), agonistas da Dopamina (bromocriptina, pergolida, apomorfina), amantadina e agentes anticolinérgicos².

A segunda abordagem é a “protetora”, onde se tenta preservar os neurônios utilizando medicamentos (selegilina) ou através de implantes cirúrgicos de neurônios (ainda em fase experimental). Temos também a abordagem de “controle das alterações comportamentais”, onde para a depressão são utilizados os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da recaptção de serotonina e eletroconvulsoterapia. Para os distúrbios psiquiátricos procura-se reduzir a dose dos agentes dopaminérgicos e medicar com tioridazina, risperidona, clazapina, olanzapina, carbamazepina e valproato de sódio².

E a quarta abordagem é a “terapia reabilitadora” que praticamente em todos os casos, a psicoterapia é necessária desde os primeiros sintomas, enquanto que a fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional são necessárias para a recuperação dos distúrbios motores já instalados².

A reabilitação fonoaudiológica é essencial e deve ser instituída precocemente, mais como profilaxia do que como tratamento. O método de Lee-Silverman (Lee-Silverman Voice Treatment - LSVT®) para o tratamento da hipofonia e disartria na doença de Parkinson é uma terapia indireta para a



disfagia. Tal método melhora o controle neuromuscular de todo o trato aéreo e digestivo superior, aprimorando a intensidade vocal, mas também o funcionamento da língua durante as fases oral e faríngea da deglutição. A terapia direta que envolve manobras posturais também pode ser utilizada, assim como biofeedback¹.

A proposta fonoaudiológica na doença de Parkinson visa o tratamento tradicional sendo utilizados os exercícios de base, em função das alterações da comunicação oral e deglutição dos pacientes, com um trabalho baseado em terapia oromiofuncional de postura e das estruturas fonoarticulatórias com objetivo de facilitar a mobilidade e a flexibilidade oromuscular para a articulação dos sons, a coordenação das estruturas da fala, a articulação da palavra, assim como controle, aumento da capacidade e tipo respiratório adequado à coordenação da respiração com a fala, tratamento fonoaudiológico dos distúrbios da deglutição, com etapas de terapia indireta, com o objetivo de melhorar os aspectos da mobilidade e sensibilidade das estruturas envolvidas no processo da deglutição. Este tratamento tem melhorado muito a qualidade de vida dos doentes, ajudando a manter as funções assistidas que vem se mantendo em longo prazo⁶.

Dos sintomas fonoaudiológicos, é possível apontar a disfagia como sendo o sintoma mais prejudicial, pois acarreta desde episódios de pneumonias aspirativas até a condição de óbito. Sem obstar de citar o declínio cognitivo com o avanço do estágio da doença para a demência que tem o efeito incapacitante, levando ao isolamento social, e diminuição da independência funcional nas atividades de vida cotidiana impactando a qualidade de vida e a autoestima do indivíduo parkinsoniano.



Considerando que a Fonoaudiologia é uma ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana, é notória a importância deste profissional para a reabilitação e tratamento do paciente com doença de Parkinson.

Referências

1. Jotz GP, Carrara-de-Angelis E. Disfagia: abordagem clínica e cirúrgica na criança, adulto e idoso. 1a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016.
2. Assêncio-Ferreira VJ. Neurologia e Fonoaudiologia. 1a ed. São José dos Campos: Pulso;2003.
3. Silveira DN, Brasolotto AG. Reabilitação Vocal em Pacientes com doença de Parkinson: fatores interferentes. Pró-fono Revista de Atualização Científica. 2005;17(2):241-50.
4. Palermo S, Bastos ICC, Mendes MFX, Tavares EF, Santos DCL, Ribeiro AFC. Avaliação e Intervenção fonoaudiológica na doença de Parkinson. Análise clínica-epidemiológica de 32 pacientes. Rev. Bras. Neurol. 2009;45(4):17-24.
5. Dedvitis RA, Santoro PP, Arakawa-Sugueno L. Manual Prático de Disfagia: diagnóstico e tratamento. 1a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2017.
6. Venites J, Soares L, Bilton T. Disfagia no Idoso: guia prático. 1a ed. São Paulo: Booktoy, 2018.