



**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

## INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM PACIENTE ATENDIDO EM UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO DE IJUÍ-RS<sup>1</sup>

**Camila Fernandes Sarmiento<sup>2</sup>, Mariana Pretto Lucca<sup>3</sup>, Karina Ribeiro Rios<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Projeto de Iniciação Científica.

<sup>2</sup> Aluna do curso de Graduação em Nutrição da UNIJUI, mariana\_lpretto@hotmail.com.

<sup>3</sup> Aluna do curso de Graduação em Nutrição da UNIJUI, caca.fer123@hotmail.com.

<sup>3</sup> Aluna do curso de Graduação em Nutrição da UNIJUI, mariana\_lpretto@hotmail.com.

<sup>4</sup> Professora Mestre do Departamento de Ciências da Vida, Orientadora, karina.rios@unijui.edu.br

**Resumo:** o objetivo deste estudo de caso foi prevenir complicações da disfagia, aumentar a ingestão alimentar, melhorar o funcionamento intestinal e o estado nutricional geral. O presente trabalho foi realizado no consultório de Nutrição da Unijuí. As informações foram coletadas no prontuário de atendimento que consta o registro dos profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar. Os registros datam de janeiro a agosto de 2012. A intervenção nutricional foi à mudança da consistência líquida para a pastosa, a oferta de uma dieta mais balanceada e diversificada, com maior ingestão de água. A modificação da consistência resultou em uma melhora significativa no problema de disfagia, proporcionando uma ingestão alimentar mais adequada e melhora no quadro de constipação. Concluiu-se que a intervenção nutricional foi essencial para a melhora dos problemas causados pela paralisia cerebral, e que o trabalho da equipe multidisciplinar é de extrema importância para um bom prognóstico.

**Palavras-chave:** Paralisia Cerebral; Disfagia; Consistência Alimentar.

### Introdução

A paralisia cerebral (PC) é um termo utilizado para descrever um grupo de desordens motoras, que abrange distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária. Também denominada encefalopatia crônica não progressiva da infância, é consequência de uma lesão estática, que agiu sobre o sistema nervoso central (SNC) em plena maturação estrutural e funcional, portanto, ocorre na vida fetal ou nos primeiros anos de vida. Suas causas podem ser anóxia, infecção, traumatismo e malformações, dentre outras (MANCINI et al., 2002).

O comprometimento motor decorrente de desordens neurológicas pode ocasionar alterações na função de deglutição, denominada disfagia neurogênica orofaríngea, que vão desde modificações no preparo oral do alimento até a presença de sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração do alimento. A disfagia é considerada um problema grave, capaz de comprometer o desenvolvimento global, nutrição, hidratação, sistema respiratório e estabilidade clínica (LUCCHI et al., 2009).





**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

Apesar de caracterizada pela disfunção motora, a PC é sempre acompanhada por outras desordens da função cerebral. Entre elas as anormalidades de cognição, visão, audição, fala, sensações táteis, atenção e comportamento. A epilepsia geralmente está presente, bem como defeitos na função gastrointestinal e crescimento (MANCINI et al., 2002).

O desenvolvimento de crianças com PC depende de uma série de fatores que incluem a localização anatômica e extensão do dano cerebral e o contexto sócio-histórico em que a criança está inserida. Mesmo que o diagnóstico precoce seja feito e a intervenção apropriada, a incapacidade é permanente e uma variedade de fatores influencia a evolução de uma criança com PC, como convulsões de difícil controle, retardo mental, deficiência visual grave, desnutrição e falta de estímulo. A probabilidade de uma criança alcançar deambulação independente diminui depois dos quatro ou cinco anos e é improvável após os oito anos de idade (MANCINI et al., 2002).

A deglutição para ser adequada depende de um funcionamento sequencial e em sincronia, envolvendo estruturas da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago (BORGES e MELLO, 2004). Na paciente portadora de PC esse processo ocorre de maneira lenta e difícil, refletindo em uma ingestão alimentar deficiente, não sendo capaz de suprir as suas necessidades, comprometendo seu estado nutricional pela má nutrição, déficit de crescimento e desenvolvimento, perda de peso, baixa imunidade, dessa forma, é considerada de alto risco nutricional. Portanto, a intervenção nutricional se fez necessária para otimizar sua nutrição adaptando a dieta, principalmente quanto à consistência, bem como a viscosidade, textura, firmeza e densidade. Além disso, informar e orientar o responsável em relação à alimentação adequada, a fim de atingir os objetivos de prevenir complicações decorrentes da disfagia, aumentar sua ingestão alimentar, melhorar o seu funcionamento intestinal e seu estado nutricional geral.

### Metodologia

O presente trabalho refere-se a um estudo de caso realizado no consultório de Nutrição da Unijuí durante o estágio curricular em Nutrição Clínica do curso de Nutrição da referida Universidade. As informações foram coletadas do seu prontuário, onde consta o registro do atendimento dos profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar: médico, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. Os registros datam de janeiro a agosto de 2012.

### Resultados e Discussão

Paciente (A.L.T.P) do sexo feminino, cadeirante, 3 anos e onze meses de idade, portadora de paralisia cerebral espástica, iniciou acompanhamento na Unidade de Nível Intermediário de Reabilitação (UNIR), o que inclui o atendimento no Consultório de Nutrição. Seu ingresso nesta unidade de referência deu-se em janeiro de 2012, estando em acompanhamento até a presente data.

A paciente adquiriu PC através de infecção por citomegalovirose congênita. Apresenta deficiência visual e auditiva, dificuldade de aprendizagem e comunicação, epilepsia e retardo mental. A criança ainda possui disfagia e constipação intestinal, complicações secundárias da doença associadas à alimentação. A mesma consumia alimentos liquidificados de consistência líquida oferecidos na mamadeira, dieta repetitiva e monótona, com alto teor de açúcar e baixa ingestão de água.



**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

O propósito inicial da intervenção nutricional foi à mudança da consistência, passando da líquida para pastosa, bem como a oferta de uma dieta mais balanceada e diversificada, com maior ingestão de água, contendo todos os nutrientes essenciais, na tentativa de melhorar o estado nutricional e o funcionamento intestinal. A modificação na consistência e na composição da dieta resultou em uma melhora significativa no problema de disfagia, o que proporcionou uma ingestão alimentar mais adequada e melhora no funcionamento intestinal, obtendo assim um ganho de peso corporal. Quando não há intervenção, esses problemas ocasionam uma prevalência de estado nutricional subótimo e falha no crescimento das crianças acometidas por PC (BORGES e MELLO, 2004).

As distúrbios da deglutição e mastigação, tosse, engasgo, sialorréia, ausência de vedamento labial e lateralização da língua, refluxo gastroesofágico e aspiração são os principais problemas apresentados pela paciente, que interferem negativamente na alimentação. Segundo Borges e Mello (2004), esses problemas são comuns em pacientes com PC, pois além das deficiências motoras, apresentam má postura durante a refeição pelo controle parcial do tronco, domínio oral-motor deficiente e deglutição não coordenada.

A constipação intestinal nesses pacientes pode ser decorrente de vários fatores, dentre eles, pequena ingestão de fibras e líquidos, falta de movimentação, e uso de medicação anticonvulsivante, utilizada pela paciente. Por ser um problema que acarreta desconforto a paciente e angústia aos pais, além de prejuízos na absorção dos nutrientes, o manejo dietético através de uma maior diversidade de alimentos, contendo mais fibras e adequando a ingestão de líquidos, principalmente a água foi necessário e extremamente importante, resultando em uma melhora significativa no quadro de constipação intestinal.

O padrão de coordenação respiração e deglutição em portadores de PC são diferentes na deglutição de líquidos, comparado com a de líquidos espessos ou pastosos homogêneos, havendo grande propensão em ocorrer aspiração após a ingestão dos líquidos, devido ao controle oral ineficiente nesta consistência. A falta de controle e coordenação faz com que a deglutição da consistência líquida torne-se insegura, uma vez que esta alcança a região laringo-faríngea antes do disparo do reflexo da deglutição, aumentando o risco de penetração e/ou aspiração laringo-traqueal. A restrição de consistência sólida se deve ao fato da mastigação não ser eficiente, fazendo com que estes alimentos sejam deglutidos inteiros, aumentando o risco de aspiração traqueal ou estase em recessos faríngeos, ou mesmo aumentando o tempo de manipulação oral do bolo, deixando a refeição com maior gasto energético (SILVÉRIO et al., 2009).

Quanto maior a disfunção motora oral, maior o tempo gasto para realizar a deglutição. Em relação à consistência alimentar e o tempo de deglutição, a criança com disfunção motora oral comprometida leva maior tempo para deglutir alimentos líquidos e menor tempo para deglutir alimentos pastosos, os alimentos de consistência sólida tem a menor aceitação, em muitos casos é impossível a deglutição. A dieta de consistência pastosa é a mais indicada para criança com disfunção motora oral e desnutrição, uma vez que é mais fácil de ser manipulada e pode reduzir a tosse e a aspiração. A alteração no processo de deglutição resulta em uma incapacidade em triturar os alimentos mais fibrosos, o que torna a alimentação pastosa a consistência mais adequada para suprir o aspecto nutricional (VIVONE et al., 2007).



**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

A paciente foi contemplada com uma cadeira contendo mesa de apoio para refeição, que somada às intervenções nutricionais realizadas e a orientação aos responsáveis, refletiu não só nas questões ligadas exclusivamente ao conteúdo nutricional da alimentação, mas também na maneira de como ofertar o alimento, considerando utensílios, ambiente, tempo disponível, posicionamento e conforto. A combinação dessas modificações, além dos resultados positivos possibilitou o trabalho na prevenção de uma complicação que acarreta riscos a vida, a aspiração. De acordo com Gisel et al. (2000) o posicionamento durante a alimentação tem influência confirmada, a aspiração pode ser minimizada ou eliminada quando a posição da cabeça, pescoço e tronco são alinhadas com as habilidades motoras orais. Além de prevenir a aspiração, a adequação postural em crianças com paralisia cerebral contribui de forma significativa as funções de sucção, respiração e deglutição, além da coordenação entre elas, tornando a alimentação mais segura e eficiente (FLABIANO et al., 2005).

### Conclusões

As principais complicações apresentadas pela criança com PC que dificultam uma alimentação adequada são as desordens da deglutição e mastigação, tosse, engasgo, sialorréia, ausência de vedamento labial e lateralização da língua, refluxo gastroesofágico e falta de controle do tronco, os quais limitam sua ingestão alimentar e em consequência disto, tem déficit de desenvolvimento e crescimento, baixo peso e alto risco nutricional.

Após intervenção nutricional, houve mudança na consistência e na composição da dieta. A consistência alimentar pastosa obteve boa aceitação, minimizou os problemas relacionados à disfagia, aumentando seu consumo alimentar. A dieta mais equilibrada e diversificada contribuiu para o maior suprimento das necessidades da paciente, ganho de peso e melhor funcionamento intestinal. A cadeira com mesa de apoio ajudou para adequação da postura, facilitando a realização das refeições. Os resultados obtidos com a intervenção nutricional melhorou seu estado nutricional e clínico geral.

O serviço de nutrição é essencial para o melhor prognóstico da paciente, porém necessita também da intervenção de toda a equipe multidisciplinar, principalmente em conjunto com a fonoaudióloga. Paciente mesmo apresentando resultados positivos, continua em acompanhamento na UNIR e participando do grupo de disfagia para maior estabilidade clínica.

### Referências

- Borges PP, Mello ED. Alimentação em crianças com paralisia cerebral. *Nutrição em pauta*. n. 66, p. 50-4. 2004.
- Flabiano FC, Limongi SCO, Val DC, Silva KCL. Intervenção fonoaudiológica junto a mães de crianças com alterações sensório-motoras: enfoque na adequação da postura corporal durante a sucção. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. p. 77-82. 2005.
- Gisel EG, Schwartz S, Petryk A, Clarke D, Habberfellner H. "Wole body" mobility after one year of intraoral appliance therapy in children with cerebral palsy and moderate eating impairment. *Dysphagia*. p. 226-35. 2000.



**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

Lucchi C, Flório CPF, Silvério CC, Reis TM. Incidência de disfagia orofaríngea em pacientes com paralisia cerebral do tipo tetraparéticos espásticos institucionalizados. Rev Soc Bras Fonoaudiol. p. 172-6. 2009.

Mancini MC, Fiuza PM, Rebelo JM, Magalhães IC, Coelho ZAC, Paixão ML, Gontijo APB, Fonseca ST. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. Arquivos de neuro-psiquiatria. v. 60, 446-452. 2002.

Silvério CC, Henrique CS. Indicadores da evolução do paciente com paralisia cerebral e disfagia orofaríngea após intervenção terapêutica. Rev Soc Bras Fonoaudiol. p. 381-6. 2009.

Vivone GP, Tavares MMM, Bartolomeu RS, Nemr K, Chiappetta ALML. Análise da consistência alimentar e tempo de deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraplégica espástica. Rev Cefac. v.9, 504-511. 2007.