

INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO LACTENTE COM DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÊNICA: ESTUDO DE CASO

Aline Karla Souza Danieli¹; Cristiane Faccio Gomes²

RESUMO: Disfagia é um distúrbio de deglutição, caracterizada por alterar a dinâmica desta, que é de levar o alimento da boca até o estômago. Deglutir é um ato complexo, composto uma ação neuromuscular sinérgica eliciada voluntariamente. A interação entre os músculos e nervos envolvidos no processo de deglutição resulta em uma deglutição eficaz e segura, considerando a manipulação, o transporte do bolo alimentar e a proteção das vias aéreas. Algumas intercorrências do período peri natal podem estar relacionadas com os quadros de disfagia em lactentes. Sendo assim, este estudo visou caracterizar os resultados da intervenção fonoaudiológica empregada na disfagia orofaríngea neurogênica em lactentes, no que se refere à reabilitação das funções e estruturas do Sistema Estomatognático e identificar os benefícios da reabilitação da disfagia para promoção de uma alimentação segura, eficiente e saudável. Utilizou-se uma abordagem qualitativa e descritiva, através de uma análise, descrição e comparação dos dados obtidos na entrevista (anamnese), avaliação e terapia fonoaudiológica. Os resultados mostraram que após o período de intervenção fonoaudiológica ocorreu o aprimoramento das funções e estruturas do Sistema Estomatognático o que facilitou a promoção de uma alimentação segura, eficiente, nutritiva e saudável com a manutenção do prazer e funcionalidade alimentar. Também foram inibidos os reflexos patológicos e estabelecido um aprimoramento da postura global. Concluiu-se, portanto, que os resultados da presente pesquisa indicam que a intervenção fonoaudiológica no lactente com disfagia orofaríngea neurogênica é eficaz e necessária pois, esta auxilia no estabelecimento de padrões necessários à alimentação do indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Disfagia orofaríngea neurogênica; intervenção fonoaudiológica; lactente.

1. INTRODUÇÃO

Disfagia é um distúrbio de deglutição, caracterizada por alterar a dinâmica desta, que é de levar o alimento da boca até o estômago. Deglutir é um ato complexo, uma ação neuromuscular sinérgica eliciada voluntariamente que envolve a coordenação de um grande número de músculos da face, boca, faringe, laringe, esôfago e nervos encefálicos.

A interação entre os músculos e nervos envolvidos no processo de deglutição resulta em uma deglutição eficaz e segura, considerando a manipulação, o transporte do bolo alimentar e a proteção das vias aéreas.

Quando os distúrbios da deglutição encontram-se na fase oral e/ou entre a fase faríngea, temos a disfagia orofaríngea que é caracterizada por sinais e sintomas específicos, pode ser congênita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico, porém, na sua maioria, está presente nos casos com comprometimento neurológico, classificando-a assim como neurogênica.

Diversas patologias que ocorrem no período pré, peri ou pós-natal podem estar relacionadas com os quadros de disfagia em lactentes. Sendo a disfagia orofaríngea de

¹ Fonoaudióloga da APAE João Paulo II – Loanda – PR. line_danieli@hotmail.com

² Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Departamento de Fonoaudiologia do Centro Universitário de Maringá, PR. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela UEL. PR. crisgomes@cesumar.br

origem neurogênica um fator que afeta a qualidade de vida do sujeito, seu convívio social, seu prazer alimentar, a integridade de uma de suas funções vitais e básicas, a de se alimentar, sua saúde geral e em especial a fonoaudiológica, é necessário que haja intervenção fonoaudiológica precoce por meio de terapia direta e indireta visando à reabilitação das funções e estruturas do Sistema Estomatognático, trabalhando desta forma com um Sistema Nervoso Central que ainda possui plasticidade, pois é de responsabilidade do fonoaudiólogo habilitado na área da motricidade orofacial conhecer e tratar as desordens da deglutição, intervindo de maneira direta, preventiva e terapêutica, visando estabelecer uma alimentação oral segura, nutritiva, funcional e eficiente.

Segundo Junqueira e Dauden (1998), a conduta terapêutica do fonoaudiólogo frente à Paralisia Cerebral (PC), será de garantir o crescimento e sempre melhorar o controle funcional da fase oral e da fase faríngea, estando atento aos sinais clínicos de aspiração e de desnutrição.

Logo, este estudo visou caracterizar os resultados da intervenção fonoaudiológica empregada na disfagia orofaríngea neurogênica na primeira infância, no que se refere à reabilitação das funções e estruturas do Sistema Estomatognático e identificar os benefícios da reabilitação da disfagia para promoção de uma alimentação segura, eficiente e saudável.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Mediante a autorização da instituição escolhida para a coleta dos dados e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CESUMAR, sob processo n°173/2008, parecer n°181A.

O local em que a pesquisa se desenvolveu foi uma clínica escola de fonoaudiologia localizada no noroeste do estado do Paraná.

O sujeito da pesquisa foi uma criança do gênero feminino, de 12 meses de idade com diagnóstico médico de paralisia cerebral com quadro de dupla hemiparesia espástica de etiologia perinatal (decorrente de asfixia por parada cardiorrespiratória de 25 minutos), sendo sua seleção realizada após consulta na lista de espera existente na clínica escola de fonoaudiologia, de pacientes que aguardavam para o atendimento na área de motricidade oral, com queixa de dificuldade para se alimentar.

Após seleção do sujeito, o instrumento de coleta de dados (roteiro de anamnese, avaliação e acompanhamento terapêutico fonoaudiológico).

O responsável legal pelo sujeito selecionado para a pesquisa foi contatado e convidado a participar da pesquisa e, após a informação de seus objetivos, houve seu consentimento verbal e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu em etapas, sendo estas descritas a seguir: Primeira etapa: o responsável pelo lactente foi submetido a uma entrevista (anamnese) fonoaudiológica. Segunda etapa: o lactente foi submetido à avaliação clínica fonoaudiológica. Terceira etapa: após a conclusão da avaliação foi realizado um estudo de todos os dados obtidos e iniciado o processo terapêutico.

Os dados foram analisados de forma qualitativa e descritiva, através de análise, descrição e comparação dos dados obtidos na entrevista (anamnese), avaliação e terapia fonoaudiológica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeira etapa - anamnese fonoaudiológica: A mãe informou que realizou acompanhamento médico (pré-natal), assistido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), durante toda a gestação, não apresentando intercorrências no começo da gestação,

porém no quinto mês gestacional foi diagnosticado que a mãe estava apresentando quadro hipertensivo, sendo iniciado o tratamento medicamentoso. Um mês após o início do tratamento, foi necessário realizar o parto cesárea, pois não houve melhora no quadro hipertensivo da mãe.

O bebê nasceu pesando 1.300g (muito baixo peso) e apresentou parada respiratória (asfixia) por 25 minutos, prematuridade. A mãe relata que a bebê foi reanimada pela equipe médica que assistia o parto e teve que permanecer 16 dias na UTI neonatal em estado de coma. Ao todo permaneceu 60 dias internada, sendo 20 dias na UTI neonatal com tubo de oxigênio, dois dias com capacete de oxigênio, três dias no CPAP nasal e 45 dias no berçário para ganho de peso.

A mãe informou que durante o tempo que permaneceram no hospital ela ofereceu o seio materno, na tentativa de estabelecer o aleitamento materno, porém sem sucesso, sendo assim o bebê recebeu leite materno apenas por meio de sonda gástrica.

Durante as refeições havia engasgos freqüentes, tosses voluntárias durante e após a alimentação, escape considerável de alimento pelas comissuras, ocorriam pausas respiratórias e o bebê chora muito. As refeições eram sempre demoradas e cansativas.

Segunda etapa - avaliação fonoaudiológica: A avaliação dos aspectos fonoarticulatórios, funções neurovegetativas e das medidas antropométricas faciais foram realizadas por meio de observação indireta e direta:

A) *Postura*: Foi possível observar que esta não sustentava a cabeça para nenhum dos lados, apresentava espasticidade ampla e hiperextensão dos membros inferiores e superiores.

B) *Aspectos Anátomo-Morfológicos*: Na palpação dos masseteres foi possível observar que o direito encontrava-se um pouco maior que o esquerdo, porém ambos contraem-se ao mesmo tempo. O músculo temporal direito apresentou mais força e os dois temporais contraíam-se simultaneamente.

C) *Aspectos Anátomo- Funcionais*: Foi possível observar que a mobilidade, motricidade e tonicidade das bochechas, lábios e língua estavam rebaixados. Permanecia todo o tempo com a língua protruída, incoordenada e sem canolamento. Quanto às bochechas, ambas estavam hipotônicas com o lado esquerdo mais rebaixado que o direito, revelando discreta assimetria facial. Ocorria acúmulo de alimento no vestibulo oral.

D) *Reflexos motores globais e orais*: Apresentava reflexo de mordida intenso; reflexo de sucção involuntária intenso; reflexo de procura; reflexo de náusea anteriorizado. Além disso, foi observado presença do reflexo de marcha, preensão palmar e plantar e reflexo de Moro.

E) *Funções Neurovegetativas*: Sua respiração era mista, predominantemente oral, ruidosa, rápida, superior sem vedamento labial, com alterações respiratórias durante e após alimentação (apnéia e taquipnéia). A deglutição era lenta, com pausas longas, com tosse voluntária, engasgos, náuseas; necessitava de deglutições múltiplas do mesmo bolo alimentar. Apresentava sinais de penetração pela ocorrência de choro molhado e quadros gripais freqüentes e hipoatividade após a deglutição. Não havia força muscular para a realização da deglutição, a língua se apresentava com postura extremamente protruída. Não havia coordenação entre deglutição x respiração x sucção e apresentou engasgos.

Terceira etapa- processo terapêutico: O processo terapêutico propriamente dito foi dividido em duas etapas, sendo que etapa "A" refere-se à terapia indireta e etapa "B" refere-se à terapia direta da disfagia.

A) *Terapia indireta*: consistiu na estabilização dos aspectos motores orais (FURKIM; MATTANA, 2006).

O início do processo de reabilitação dos distúrbios da deglutição foi iniciado pela terapia indireta, que foi composta da aplicação de exercícios oromiofuncionais, manobras facilitadoras sem presença de alimento, com o intuito de aprimorar tônus muscular, mobilidade e propriocepção de todas as estruturas envolvidas na dinâmica oral.

I. Postura: O correto posicionamento, por sua vez, teve como objetivo favorecer a posição adequada das estruturas anatômicas da cavidade oral, mandíbula e musculatura durante a alimentação, como também reduzir os riscos de engasgos e facilitar a respiração.

II. Manuseio global: Através de massagens lentas, com movimentos circulares nos membros inferiores e superiores, buscando relaxar a musculatura e reduzir a hiperextensão corporal.

III. Aprimoramento da sensibilidade e tônus muscular: O bebê apresentava sensibilidade extra-oral diminuída, o que dificultava sua discriminação para os estímulos ofertados, e, ao mesmo tempo, hipersensibilidade. Logo, foram trabalhados distintivamente ambos os aspectos.

IV. Inibição dos reflexos patológicos: Para inibição dos reflexos foi utilizado o exercício que consiste em desencadear o reflexo e ao mesmo tempo inibi-lo.

V. Aprimoramento/adequação das funções do SE: Sucção, coordenação entre deglutição x respiração x sucção, mastigação, respiração.

VI. Orientações à responsável: Foi orientada a cada etapa acerca do que estava sendo realizado pela terapeuta e de como ela poderia auxiliar a criança com a realização dos exercícios no domicílio, com o objetivo de favorecer a formação da tríade terapeuta x família x paciente e atingir bons resultados e avanços no quadro clínico.

Para a reintrodução da alimentação por via oral de forma segura é preciso realizar um trabalho que vise melhorar a mobilidade, tonicidade, tensão e sensibilidade de todo o sistema faríngeo. Tal trabalho deve envolver lábios, bochechas, palato mole, laringe, faringe e funções do SE (GONÇALVES; CÉSAR, 2006).

Após a realização de algumas sessões de terapia indireta, com a contínua observação do quadro evolutivo do bebê, análise das estruturas trabalhadas, a terapia foi direcionada à utilização dos mesmos exercícios com a introdução de alimentos, que é denominada então de terapia direta.

B) Terapia direta: consiste na aplicação das técnicas posturais, exercícios oromiofuncionais associados ao emprego de manobras facilitadoras da deglutição e manobras de proteção das vias aéreas, emprego da transição de consistências e volume dos alimentos oferecidos.

A terapia direta visa reforçar os comportamentos apropriados durante a deglutição com a introdução de alimentos na cavidade oral, utilizando como atividade compensatória as manobras de mudança de postura, de cabeça, manobras de proteção de vias aéreas (FURIA, 2003).

O alimento inicialmente trabalhado foi de consistência pastosa, por apresentar menores riscos de aspiração e já estar pronto para a deglutição, não sendo necessário realizar a mastigação. Com o passar das sessões terapêuticas e observando o bom desempenho do bebê, foram introduzidas as consistências pastosa/sólida, sólida, e pastosa/líquida.

A) Postura: Foi possível estabelecer uma postura mais favorável para a paciente.

B) Aspectos anátomo-morfológicos: A língua não permanece mais o tempo todo protruída. Os lábios, por permanecerem por um período maior de tempo vedados, apresentam-se menos ressecados.

C) Aspectos Anátomo-Funcionais: ao final do processo terapêutico a paciente apresentou bochechas mais simétricas, houve ampliação do filtro nasolabial, facilitando assim a oclusão labial, sem tensão no músculo mental. O lábio inferior foi trabalhado a fim de aumentar seu tônus. O tônus do dorso da língua foi reduzido e do ápice, aumentado.

D) Aspectos Anátomo- Funcionais (Reflexos orais patológicos): os reflexos de sucção involuntária e procura foram inibidos completamente e o reflexo de náusea foi posteriorizado. Apenas o reflexo de mordida continua presente em menor intensidade.

E) Funções Neurovegetativas: a respiração permanece mista e predominantemente oral, porém cabe ressaltar que a paciente apresentou durante quase todo período de terapia, narinas congestionadas devido ao quadro gripal constante. Durante a sucção não ocorreram mais engasgos freqüentes, e quando ocorreram, a paciente apresentou tosse voluntária. Como o tônus, a mobilidade e a motricidade da língua foram aprimorados, a paciente consegue realizar canolamento lingual, e conseqüentemente melhorou a coordenação da sucção voluntária, pois o alimento não escapa pelas comissuras, há força muscular para realizar a sucção.

Quanto à deglutição, esta ocorre de maneira coordenada com a respiração, não apresenta mais episódios de apnéia ou taquipnéia durante as mamadas com dieta líquida ou pastosa. Como o tônus do dorso da língua foi rebaixado, consegue posteriorizar a língua conduzindo o alimento até a faringe. Como a posição de ser alimentada foi corrigida, o bebê apresenta pouco escape de alimento pelas comissuras labiais, conseguindo ingerir maior quantidade do alimento oferecido.

A deglutição não apresenta mais ruídos, que sugeriam penetrações e não necessita mais realizar deglutições múltiplas para deglutir o bolo alimentar. Atualmente o bebê se alimenta com as consistências pastosa, pastosa/líquida e pastosa/sólida.

Furkim e Mattana (2006) esclarecem que a reabilitação, intervenção que é estimada pela característica de tratamento, muitas vezes não leva à cura, como usualmente inferimos. O fonoaudiólogo que atua com a disfagia orofaríngea neurogênica é o agente de reabilitação, na medida em que adapta a terapia ao paciente em específico, porém as respostas de cada um à intervenção são diferenciadas.

4. CONCLUSÃO

Ao finalizar este processo terapêutico foi possível concluir que o trabalho desenvolvido pelo fonoaudiólogo frente ao paciente com PCI que apresenta claros sinais clínicos da disfagia orofaríngea neurogênica pode ser bem sucedido. Pôde-se concluir também que quando o sujeito envolvido na pesquisa se trata de um lactente o papel da mãe no processo terapêutico é essencial para a evolução do caso, assim como sua permanência até a conclusão do mesmo. Os dados revelaram ainda que, mesmo o processo terapêutico tendo ocorrido em um curto espaço de tempo, foi possível obter respostas que melhoraram de forma efetiva não somente a questão da alimentação, mas também o prazer alimentar experimentado pelo lactente.

5. REFERÊNCIAS

FURIA, C. L. B. Abordagem interdisciplinar na disfagia orofaríngea. In: RIOS, I. J. de A. (Org.). **Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar**. São José dos Campos/SP: Pulso, 2003. cap.3.

FURKIM, A. M.; MATTANA, A. V. Disfagias neurogênicas: Terapia. In: ORTIZ, K. Z. (Org.). **Distúrbios neurológicos adquiridos**. Barueri/SP: MANOLE, 2006. cap.14.

GONÇALVES, M. I. R.; CÉSAR, S. R. Disfagias neurogênicas: Avaliação. In: ORTIZ, K. Z. (Org.). **Distúrbios neurológicos adquiridos**. Barueri: Manole, 2006. cap.13.

JUNQUEIRA, P.; DAUDEN, A. T. B. de C. **Aspectos atuais em terapia fonoaudiológica**. 2.ed. São Paulo: Pancast, 1998.