

ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DE UMA CRIANÇA DISFÁGICA POR HIPOXIA APÓS AFOGAMENTO: ESTUDO DE CASO

The phonoaudiological improvement in a child with dysphagia suffering hypoxic injuries after drowning: case report

Cláudia Moreira Esteves ⁽¹⁾, Cristina Lemos de Barros Furia ⁽²⁾, Andréa Rodrigues Motta ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: descrever a intervenção fonoaudiológica em um caso de disfagia por hipoxia após afogamento. **Métodos:** relato de caso de uma criança de sete anos e quatro meses portadora de disfunção neuromotora do tipo tetraplegia espástica, com quadro de disfagia severo, discutindo as propostas terapêuticas utilizadas para melhora do quadro. **Resultados:** após quinze meses de terapia a paciente passou a se alimentar exclusivamente por via oral, tendo o quadro de disfagia evoluído de severo para moderadamente leve. **Conclusão:** apesar da gravidade do caso, com as técnicas fonoterápicas utilizadas, foi possível observar melhora da funcionalidade da deglutição.

DESCRITORES: Transtornos de Deglutição; Paralisia Cerebral; Anoxia; Afogamento; Fonoterapia; Criança

■ INTRODUÇÃO

Deglutir é uma seqüência motora extremamente complexa que envolve a coordenação de um grande número de músculos. Trata-se do transporte de material da cavidade oral para estômago, não permitindo a entrada de substâncias nas vias aéreas ¹. Exige um controle neuromotor fino com a participação do córtex, do tronco cerebral e dos nervos encefálicos trigêmeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (XI), vago (X), acessório espinhal (XI) e hipoglosso (XII). A deglutição possui quatro fases: preparatória oral, oral propriamente dita, orofaríngea e esofágica. Acrescenta-se a gustação, a salivação e o desejo de se alimentar a uma outra fase: antecipatória ².

A deglutição é um processo dinâmico sendo caracterizada por uma sucessão de fenômenos inter-relacionados. Caso ocorra uma alteração em alguma etapa dessa dinâmica, o paciente poderá apresentar

comprometimento, ocasionando uma dificuldade no trânsito oral a qual é denominada disfagia ³. A disfagia caracteriza-se por uma disfunção que pode acometer uma ou mais fases da deglutição ⁴, sendo considerada um sintoma de uma doença de base ³, que pode trazer sérias conseqüências para saúde do paciente, caso haja aspiração de alimento ou até mesmo de saliva para via respiratória. Em pacientes com comprometimento neurológico, a disfagia é denominada neurogênica, podendo apresentar como característica dificuldade nas fases preparatórias, oral e faríngea ⁵.

As disfagias podem vir associadas a complicações, tais como, desnutrição, pneumonia aspirativa, penetração laríngea, presença de saliva ou restos alimentares no vestíbulo laríngeo antes, durante ou após a deglutição ⁶. Estas complicações são, na maioria das vezes, detectadas em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, traumatismo crânio-encefálico, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, ferimento por arma de fogo e disfunção neuromotora, entre outros ².

O afogamento é considerado uma das três principais causas de morte acidental em crianças e adultos. Caso não ocorra morte pode haver sufocamento, asfixia com ou sem aspiração pulmonar. A asfixia pode levar a hipoxia que ocasiona as lesões neurológicas, sendo responsável pela morbidade a longo prazo ⁷.

(1) Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral, Hospital Governador Israel Pinheiro, Belo Horizonte - MG.

(2) Fonoaudióloga, Doutoranda em Oncologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Clínica de Fonoaudiologia e Oncologia em Cabeça e Pescoço - FONOCAP.

(3) Fonoaudióloga, Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Professora Assistente da Universidade Federal de Minas Gerais.

O suporte nutricional não é difícil para a maioria das vítimas sobreviventes ao afogamento. Geralmente, pela gravidade do evento, as vítimas morrem, ou em casos mais leves, recuperam-se rapidamente e reiniciam a dieta normal em poucos dias. Porém, nos casos de lesões neurológicas, é freqüente a indicação de alimentação enteral⁸.

Todos os órgãos podem ser lesados durante a hipoxia, mas o cérebro é considerado o mais sensível e a lesão é irreversível nos casos de submersão em torno de 3 a 5 minutos⁷.

As manifestações clínicas secundárias geralmente ocorridas em afogamento são, além da seqüela neurológica crônica, inteligência subnormal, disfunção cerebral mínima, quadriplegia espástica, síndrome extrapiramidal, atrofia cerebral e prejuízos neuromusculares⁹. Outra patofisiologia comum de se desenvolver em casos de afogamento é a deficiência neurológica secundária por anoxia ou hipoxia cerebral⁸. Estima-se que entre as crianças que sobrevivem ao afogamento, de 5 a 20% apresentem resíduo de déficit mental¹⁰. Nos casos de sobreviventes que apresentam problemas neurológicos, o prognóstico é considerado melhor em crianças. No entanto, esse prognóstico dependerá do tempo de duração do episódio de hipoxia¹⁰.

A disfunção neuromotora é uma enfermidade caracterizada por um conjunto de perturbações motoras e sensoriais, resultantes de um defeito, lesão, ou agressão ao sistema nervoso, que pode ocorrer antes, durante ou após o parto até os oito anos de idade. Trata-se de um transtorno persistente, mas não invariável, do tônus, postura, e por fim do movimento que pode ou não influenciar a maturação neurológica¹¹.

A disfunção neuromotora classifica-se de acordo com a localização da lesão. Os três tipos mais comuns são: atetose, espasticidade e ataxia. No indivíduo espástico há o comprometimento do sistema piramidal, caracterizando uma hiper-reflexia, aumento do tônus muscular, diminuição de mobilidade, posturas compensatórias, déficit cognitivo e dificuldades nas funções estomatognáticas principalmente sucção e respiração¹². Na deglutição, durante as fases preparatória e oral, as alterações mais comuns, nestes casos, são: lábios retraídos; dificuldade de vedamento labial com presença de escape oral; deficiência de controle dos movimentos de língua; dificuldade de formação e controle do bolo alimentar e aumento do trânsito oral. Na fase orofaríngea pode-se encontrar inadequação de fechamento velofaríngeo e diminuição da peristalse faríngea¹³.

A atuação fonoaudiológica em pacientes portadores de disfunção neuromotora usuários de sonda, que apresentam quadro de disfagia, é fundamental, tanto para a retirada da mesma, como principalmente para a melhora da qualidade de vida do paciente e sua família¹⁴⁻¹⁵. Busca-se desta maneira evitar aspirações

e conseqüentemente broncopneumonias¹⁶.

Sabendo-se das alterações presentes na deglutição de pacientes com seqüelas de disfunção neuromotora por afogamento, o presente trabalho teve por objetivo demonstrar, por meio de um relato de caso, os resultados da intervenção fonoaudiológica precoce e intensiva.

■ MÉTODOS

Este estudo foi baseado no relato de caso de uma criança do gênero feminino de sete anos e quatro meses de idade, portadora de seqüelas de disfunção neuromotora do tipo tetraplegia espástica por hipoxia após afogamento, em tratamento fonoaudiológico por apresentar disfagia. Foram utilizados dados de avaliações, exames e tratamentos realizados por uma equipe multidisciplinar composta por neurologista, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo. O tempo total de fonoterapia para a realização deste estudo foi de 15 meses, com sessões diárias nos primeiros 8 meses, e posteriormente 3 vezes por semana com orientações ao cuidador. A paciente ainda permanece em tratamento para melhora e manutenção do quadro.

Relato de caso: criança com história progressiva sem intercorrências. Em março de 2002 afogou-se na piscina devido ao compressor de cascata ter sugado seus cabelos, sendo que permaneceu por aproximadamente cinco minutos embaixo d'água. Após ter sido retirada da piscina sem respiração, a paciente foi reanimada e encaminhada ao hospital mais próximo para os primeiros socorros. Sofreu três paradas cardio-respiratórias e foi intubada. Permaneceu onze dias internada na UTI pediátrica, sendo quatro em coma. Apresentou convulsões do tipo tônico clônico-generalizada, foi medicada e iniciou o uso de anticonvulsivantes durante a internação hospitalar.

Os exames fonoaudiológicos foram realizados em maio de 2002 e constaram de avaliação clínica e funcional da deglutição. A paciente foi também submetida às avaliações instrumentais de fibronasolaringoscopia e videofluoroscopia da deglutição, com o objetivo de determinar a presença de aspiração e as condutas terapêuticas mais eficazes.

Este relato de caso foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica sob número 109/03, tendo sido considerado como sem risco e com necessidade do consentimento livre e esclarecido do responsável.

■ RESULTADOS

Na avaliação clínica a paciente se encontrava em coma vigil. Observou-se, além da ausência de lingua-

gem; a presença de sialorréia discreta; vedamento labial incompleto com lábios constantemente entreabertos e ressecados; halitose; xerostomia; higiene oral precária; engasgos quando a família tentava introduzir via oral e até mesmo com a própria saliva. A respiração era oral e ruidosa; havia acúmulo de secreção em valécula; ausência de reflexo de tosse; língua com mobilidade reduzida; aumento do tempo do trânsito oral de saliva; elevação laríngea reduzida; reflexo de deglutição muito reduzido; presença dos reflexos de mordida e vômito; hipersensibilidade intra e extra-oral e alteração da sensibilidade gustativa reagindo apenas ao estímulo amargo. A paciente apresentava-se na fase de dentição mista.

O exame funcional com alimento demonstrou total inabilidade para deglutir a consistência pastosa com ausculta cervical alterada e manutenção de restos na cavidade oral, sendo necessária a retirada do alimento pela terapeuta. Devido à inabilidade com pastoso, não foi possível testar as outras consistências. Observaram-se sinais de fadiga como: aumento do tempo de trânsito oral, expressão facial de desconforto, tremor do queixo e alteração respiratória, a qual se tornou ofegante após a tentativa de deglutições.

Após a avaliação clínica, a paciente foi diagnosticada como portadora de disfagia do tipo severa não funcional apresentando alimentação total por métodos alternativos; ingestão por via oral proibida e teste com alimentos realizados somente por especialistas. A classificação da disfagia seguiu os critérios Rehabilitation Institute of Chicago¹⁷.

No exame de fibronasolaringoscopia observou-se: ausência de incompetência palatal; ausência de estase valecular; boa mobilidade laríngea; diminuição discreta do reflexo laríngeo. Na deglutição de alimento pastoso notou-se atraso da fase I (oral), com boa contração faringo-laríngea, além de sinais de microaspirações e reflexo de tosse diminuído.

No exame de videofluoroscopia da deglutição, foi constatado comprometimento oral, evidenciando inadequação na apreensão do bolo; vedamento labial incompleto, com perdas de resíduos alimentares para o meio; movimentos mastigatórios presentes, mas lentificados; trânsito oral muito lento; movimentos linguais tênues, sem ejeção do bolo, fazendo progressão deste, pela ação da gravidade. Também foi possível verificar escapes posteriores, pela base de língua; bloqueio palatofaríngeo ineficaz, com escapes alimentares e pressóricos para a nasofaringe de todas as consistências. O laudo do exame indicou que a paciente apresentava deglutição ineficiente, com trânsito oral muito lento.

A ressonância nuclear magnética evidenciou redução volumétrica do cérebro com evidências de lesão nos núcleos lentiformes, sendo o perfil da espedroscopia sugestivo de encefalopatia hipoxêmica

difusa. A paciente submeteu-se também a outras avaliações como eletroencefalograma, potencial evocado auditivo e visual, tendo sido os resultados discutidos com os profissionais responsáveis.

O tratamento fonoaudiológico, no período do estudo, foi realizado diariamente, sendo que a paciente se encontrava em uso de sonda nasogástrica com via oral suspensa. A família foi orientada sobre as dificuldades observadas no quadro geral da paciente e a importância da participação integrada dos familiares e profissionais envolvidos no tratamento. A família foi ainda orientada quanto à higiene oral diária devido à halitose e presença de placas decorrentes da má higiene oral, independente do início da via oral. Foi sugerido o uso de pasta anti-brasiva, escova macia e anti-séptico bucal. Deve-se ressaltar que a boca é um local de alto índice de colonização de microorganismos, sendo que a higiene oral precária, geralmente pode estar associada à pneumonia aspirativa.

No primeiro mês foram utilizadas técnicas indiretas e passivas, devido ao déficit cognitivo grave da paciente, tais como: estimulação térmica do reflexo de deglutição; massagens intra, extra-orais e com escova de dente macia isolada e acoplada ao vibrador; estimulação gustativa com sabores diferentes e estimulação do reflexo de tosse que se encontrava ausente. No segundo mês, além das técnicas indiretas, passou-se a usar as técnicas passivas diretas com a realização de exercícios e introdução de alimento pastoso via oral na temperatura gelada. Os objetivos dessa técnica foram promover a estimulação térmica, aumentar a propriocepção, reduzir o tempo do trânsito oral e início da contração faríngea, além de estimular a função da deglutição. A alimentação pastosa foi introduzida em pequenos volumes usando a manobra de cabeça fletida para baixo visando maior fechamento das vias aéreas inferiores. A paciente foi mantida sentada com postura ereta (em 90°), evitando hiperextensão de cabeça.

Durante os dois primeiros meses foram realizadas sessões concomitantes com a fisioterapeuta respiratória, com o objetivo de redução da secreção antes da introdução da via oral. O profissional também aspirava a paciente após a estimulação direta com alimento, com intuito de verificar a existência de resíduos alimentares em valéculas e seios piriformes, evitando aspiração. Para realização desse procedimento utilizou-se sopa colorida com anilina culinária azul, para que fosse mais fácil a detecção do alimento.

No início da introdução de via oral foi necessário o uso da manobra de deglutições múltiplas, que tem como função realizar a limpeza completa dos resíduos em recessos faríngeos, evitando o risco de aspiração após deglutição. Outro procedimento adotado, quando a respiração tornava-se ruidosa, foi a técnica de estimulação do reflexo de tosse forçada para ga-

rantir uma deglutição mais segura e eficiente. Após dois meses e meio de terapia a paciente já era capaz de desencadear reflexo de tosse voluntária e automaticamente na presença de resíduos em valéculas, não sendo mais necessário o uso destas técnicas.

Após três meses de terapia, o cuidador foi orientado para realizar a introdução da dieta via oral. Aconselhou-se com relação ao posicionamento adequado, uso de alimento pastoso oferecido em colher de 5 ml, sendo as porções de 100 ml. Caso houvesse algum sinal sugestivo de penetração ou aspiração e a paciente não desencadeasse tosse espontânea, o cuidador deveria estimular o reflexo de tosse para garantir uma deglutição segura, além da executar algumas manobras realizadas nas sessões de terapia, respeitando sempre os sinais de fadiga da paciente.

Após quatro meses de tratamento e discussão do caso com o neurologista e a família, optou-se pela retirada da sonda nasogástrica e aumento gradativo da dieta exclusivamente por via oral. Esta foi iniciada com 100 ml evoluindo para 150 ml de alimento na consistência pastosa. Nesse período nenhum sinal clínico de aspiração foi observado. No entanto, a hidratação teve que ser realizada por líquidos engrossados (suco de manga ou goiaba gelado), que eram oferecidos nas laterais do vértice, para melhor controle, associado ao uso da manobra de cabeça fletida para baixo. O treino com o líquido fino (água) iniciou-se com 2 ml, na temperatura gelada e mantendo a mesma manobra postural de cabeça.

Foram realizados contatos constantes com os demais profissionais envolvidos no caso como neurologista, pediatra, nutricionista, fisioterapeuta, a fim de se discutir o quadro da paciente.

Após a primeira alta hospitalar, a criança iniciou tratamento fisioterápico, em casa, com orientações do Hospital Sarah Kubistchek (fisioterapia passiva). Submeteu-se também à fisioterapia respiratória e terapia visual durante os dois primeiros meses, ambas sem continuidade e resultados satisfatórios. Ao final do estudo, a criança realizava tratamento fisioterápico ativo duas vezes por semana.

Após 15 meses de acompanhamento fonoaudiológico a paciente encontrava-se nutrida e hidratada, alimentando-se bem por via oral e com reflexo de tosse eficaz. A alimentação vinha sendo oferecida pelo cuidador, na consistência pastosa e líquida engrossada sem sinais indicativos de aspiração, com uso de manobras necessárias para manutenção de uma alimentação segura. A disfagia caracterizava-se por um quadro moderadamente leve¹⁷.

Embora esta criança apresentasse problemas de linguagem, o tratamento priorizou a retirada da sonda e restabelecimento de uma alimentação segura por via oral. Buscou-se desta maneira evitar complicações clínicas, manter a paciente em estado nutricional adequado, hidratada, com integridade

pulmonar, visando principalmente à preservação do prazer de se alimentar.

■ DISCUSSÃO

A criança estudada apresentava algumas características típicas de disfunção neuromotora do tipo espástica que podem ser consideradas como causa do quadro disfágico encontrado. Na prática clínica o atendimento fonoaudiológico da criança disfágica portadora desta alteração transformou-se em função do reconhecimento da disfagia como um sintoma que deve ser tratado o mais precocemente possível¹⁸. Tal postura trouxe como consequência uma mudança radical na intervenção fonoaudiológica, uma vez que o enfoque, antes restrito a adequação da fase oral da deglutição e linguagem, foi ampliado para abranger, também, a manutenção da qualidade de vida da criança, seu estado nutricional, de hidratação e a redução do risco de aspiração de alimentos².

Sendo o processo terapêutico único para cada paciente e baseado em sua avaliação individual, a fonoterapia neste caso teve como objetivo restabelecer a alimentação por via oral mantendo a nutrição adequada. Os achados da avaliação clínica e dos exames complementares corresponderam ao que a bibliografia descreve^{11,16,19} com relação à patologia neurológica da criança com disfunção neuromotora, uma vez que foi observada dificuldade de controle oral e global provocando transtorno no processo de deglutição²⁰.

Dentre os padrões orais verificados na literatura, alguns podem ser observados na paciente como: protrusão de língua; hiper-reflexo de gag; hipersensibilidade oral; reflexo de mordida; disfunção de lábio e língua. No entanto, é importante ressaltar que os padrões orais variam de acordo com cada criança¹⁸.

Apesar do exame de videofluoroscopia da paciente ter apresentado vários indícios de possível aspiração, principalmente na fase oral e faríngea, a criança até o momento final da pesquisa não havia apresentado nenhum episódio de pneumonia. Um estudo, realizado com pacientes portadores de disfunção neuromotora²¹, demonstrou que o grau de severidade das alterações da fase oral não é preditivo de aspiração, nem determinante no prognóstico das disfagias²². Entretanto, a sonda nasogástrica foi recolocada várias vezes durante o tratamento para manutenção dos estados de nutrição e hidratação da paciente, que devido à intercorrências clínicas, adaptações de medicamentos e internações frequentes encontrava-se impedida de manter uma alimentação segura por via oral.

O sincronismo da fase oral (ejeção oral) e os mecanismos protetivos laríngeos contribuem para a passagem do alimento pela transição faringoesofágica

de forma adequada²³. Tendo a paciente desse estudo vedamento labial incompleto, ausência de movimentos de língua e paresia faríngea, hipersensibilidade extra e intra-oral, possivelmente não havia pressão suficiente e adequada para impulsionamento do bolo. A literatura considera que exista relação entre o desempenho da fase oral e da laríngea, sendo que quanto maior a força de propulsão do alimento, melhor o fechamento das vias aéreas¹³. Pôde-se perceber que as alterações encontradas na fase oral e o sincronismo das funções prejudicaram todo o processo de deglutição. Assim, a ausência de vedamento labial impossibilitou a manutenção da pressão intra-oral e o movimento propulsor da língua para direcionar o bolo alimentar para a faringe. Desta forma, a ineficiência do vedamento labial da paciente acabou afetando o mecanismo pressórico e, conseqüentemente, o transporte do alimento²⁴.

Durante o tratamento, além da manutenção da postura corporal, foram utilizadas técnicas indiretas passivas como as estimulações sensoriais, propioceptivas e térmicas. A paciente apresentou progresso durante a fase de intervenção indireta, como a redução do tempo de trânsito oral para a faringe, ausência de escape oral, redução de engasgos, aumento da ocorrência de tosses efetivas na presença de resíduos na hipofaringe, diminuindo-se assim os riscos de aspiração e de infecções de vias aéreas superiores²⁵. No entanto, vale ressaltar que a diminuição total de aspiração traqueal nem sempre é alcançada, apesar de se poder minimizar os riscos com os controles realizados¹⁸.

Durante a intervenção e com uso de técnica direta alimentar buscou-se atuar de forma integrada com a Nutrição e Fisioterapia. A alimentação mista aos poucos foi sendo substituída pela alimentação exclusiva por via oral. Sinais indicativos de fadiga e aspiração, como tosse e engasgo, não foram observados e a paciente manteve status nutricional e condições pulmonares favoráveis.

Independente da via alternativa de alimentação, oral ou enteral, é importante que o paciente com disfunção neuromotora seja posicionado adequadamente, o que facilitará tanto a inibição de reflexos/reações patológicas, quanto à mobilidade da musculatura orofaríngea e à passagem do alimento pelo adequado esvaziamento gástrico, evitando a presença de engasgos, refluxo e possíveis broncoaspirações¹⁶. A alimentação é facilitada com a estabilidade de pescoço e cabeça²⁶. A postura mais indicada inclui pescoço alongado sem flexão de cabeça com os ombros abaixados e simétricos; alongamento simétrico de tronco; posição simétrica e estável da pélvis, estabilidade de quadril e pés simétricos e apoiados¹¹. O paciente deve permanecer sentado com a cabeça centrada, seja no colo ou no carrinho adaptado. Quando o paciente permanece constantemente acamado deve-se elevar o tronco pelo

menos a 45 graus, proporcionando também a flexão de quadril². Foi possível observar no caso estudado que os cuidados referentes à postura favoreceram a reabilitação da paciente.

Para os indivíduos com déficit cognitivo e que apresentam atraso do reflexo de deglutição, além da adequação da postura, a manobra de cabeça fletida para baixo é uma estratégia recomendada, pois possibilita a realização de forma passiva, aumenta o espaço valecular e conseqüentemente pode permitir acúmulo do alimento, protegendo as vias aéreas superiores da aspiração antes da deglutição. Essa técnica mostrou-se bastante útil com pacientes neurológicos^{13,27}, como no caso relatado no presente estudo. De acordo com a literatura, nos exames de videofluoroscopia da deglutição realizados com flexão de cabeça foram constatadas as seguintes ocorrências: diminuição da tendência de aspiração; melhora no vedamento da laringe, com melhor fechamento das válvulas; abaixamento mecânico da epiglote, favorecendo a proteção da laringe; alargamento do diâmetro sagital da faringe e inibição de alguns padrões motores orais.

Durante a intervenção foi desenvolvido um trabalho interdisciplinar discutindo as condutas com outros profissionais envolvidos, proporcionando atendimento integral ao paciente²⁸⁻²⁹. Com o nutricionista foram abordados: o estado geral nutricional da paciente, o uso de dieta caseira no lugar da industrializada e a relação de calorias necessárias para o desenvolvimento adequado da mesma. Os resultados obtidos junto à fisioterapia respiratória foram fundamentais para continuidade da introdução da via oral com segurança, uma vez que houve uma melhora da função respiratória, promovendo higiene brônquica, melhorando a complacência tóraco-pulmonar e promovendo a recuperação e manutenção da força muscular³⁰.

Com o neurologista discutiu-se sobre os episódios de convulsão e sobre a medicação prescrita, as medicações anticonvulsivantes aumentaram a secreção e os relaxantes musculares exacerbaram o quadro disfágico com aumento do tempo de início da fase faríngea, redução da elevação laríngea e regurgitamento nasal. Ademais, a medicação causou um quadro de prostração excessiva na paciente que permanecia a maioria do tempo dormindo. Com esses resultados, após um mês de uso, a equipe optou pela suspensão do medicamento, apesar do mesmo ter contribuído favoravelmente para o tratamento fisioterápico e relaxamento muscular.

Durante o atendimento da paciente, pôde-se constatar que o uso da medicação e as trocas ocorridas abalaram seu estado nutricional, já que frente à apatia e sonolência constatou-se piora da deglutição²⁷. Os sedativos administrados nos casos de problemas comportamentais podem produzir letargia e/ou depressão sensorial ocasionando disfagia iatrogênica³¹. A administração de neuropiléticos pode induzir o apa-

recimento de distúrbios do movimento que poderiam interferir de forma negativa na postura e na coordenação dos estágios orais e faríngeos da deglutição³².

Deve-se ressaltar ainda que a intervenção abrangeu tanto o atendimento à criança, quanto à sua família. As orientações foram fornecidas gradualmente e integradas à rotina da vida do paciente e de sua família. Deve-se sempre estar atento aos limites da família tanto em relação ao seu estado emocional quanto à disponibilidade pessoal para cumprir as orientações. Entretanto, qualquer terapia será comprometida caso a família não colabore, uma vez que a continuidade do trabalho torna o tratamento mais efetivo.

Pôde-se perceber que no final de um período de 15 meses de reabilitação fonoaudiológica, a paciente evoluiu de uma disfagia severa para um quadro de disfagia moderadamente leve que varia de acordo com suas condições clínicas, sendo possível a introdução da via oral sem riscos de aspiração e desenvolvimento de broncopneumonias. A associação das técnicas passivas diretas e indiretas proporcionou um

resultado positivo na medida em que a paciente conseguiu maior funcionalidade no ato de deglutir. O treino direto e funcional com alimento, exceto com o líquido pelo risco maior de aspiração, auxiliou no desenvolvimento de maior eficácia e habilidade na função deglutição. Portanto, os resultados limitados apresentados pela paciente são coerentes com o quadro clínico instável; extensão da lesão e participação reduzida da família no processo terapêutico.

■ CONCLUSÃO

Com base nas evidências encontradas, verificou-se que, com técnicas específicas de fonoterapia, apesar das limitações clínicas do quadro, foi possível melhorar a funcionalidade da deglutição, neste caso de disfagia por hipoxia após afogamento; a qualidade de vida da paciente e de sua família. A deglutição tornou-se mais confortável, sem tosses e engasgos e sem a necessidade de manobras facilitadoras com o decorrer do tratamento.

ABSTRACT

Purpose: to describe speech therapy in patients with swallowing alterations who has suffered hypoxic injuries after drowning. **Methods:** case report of a child, who is seven years and four months old, with spastic type cerebral palsy – showing a severe dysphagia, discussing the therapeutic proposals used for the healing process and for the child to get better. **Results:** after fifteen months of therapy, the patient could eat exclusively orally and sever dysphagia became moderate. **Conclusion:** despite the gravity of the case, by using speech therapy, it was possible to observe that the swallowing process have been improved.

KEYWORDS: Deglutition Disorders; Cerebral Palsy; Anoxia; Drowning; Speech Therapy; Child

■ REFERÊNCIAS

- Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. Disfagia: avaliação e tratamento. São Paulo: Revinter; 2003.
- Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise; 2000.
- Santini CS. Disfagia neurogênica. In: Furkim AM, Santini CS, organizadores. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba: Pró-Fono; 1999. p. 19-34.
- Furkim AM, Martinez SO. Fonoaudiologia disfagia: conceito, manifestações, avaliação e terapia. In: Collectanea Symposium: Disfagia Orofaríngea Neurogênica. São Paulo: Frôntis; 1998. p. 3-8.
- Buchholz DW. Dysphagia associated with neurological disorders. Acta Otorhinolaryngol Belg 1994; 48(2):143-55.
- Morris SE. Development of oral-motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings. Dysphagia 1989; 3(3):135-54.
- Bratton SL, Jardine DS, Morray JP. Serial neurologic examinations after near drowning and outcome. Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 148(2):167-70.
- Griest KJ, Zumwalt RE. Child abuse by drowning. Pediatrics 1989; 83(1):41-6.
- Wyngaarden JB, Smith LH. Cécil textbook of medicine. 17. ed. New York: W. B. Saunders Company; 1985.
- Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD. Principles internal medicine. 9. ed. New York: McGraw-Hill; 1985.
- Limongi SCO. Paralisia cerebral. In: Tabith A. Foniatria. São Paulo: Cortez; 1995. p. 77-117.
- Rios R. Disfagia neurogênica infantil. Rev CEFAC 2000; 2(2):84-90.
- Logemann J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Austim: Pro-ed;1983.
- Logemann JA, Pauloski BR, Colangelo L, Lazarus C, Fujiu M, Kahrilas PJ. Effects of a sour bolus

- on oropharyngeal swallowing measures in patients with neurogenic dysphagia. *J Speech Hear Res* 1995; 38(3):556-63.
15. Bisch EM, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrilas PJ, Lazarus CL. Pharyngeal effects of bolus volume, viscosity, and temperature in patients with dysphagia resulting from neurologic impairment and in normal subjects. *J Speech Hear Res* 1994; 37(5):1041-59.
 16. Monreal MCL, Moraes MGP. Paralisia cerebral. In: Rios IJA. *Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar*. São Paulo: Pulso; 2004. p. 97-107.
 17. Rehabilitation Institute of Chicago. *Clinical management of dysphagia in adults and children*. 2. ed. Chicago: Aspen; 1994.
 18. Frazão YS. Fonoterapia em crianças disfágicas com encefalopatia crônica não evolutiva. In: Junqueira P, Dauden ATBC. *Aspectos atuais em terapia fonoaudiológica*. v. 2. São Paulo: Pancast; 2002. p. 81-106.
 19. Furkim AM. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: Furkim AM, Santini CS. *Disfagia orofaríngeas*. São Paulo: Pró-Fono; 1999. p. 229-58.
 20. Pinnington L, Hegarty J. Effects of consistent food presentation on efficiency of eating and nutritive value of food consumed by children with severe neurological impairment. *Dysphagia* 1999; 14(1):17-26.
 21. Perlman AL, Booth BM, Grayhack JP. Videofluoroscopic predictors of aspiration in patients with oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia* 1994; 9(2):90-5.
 22. Mirrett PL, Riski JE, Glascott J, Johnson V. Videofluoroscopic assessment of dysphagia in children with severe spastic cerebral palsy. *Dysphagia* 1994; 9(3):174-9.
 23. Costa MMB, Nova JL, Carlos MT, Pereira AA, Koch HA. Videofluoroscopia um novo método. In: Macado EF, Pisani JC, Carneiro J, Gome G, Kleiner M. *Disfagia abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Frôntis; 1998. p. 3-58.
 24. Helfrich-Miller KR, Rector KL, Straka JA. Dysphagia: its treatment in the profoundly retarded patient with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67(8):520-5.
 25. Mueller H. Alimentação. In: Finnie NA, organizador. *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. 2. ed. São Paulo: Manole; 1980. p. 131-53.
 26. Gisel EG, Alphonse E, Ramsay M. Assessment of ingestive and oral praxis skills: children with cerebral palsy vs. controls. *Dysphagia* 2000; 15(4):236-44.
 27. Baker DM. Assessment and management of impairments in swallowing. *Nurs Clin North Am* 1993; 28(4):793-805.
 28. Martens L, Cameron T, Simonsen M. Effects of a multidisciplinary management program on neurologically impaired patients with dysphagia. *Dysphagia* 1990; 5(3):147-51.
 29. Saltzman LS, Rosenberg CH, Wolf RH. Brainstem infarct with pharyngeal dysmotility and paralyzed vocal cord: management with a multidisciplinary approach. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74(2):214-6.
 30. Ghion LG. Fisioterapia respiratória. In: Rios IJA. *Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar*. São Paulo: Pulso; 2004. p. 55-63.
 31. Buchholz DW. Oropharyngeal dysphagia due iatrogenic neurological dysfunction. *Dysphagia* 1995; 10(4):248-54.
 32. Furia CLB. Abordagem interdisciplinar na disfagia orofaríngea. In: Rios IJA. *Conhecimentos essenciais para atender bem em fonoaudiologia hospitalar*. São Paulo: Pulso; 2004. p. 31-44.

RECEBIDO EM: 17/05/05

ACEITO EM: 15/08/05

Endereço para correspondência:
 Rua Honorina Esteves Gianetti, 377
 Belo Horizonte — MG
 CEP: 31710-170
 Tel: (31) 34416016/ 99736986
 E-mail: rjc@terra.com.br