

# DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÊNICA: PRINCIPAIS FATORES DETERMINANTES DA RECUSA ALIMENTAR NO PACIENTE PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL DO TIPO ESPÁSTICO INSTITUCIONALIZADO\*

## NEUROGENIC OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA: PRINCIPAL DETERMINING FACTORS FOR FEEDING REFUSAL IN INSTITUTIONALIZED SPASTIC CEREBRAL PALSY PATIENTS

Ariane Morais Gomes<sup>1</sup>  
Cláudia Regina Grandino Novaes<sup>1</sup>  
Vicente José Assencio-Ferreira<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** verificar os principais fatores que determinam a recusa alimentar nos pacientes institucionalizados com paralisia cerebral do tipo espástico. **Métodos:** foi avaliada a deglutição de 22 pacientes portadores de paralisia cerebral do tipo espástico institucionalizados, sendo 9 com recusa alimentar e 13 sem recusa alimentar. **Resultados:** dos pacientes com recusa alimentar, 7 (78%) não apresentavam controle cervical e tinham tosse em algum momento da deglutição; o reflexo de deglutição estava ausente ou atrasado em 8 (89%) e todos apresentavam dificuldade de posicionamento para se alimentar. A consistência do alimento interferiu na eficiência da deglutição nos 9 pacientes com recusa alimentar. **Conclusão:** os fatores determinantes da recusa alimentar nas crianças com paralisia cerebral espástica institucionalizadas analisadas foram: a idade (quanto mais jovem, maior a chance de recusa alimentar); o não-controle cervical; tosse em algum momento da deglutição; reflexos orais patológicos exacerbados; dificuldade de posicionamento no momento da alimentação; ausência do reflexo de deglutição; sabor/consistência alimentar; e alterações respiratórias.

**Descritores:** transtornos da deglutição; transtornos da alimentação; conduta na alimentação; paralisia cerebral; criança institucionalizada; criança; pré-escolar; adolescência.

### ■ INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) refere-se aos quadros de lesões neurológicas ocorridas no cérebro em desenvolvimento, que causam danos permanentes.<sup>(1)</sup> Dentre seus diferentes tipos, está o espástico, que será abordado neste trabalho e que é caracterizado por aumento de tono muscular global, hiper-reflexia, déficits motores, entre outros.<sup>(1)</sup>

Os comprometimentos neurológicos decorrentes da PC do tipo espástico podem provocar seqüelas motoras globais, de linguagem, de fala e na dinâmica da deglutição, levando a distúrbios nesse processo, que são denominados de disfagia neurogênica. Esse transtorno da deglutição, associado a severas disfunções oromotoras e motoras, está potencialmente ligado às dificuldades no momento do ato de alimentar e, também, determinando recusa alimentar, pois a disfagia orofaríngea neurogênica refere-se à dificuldade no trânsito do bolo alimentar ao nível oral e/ou faríngeo.<sup>(2)</sup>

\*Trabalho realizado no CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.

<sup>1</sup>Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC).

<sup>2</sup>Doutor em Medicina (Neurologia) pela Universidade de São Paulo (USP).

A severa inabilidade motora e a disfunção oromotora existentes no PC espástico<sup>(2)</sup> são observadas na atuação fonoaudiológica, e a recusa alimentar está presente em um número bastante significativo de pacientes. O conhecimento de quais fatores podem facilitar o surgimento dessa sintomatologia pode ser um determinante na melhoria do atendimento.

Assim, o objetivo desta pesquisa é determinar quais os fatores que podem ocasionar recusa alimentar em crianças com PC do tipo espástico.

## ■ MÉTODOS

Foi aplicado protocolo de avaliação da deglutição em 22 pacientes portadores de PC do tipo espástico, com idade entre 11 meses e 19 anos, da instituição CEPAC – Criança Especial de Pais Companheiros, na cidade de Jacareí – SP, durante o primeiro semestre de 2001.

Na avaliação clínica da deglutição, utilizou-se dieta via oral, nas consistências líquida (água), pastosa fina (Bliss), pastosa grossa (papinha), sólida (bolacha de maisena), e observaram-se alguns fatores, como recusa alimentar, presença/ausência de controle cervical, presença/ausência de tosse antes, durante e/ou depois da deglutição, presença/ausência de reflexos orais patológicos, dificuldade de posicionamento para se alimentar, interferência de consistência, sabor e temperatura dos alimentos, reflexo de deglutição presente, ausente ou atrasado e alterações respiratórias.

Fatores como utensílios utilizados e pessoa que administrou a dieta foram excluídos, uma vez que os pacientes foram avaliados com os utensílios de costume e pelas fonoaudiólogas responsáveis pelos casos, sendo assim esses fatores não interferiram na observação.

Apesar de reconhecermos que a presença de refluxo gastroesofágico pode levar a um extremo desconforto durante a alimentação, resultando freqüentemente na recusa alimentar,<sup>(3)</sup> a excluímos da pesquisa pela dificuldade de encaminhamento e de diagnóstico médico na rede pública de saúde.

Demais fatores observados na avaliação, como vedamento do esfíncter labial, escape de alimentos pelas comisuras labiais, incoordenação de língua, dificuldade de propulsão do bolo alimentar, elevação da laringe, presença de resíduos alimentares na língua e/ou vestibulos após a deglutição, foram excluídos, uma vez que os 22 pacientes avaliados apresentaram esses aspectos alterados.

Dos 22 pacientes avaliados, 9 apresentavam recusa alimentar e foram denominados de Grupo I e 13 não apresentavam recusa alimentar, denominados de Grupo II.

## ■ RESULTADOS

No Grupo I, em 7 (cerca de 78%) dos pacientes, o controle cervical não estava estabelecido, enquanto que, no Grupo II, somente em 4 (cerca de 30%) (Tabela 1).

A tosse em algum momento da deglutição ocorreu em 7 (cerca de 78%) dos pacientes do Grupo I e em apenas 2 (cerca de 15%) do Grupo II (Tabela 1).

A presença de algum tipo de reflexo oral patológico ocorreu em 6 (cerca de 67%) dos pacientes do Grupo I e em 2 (cerca de 15%) do Grupo II (Tabela 1).

Em todos os casos do Grupo I, a consistência e o posicionamento foram fatores que dificultaram a eficiência da deglutição, enquanto que no Grupo II essa interferência ocorreu em 5 (cerca de 38,5%) (Tabela 1).

O sabor interferiu em 5 (55,5%) dos casos do Grupo I e em apenas 2 (cerca de 15%) dos pacientes do Grupo II (Tabela 1).

O reflexo de deglutição estava atrasado em 8 (cerca de 89%) do Grupo I e em 6 (cerca de 46%) do Grupo II (Tabela 1).

As alterações respiratórias foram observadas em 6 (cerca de 67%) dos pacientes do Grupo I e em apenas 1 (cerca de 8%) do Grupo II (Tabela 1).

O sexo não foi fator diferencial entre os dois grupos (Tabela 1), pois ambos eram constituídos por cerca de 2/3 do sexo masculino e 1/3 do sexo feminino, o que demonstra apenas a maior ocorrência de paralisia cerebral entre os meninos. Mas, a idade pode ser considerada um fator determinante de recusa alimentar, pois no Grupo I a média de idade foi de 3 anos e 6 meses e, no Grupo II, de 12 anos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Fatores associados a recusa alimentar entre 22 crianças com paralisia cerebral do tipo espástico institucionalizados

<b>Fator</b>	<b>Grupo I (com recusa alimentar)</b>	<b>Grupo II (sem recusa alimentar)</b>
Idade (média)	3 anos 7 meses	12 anos
Não-controle cervical	78% (7 em 9)	30% (4 em 13)
Tosse durante alimentação	78% (7 em 9)	15,5% (2 em 13)
Reflexos orais exacerbados	67% (6 em 9)	15,5% (2 em 13)
Consistência do alimento	100% (9 em 9)	38,5% (5 em 13)
Posicionamento	100% (9 em 9)	38,5% (5 em 13)
Sabor	55,5% (5 em 9)	15,5% (2 em 13)
Reflexo de deglutição	89% (8 em 9)	46% (6 em 13)
Alterações respiratórias	67% (6 em 9)	7,5% (1 em 13)

## ■ DISCUSSÃO

Cerca de 2/3 das crianças com PC possuem alterações referentes à alimentação, relacionadas com severos prejuízos motores e oromotores por serem espásticos e ainda por apresentarem recusa alimentar.<sup>(4)</sup> Nesta pesquisa observamos um índice inferior, de cerca de 41%.

A consistência dos alimentos é referida como fator que influencia diretamente na eficiência da deglutição.<sup>(3)</sup> A consistência inadequada dos alimentos pode causar riscos de engasgos, estresse e desestimular outras tentativas de introdução de dieta via oral.<sup>(3,5)</sup> No presente estudo tornou-se evidente a importância da administração de alimentos com determinadas consistências, uma vez que esta foi fator determinante em 100% dos casos que apresentaram recusa alimentar (Grupo I). No Grupo II, que não houve recusa, apenas 5 (38,5%) dos 13 casos apresentaram dificuldade em relação à consistência.

A recusa alimentar diminui à medida que vão sendo modificadas as consistências, propiciando assim maior prazer durante a alimentação.<sup>(3)</sup> Assim, a escolha do alimento oferecido para a criança é de extrema importância. Devem-se listar os mais fáceis, os mais difíceis e os de sua preferência. Observar, além da textura e consistência, o sabor desses alimentos, a fim de tornar o momento da alimentação mais confortável e com menor esforço possível.<sup>(6)</sup>

No Grupo I, que apresentou recusa alimentar, o sabor interferiu em 55% dos casos, já no grupo que não houve recusa, esse número foi de apenas 15%. Ressalte-se que neste estudo houve preferência pelo sabor doce.

Nos resultados referentes a idade, verificou-se média de 3 anos e 7 meses no Grupo I e de 12 anos no Grupo II, achados estes que concordam com os demais estudos, os quais relatam que, no PC espástico, o maior risco de desenvolver problemas de alimentação é na primeira infância.<sup>(4)</sup>

O encontro de 7 crianças entre as 9 com recusa alimentar (77%) de ausência de controle cervical e 100% de dificuldade de posicionamento no Grupo I faz, muito provavelmente, que esses fatores sejam determinantes da recusa alimentar. É sabido que as crianças dependentes de seus cuidadores na alimentação, por não apresentarem controle cervical e torácico, acabam não controlando eficientemente o bolo alimentar no trânsito oral.<sup>(2,7)</sup> A alimentação é facilitada com a estabilidade de cabeça e pescoço.<sup>(7)</sup>

Se o reflexo de deglutição está atrasado ou ausente, as vias aéreas permanecem abertas e desprotegidas, criando risco de aspiração antes, durante e/ou depois da deglutição.<sup>(8)</sup>

Associados esses fatores à ineficiência da organização oral do bolo alimentar e ao tempo e à incoordenação do movimento, podem ainda agravar o risco de aspiração e portanto aumentar o risco de desenvolvimento de patologias respiratórias.<sup>(8)</sup>

Crianças com alterações respiratórias, freqüentemente, têm sua proteção do sistema respiratório vulnerável, além da inabilidade na coordenação da deglutição e respiração; e, com o comprometimento dessas habilidades, a alimentação torna-se assustadora e desconfortável, favorecendo a recusa alimentar.<sup>(6,8)</sup>

Neste estudo pôde-se confirmar os relatos acima, na medida em que 7 em 9 (78%) dos casos do Grupo I apresentaram reflexo de deglutição ausente ou atrasado; a presença de alterações respiratórias ocorreu em 6 (67%) e 7 (78%) apresentaram tosse antes, durante e/ou depois da deglutição ter sido iniciada.

Compararam-se esses números com os do Grupo II e apenas 46% possuíam reflexo de deglutição ausente ou atrasado; 7,5% apresentaram alguma alteração respiratória; e 15% apresentaram tosse em algum momento da deglutição.

Dessa forma pode-se referir que estes também são fatores que contribuíram para a recusa alimentar.

No desenvolvimento normal de uma criança, os reflexos primitivos desaparecem com o tempo; no entanto, no portador de paralisia cerebral, eles permanecem.<sup>(9,10)</sup> Os reflexos de mordida, sucção, vômito e outros podem alterar e impedir a eficiência do trânsito do bolo alimentar.<sup>(9)</sup>

Concordando com esse relato, os pacientes do Grupo I apresentaram reflexos orais patológicos exacerbados em 67% dos casos e, no Grupo II, em apenas 15%.

A deglutição eficiente é aquela em que, mesmo existindo alterações nos mecanismos da fase orofaríngea, há possibilidades de introdução de dieta oral, sem que haja risco de aspiração.<sup>(11,12)</sup>

Viabilizar a execução de uma deglutição eficiente não só contribui para minimizar os comprometimentos pulmonares e nutricionais,<sup>(12)</sup> mas também para minimizar o surgimento ou a persistência da recusa alimentar.<sup>(2,5,6)</sup>

## ■ CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que os fatores que determinaram recusa alimentar nesse grupo de pacientes portadores de paralisia cerebral espástica foram:

1. Idade (quanto mais jovem a criança com PC espástica, maior a possibilidade de recusa alimentar).
2. O não-controle cervical.
3. Presença de tosse em algum momento da deglutição.
4. Presença de reflexos orais patológicos exacerbados.
5. Dificuldade de posicionamento durante a administração da dieta.
6. Consistência e sabor dos alimentos.
7. Ausência ou atraso do reflexo de deglutição.
8. Presença de alterações respiratórias.

## ABSTRACT

**Purpose:** to check the main factors that determine food refusal in institutionalized patients with spastic cerebral palsy.

**Methods:** we analyzed the swallowing in 22 institutionalized patients with spastic cerebral palsy, nine (about 41%) had food refusal and 13 didn't have food refusal. **Results:** from the ones who had food refusal, seven (78%) did not have cervical control and had cough sometime during swallowing; eight (89%) had absent or delayed swallowing reflex and all of them had difficulty to find a position for feeding. The food consistency interfered in swallowing efficiency in the 9 patients with food refusal. **Conclusion:** age (younger people have more chance to refuse feeding) cough during swallowing, presence of pathologic oral reflexes, difficulty in positioning, consistency and taste of foods, absence or delay in swallowing reflex, are determining factors, for food refusal, in the studied institutionalized patients with spastic cerebral palsy.

**Keywords:** deglutition disorders; eating disorders; child, institutionalized; feeding behavior; cerebral palsy; child; child, preschool; adolescence.

## REFERÊNCIAS

1. Buchkols DW, Robbins J. Neurologic diseases affecting oropharyngeal swallowing. In: Peralman A, Schulze-Delrieu K. Deglutition and its disorders. San Diego: Singular; 1997.
2. 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;14:17-26.
3. Shore BA, Babbitt RL, Williams KE; Coe DA; Snyder A. Use of texture feeding in the treatment of food selectivity. *J App Behav Anal* 1998;31:621-33.
4. Dahl M, Thommessen M, Rasmussen M, Selberg T. Feeding and nutritional characteristics in children with moderate or severe cerebral palsy. *Acta Paediatr* 1996;85:697-701.
5. Morris SE. Development of oral-motor skills in the neurologically impairment child receiving non-oral feedings. *Dysphagia* 1998;3:135-54.
6. Haberfellner H, Schwartz S, Gisel EG. Feeding skills and growth after one year of intraoral appliance therapy in moderately dysphagic children with cerebral palsy. *Dysphagia* 2001;16:83-96.
7. Gisel EG, Alphonse E, Ramsay M. Assessment of ingestive and oral praxis skills: children with cerebral palsy vs. controls. *Dysphagia* 2000;15:236-44.
8. Gisel EG, Schwartz S, Petryk A, Clarke D, Haberfellner H. "Whole body" mobility after one year of intraoral appliance therapy in children with cerebral palsy and moderate eating impairment. *Dysphagia* 2000;15:226-35.
9. Santini CS. Disfagia neurogênica. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba: Pró-fono; 1999.
10. Tabith Jr A. Foniatria: disfonias. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 1986.
11. Silva RG. Disfagia neurogênica em adultos pós acidente vascular encefálico: identificação e classificação [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (Escola Paulista de Medicina); 1997.
12. Silva RG. Disfagia orofaríngea: as relações dos achados clínicos e objetivos com a definição das técnicas terapêuticas. In: I Jornada Internacional de ORL, II Jornada de Fonoaudiologia. São Paulo (SP); 1998.

Recebido para publicação em: 6/08/2001

Aceito em: 02/10/2001

Endereço para correspondência

Nome: Ariane Moraes Gomes

Endereço: Praça Mons. Ascânio Brandão, 11/71 – CEP: 12.245-440 – São José dos Campos – SP

Fone: (12) 3921-1661

e-mail: arianemoraes@yahoo.com