

Aula 30 – Estudo de Casos Clínicos: Pediatria e Gerontologia

Desenvolver Raciocínio Clínico

Aplicar conhecimentos teóricos a casos reais em pediatria e gerontologia

Analisar Processos

Compreender avaliação, diagnóstico e planejamento terapêutico

Aplicar Estratégias

Utilizar protocolos específicos para cada caso clínico

Reforçar Conceitos

Importância da neuroplasticidade e abordagem interdisciplinar

Introdução: Da Teoria à Prática Clínica

Bem-vindos à Aula 30! Hoje, faremos a ponte essencial entre o conhecimento teórico que acumulamos e a realidade vibrante e desafiadora da prática clínica. O estudo de casos é a alma da nossa profissão, pois cada paciente carrega uma história única que os livros didáticos não podem prever.

- ☐ A fonoaudiologia neurofuncional não é uma receita de bolo; é uma arte investigativa. Exige que sejamos detetives, unindo peças de um quebra-cabeça que inclui o histórico do paciente, os achados da avaliação, o contexto familiar e os princípios da neurociência.

Nesta aula, vamos analisar quatro cenários distintos: dois na pediatria e dois na gerontologia. Em cada um, nosso objetivo será "**pensar como um fonoaudiólogo**", desvendando os desafios e traçando o caminho mais eficaz para a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida.

Caso 1: Transição Alimentar em Recém-Nascido Prematuro

1. Apresentação do Caso e Contexto Clínico

Dados do Paciente

- **Paciente:** Recém-nascido (RN) prematuro
- **Idade gestacional:** Nascido com 32 semanas
- **Idade atual:** 35 semanas de idade corrigida
- **Local:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Histórico Clínico

- Desconforto respiratório inicial
- Necessidade de suporte de oxigênio
- Alimentação via sonda nasointestinal desde o nascimento
- Solicitação médica para avaliação fonoaudiológica



Desafio Central

A imaturidade dos sistemas neurológico e orofacial em prematuros torna a coordenação entre **sucção, deglutição e respiração (S-D-R)** um grande desafio. O risco de aspiração, fadiga, e dessaturação é elevado, tornando a transição da sonda para o seio materno ou mamadeira um processo delicado.

2. Avaliação e Raciocínio Fonoaudiológico

O fonoaudiólogo não inicia a oferta de alimento imediatamente. A primeira etapa é uma avaliação criteriosa da prontidão do bebê.



Estado de Alerta

O RN está em estado de alerta calmo, receptivo a estímulos? Ou está sonolento ou irritado? A alimentação só deve ser tentada quando o bebê estiver organizado.



Sinais de Estresse

Durante a manipulação e a estimulação, observa-se atentamente a presença de sinais de estresse, como alteração na frequência cardíaca, queda na saturação de oxigênio, mudança na coloração da pele, bocejos ou arqueamento do corpo.



Reflexos Orais

Avalia-se a presença e a força dos reflexos de busca, sucção e deglutição. A sucção é rítmica e forte? Há vedamento labial adequado?



Coordenação S-D-R

Oferece-se a sucção "a seco" (dedo enluvado ou chupeta) para observar o ritmo e a capacidade de o bebê manter a respiração estável enquanto suga.

Raciocínio Clínico

O bebê apresenta reflexo de sucção, mas com pouca força e ritmo irregular. Apresenta leve queda de saturação (de 95% para 91%) durante a sucção não nutritiva, indicando que a coordenação com a respiração ainda é instável. A transição deve ser iniciada, mas de forma gradual e controlada.

3. Plano Terapêutico e Estratégias de Intervenção

O plano terapêutico visa maturar as habilidades oromotoras e garantir uma experiência alimentar segura e positiva, sempre com o suporte da neuroplasticidade (cada estímulo ajuda a fortalecer as vias neurais).



Estimulação Sensório-Motora-Oral

Realizar massagens suaves na região perioral e intraoral (bochechas, lábios, língua) para aumentar a propriocepção e organizar os movimentos.



Início da Oferta Oral (Volume Mínimo)

Começar com a técnica de "finger feeding" (dedo enluvado acoplado a uma sonda com leite) ou com um copinho, oferecendo volumes mínimos (0.5 a 1 ml) para treinar a deglutição sem sobrecarregar a respiração.



Posicionamento Terapêutico

Manter o bebê em uma posição mais verticalizada e com a cabeça alinhada para facilitar o controle do fluxo de leite e a proteção das vias aéreas.



Técnica do Ritmo

Se a transição for para a mamadeira, o fonoaudiólogo ensina a técnica de "pacing", que consiste em inclinar a mamadeira para baixo a cada 3-5 sucções para permitir que o bebê respire, controlando o fluxo e evitando a fadiga.



Orientação e Treinamento Familiar

Ensinar os pais a reconhecer os sinais de prontidão e estresse, capacitando-os a participar ativamente do processo de forma segura, o que é fundamental para o sucesso após a alta hospitalar.



Caso 2: Planejamento Terapêutico para Criança com Paralisia Cerebral

1. Apresentação do Caso e Contexto Clínico

Perfil da Paciente

- **Idade:** 7 anos
- **Diagnóstico:** Paralisia Cerebral (PC) do tipo tetraplegia espástica
- **Acompanhamento:** Multidisciplinar (fisioterapia, terapia ocupacional)

Queixas Principais

- Dificuldade de comunicação
- Fala de difícil inteligibilidade
- Frustração da criança e família
- Tosse e engasgos durante alimentação com líquidos

📄 Desafio Central

A espasticidade (rigidez muscular) afeta a musculatura orofacial, respiratória e laríngea, resultando em **disartria** (alteração na produção motora da fala) e **disfagia** (dificuldade de deglutição). O planejamento deve ser holístico, abordando tanto a fala quanto a deglutição, e considerando a necessidade de um sistema de comunicação alternativo.

2. Avaliação e Raciocínio Fonoaudiológico

A avaliação deve ser abrangente para mapear todas as áreas de dificuldade e potencialidade.



Avaliação Motora Orofacial

Análise da mobilidade, tônus e força de lábios, língua e bochechas. Observa-se a presença de movimentos involuntários e a dificuldade em realizar movimentos precisos.



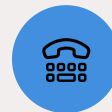
Avaliação da Fala

Utilização de protocolos para avaliar a inteligibilidade. Grava-se a fala da criança e pede-se a um ouvinte desconhecido para transcrever. Avalia-se os subsistemas da fala: respiração (suporte aéreo fraco), fonação (voz tensa e estrangulada), ressonância, articulação (imprecisa) e prosódia (ritmo e entonação monótonos).



Avaliação da Deglutição

Avaliação clínica da deglutição com diferentes consistências (líquido, pastoso, sólido). Observa-se sinais de aspiração (tosse, pigarro, voz molhada), tempo de trânsito oral e esforço para engolir.



Avaliação da Necessidade de CAA

Verifica-se a lacuna entre o que a criança compreende e o que ela consegue expressar. Como ela se comunica atualmente (gestos, vocalizações)?

Raciocínio Clínico

A criança tem **disartria espástica severa**, com inteligibilidade abaixo de 50%. A disfagia é leve a moderada, com maior risco para líquidos. Cognitivamente, ela demonstra compreender mais do que consegue expressar. A intervenção deve ser dupla: otimizar a fala existente e, simultaneamente, implementar um sistema de Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA).

3. Plano Terapêutico e Estratégias de Intervenção



Terapia para a Fala (Disartria)

Abordagem PROMPT: Utilizar a técnica tátil-cinestésica PROMPT (Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets) para fornecer pistas táteis no rosto da criança, guiando os articuladores para a produção correta dos sons e melhorando o controle motor.

Exercícios Respiratórios: Trabalhar o controle do fluxo de ar para sustentar a fala por mais tempo e com mais volume.



Intervenção para a Deglutição (Disfagia)

Modificação de Consistência: Indicar o uso de espessantes para líquidos, tornando-os mais fáceis de controlar e engolir com segurança.

Manobras Posturais: Orientar a família a posicionar a criança sentada a 90 graus e com o queixo levemente para baixo durante as refeições para proteger as vias aéreas.



Implementação de CAA

Sistema de Baixa Tecnologia: Iniciar com uma prancha de comunicação com símbolos (fotos ou pictogramas) das principais atividades e necessidades diárias.

Sistema de Alta Tecnologia: Introduzir um tablet com um aplicativo de CAA que permite a criança selecionar símbolos que são convertidos em voz. Devido ao seu comprometimento motor, pode-se usar um acionador externo ou, futuramente, um sistema de rastreamento ocular.

Treinamento de Parceiros: Ensinar a família e os professores a modelar o uso da CAA, a fazer perguntas de forma a facilitar a resposta e, o mais importante, a dar tempo para que a criança construa sua mensagem.

Caso 3: Intervenção em Idoso com Alzheimer e Disfagia

1. Apresentação do Caso e Contexto Clínico

Perfil do Paciente

- **Idade:** 85 anos
- **Diagnóstico:** Doença de Alzheimer em estágio moderado
- **Cuidadora:** Filha (cuidadora principal)
- **Residência:** Domiciliar

Sintomas Relatados

- Perda de peso progressiva
- Tosse frequente durante as refeições
- Demora excessiva para comer
- Recusa alimentar ocasional

Desafio Central

A disfagia no Alzheimer é complexa. Ela não é causada apenas por uma fraqueza muscular, mas também por déficits cognitivos, como **apraxia** (dificuldade em planejar o movimento de mastigar e engolir), **agnosia** (não reconhecer o alimento como algo a ser comido) e distúrbios de atenção. A abordagem deve focar em adaptação, segurança e qualidade de vida, já que a condição é progressiva.



2. Avaliação e Raciocínio Fonoaudiológico

1 Anamnese com a Cuidadora

Coletar informações detalhadas sobre os alimentos problemáticos, os horários das refeições, os comportamentos do paciente (ex: segura a comida na boca) e o ambiente alimentar.

2 Avaliação Clínica

Observar uma refeição.
Utilizar um protocolo como o MASA (Mann Assessment of Swallowing Ability) para avaliar de forma estruturada os riscos e a gravidade da disfagia.

3 Sinais Avaliados

Observa-se o nível de alerta, a capacidade de seguir comandos simples, o tempo para iniciar a deglutição, a qualidade da mastigação, a presença de tosse ou voz "molhada" após engolir, e a necessidade de múltiplas deglutições para limpar a garganta.

Raciocínio Clínico

O paciente apresenta **disfagia orofaríngea de grau moderado**. A principal dificuldade está no atraso para iniciar a deglutição e na apraxia oral (fica com o alimento na boca sem saber o que fazer). O risco de aspiração silenciosa (sem tosse) é alto, explicando a perda de peso e o risco de pneumonia. O plano não será curativo, mas sim de gerenciamento de risco e adaptação.

3. Plano Terapêutico e Estratégias de Intervenção

O foco é em estratégias compensatórias e no treinamento intensivo do cuidador.

Modificação da Dieta (Gerenciamento de Consistências)

Líquidos: Espessar todos os líquidos para a consistência de néctar ou mel para diminuir a velocidade do fluxo e dar mais tempo para o cérebro processar a deglutição.

Sólidos: Oferecer alimentos macios, pastosos e homogêneos (purês, suflês, carnes moídas), que exigem menos mastigação e são mais fáceis de organizar na boca. Evitar alimentos secos, duros ou com dupla consistência (ex: sopa com pedaços).

Estratégias Durante a Refeição

Aumento do Estímulo Sensorial: Oferecer alimentos com sabor mais forte (ácido ou doce) ou em temperaturas frias para "despertar" o reflexo de deglutição.

Técnica do "Queixo para Baixo" (Chin Tuck): Orientar a cuidadora a gentilmente posicionar o queixo do paciente para baixo ao engolir, o que ajuda a proteger a via aérea.

Comandos Verbais Simples: Usar comandos curtos e diretos, como "mastigue" e "engula", para ajudar no planejamento motor.

Adaptação do Ambiente

Garantir que as refeições ocorram em um local tranquilo, sem distrações (como TV ligada).
Oferecer pequenas quantidades de comida por vez para evitar que o paciente coloque muito na boca.

Higiene Oral

Enfatizar a importância da escovação dos dentes e da limpeza da boca após cada refeição. Uma boa higiene oral reduz drasticamente o risco de pneumonia caso ocorra aspiração, pois diminui a quantidade de bactérias na saliva.

Caso 4: Adaptação da Comunicação em Paciente com ELA

1. Apresentação do Caso e Contexto Clínico

Perfil do Paciente

- **Idade:** 60 anos
- **Profissão:** Engenheiro
- **Diagnóstico:** ELA há 1 ano
- **Estado cognitivo:** Preservado

Sintomas Atuais

- Fala "arrastada"
- Dificuldade para ser compreendido por telefone
- Fadiga ao falar por longos períodos
- Angústia com possível perda da comunicação

Desafio Central

A ELA causa uma degeneração progressiva dos neurônios motores, levando a uma **disartria flácida-espástica** que invariavelmente evolui para a anartria (perda total da fala). A intervenção fonoaudiológica deve ser proativa, ou seja, agir em três frentes simultâneas: manter a fala funcional o máximo possível, planejar o futuro com a introdução precoce da CAA e oferecer suporte emocional.

2. Avaliação e Raciocínio Fonoaudiológico



Avaliação da Fala

Utilizar a Escala de Inteligibilidade da Fala (Speech Intelligibility Test) para obter uma medida objetiva da compreensibilidade da fala. Avaliar a velocidade da fala, a respiração e a fadiga vocal.



Avaliação das Necessidades de Comunicação

Discutir abertamente com o paciente e a família sobre suas necessidades comunicativas diárias, seus medos e seus objetivos.



Avaliação de Habilidades para CAA

Avaliar as habilidades motoras (mãos, dedos) e visuais do paciente para determinar qual sistema de CAA será mais adequado no futuro (ex: acionamento por toque, por mouse de cabeça, por rastreamento ocular).

Raciocínio Clínico

A inteligibilidade da fala do paciente ainda é de 85%, mas a progressão é inevitável. **Esperar a fala se tornar ininteligível para introduzir a CAA é um erro comum e prejudicial.** O momento de agir é agora, enquanto ele ainda tem energia e capacidade motora para aprender a usar as ferramentas e participar ativamente das decisões.

3. Plano Terapêutico e Estratégias de Intervenção

O plano é dividido em fases, antecipando a progressão da doença.

Fase Atual (Manutenção da Fala)

Estratégias Compensatórias: Ensinar o paciente a falar mais devagar, exagerar a articulação, usar frases mais curtas e fazer pausas estratégicas para respirar.

Amplificador de Voz: Indicar um amplificador de voz portátil para que ele não precise fazer tanto esforço para ser ouvido, conservando energia.

Seleção e Treinamento da CAA de Alta Tecnologia

Com base na avaliação, selecionar o sistema mais adequado. Dado o prognóstico da ELA, um sistema de rastreamento ocular (eye-tracking) é frequentemente a melhor opção a longo prazo. O treinamento deve começar agora, para que ele se torne proficiente antes de precisar do sistema em tempo integral.

1

2

3

4

Planejamento para o Futuro (Introdução à CAA)

Banco de Voz (Voice Banking): **Urgente!**

Orientar o paciente a usar um software para gravar centenas de frases com sua própria voz. Essa gravação será usada para criar uma voz sintetizada personalizada para seu futuro comunicador, preservando sua identidade vocal.

Introdução à CAA de Baixa Tecnologia:

Fornecer uma prancha com o alfabeto e frases rápidas ("estou com dor", "chame a enfermeira") como um backup imediato.

Suporte e Aconselhamento Contínuo

Oferecer suporte emocional e validar as frustrações do paciente e da família. Atuar como um "advogado" do paciente, garantindo que ele tenha acesso às tecnologias e recursos de que necessita para manter sua autonomia e dignidade.

Conclusão da Aula 30

Avaliação Minuciosa

Base fundamental para qualquer intervenção fonoaudiológica eficaz

Raciocínio Clínico

Baseado em evidências científicas e experiência prática

Planejamento Centrado

Foco nas necessidades individuais de cada paciente

Abordagem Humanizada

Além da técnica, abraçando a humanidade de cada história

Ao analisar estes quatro casos, percebemos que, embora as patologias e idades sejam distintas, os princípios da boa prática fonoaudiológica neurofuncional são universais: uma avaliação minuciosa, um raciocínio clínico baseado em evidências, um planejamento centrado no paciente e a compreensão de que nosso papel vai além da técnica, abraçando a humanidade de cada história.

Vocês estão agora mais preparados para transformar teoria em esperança e intervenção em qualidade de vida.