

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

IRACEMA RODRIGUES DE ALMEIDA

SILVIA MATHIAS FREITAS

**MOTIVOS DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES COM PARALISIA
CEREBRAL, INSTITUCIONALIZADOS DAS CASAS ANDRÉ LUIZ, NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI-INTENSIVA.**

SÃO PAULO

2012

IRACEMA RODRIGUES DE ALMEIDA

SILVIA MATHIAS FREITAS

**MOTIVOS DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES COM PARALISIA
CEREBRAL, INSTITUCIONALIZADOS DAS CASAS ANDRÉ LUIZ, NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI-INTENSIVA.**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em
Unidade de Terapia Intensiva do Curso de
especialização Latu Sensu do Centro Universitário São
Camilo, orientado pela Prof^a Dra Silvia Cristina
Fürbringer e Silva, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Terapia Intensiva.

SÃO PAULO

2012

IRACEMA RODRIGUES DE ALMEIDA

SILVIA MATHIAS FREITAS

**MOTIVOS DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES COM PARALISIA
CEREBRAL, INSTITUCIONALIZADOS DAS CASAS ANDRÉ LUIZ, NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI-INTENSIVA.**

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Professora Orientadora: (Dra Silvia Cristina Fürbringer e Silva)

Professor Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico este ao meu marido Manuel Alexandre, aos meus filhos Agostinho de A. Neto e ao Carlos Eduardo, que ao decorrer desta jornada deu a mim nos momentos de minha ausência todo suporte necessário. A minha querida mãe Terezinha de Souza *Rodrigues (in memorian)*, que muitas vezes sinto sua presença me acalentando. E em especial às minhas amigas residentes da Unidade de Longa Permanência das Casas André Luiz da unidade II que são: Maria de Fatima Oliveira II, Maria de Fátima Rodrigues, Kátia Capdeville, Arlinda Soares, Janaina Ferreira, que nos momentos de atribulações elas quem irrigavam e semeavam em meu coração sementes de esperança e paz.

Minha amiga Vera Lúcia que diz cuidar da minha parte espiritual, nunca se esquecendo de enfatizar que: “nós somos donos das vinte quatro horas do nosso dia”, somos o que desejamos, ou seja, colhemos o que plantamos.

Iracema Rodrigues de Almeida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar aqui com saúde, pois sem ele e sem o que ele nos proporciona nada seríamos ou seríamos parcial, a minha querida Professora Silvia que ao longo do curso nos guiou direcionando cada um dos alunos nos mais diversos questionamentos sempre de maneira dócil e inteligente, à coordenação que impulsionava a todos da sala e ainda nos presenteava com mimos fortalecendo ainda mais o vínculo *Camiliano* e dando a nós grandes oportunidades de crescimento com simples gestos e sabedoria, à minha queridíssima Daniele do Departamento de Ensino e Pesquisa das Casas André Luiz, sempre direcionando meu estudo e sempre a disposição para o mais simples detalhe que fosse não se importando com a simplicidade da abordagem, mas sempre ajudando a enriquecer. “que aproveito para parabeniza-la pelo nascimento do seu bebê”.

Iracema Rodrigues de Almeida.

EPIGRAFE

“Não sei se a vida é curta ou longa demais
para nós, mas sei que nada
do que vivemos tem sentido se não
tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

colo que acolhe,

braço que envolve,

palavra que conforta,

silêncio que respeita,

alegria que contagia,

lágrima que corre,

olhar que sacia,

amor que promove.

E isso não é coisa do outro mundo,

É o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja

nem curta nem longa demais,

Mas que seja intensa,

Verdadeira e pura... enquanto durar”.

AMARAL, L. A.

ALMEIDA, Iracema Rodrigues de; FREITAS, Silvia. Mathias. **Motivos de internação dos pacientes com paralisia cerebral, institucionalizados das casas André Luiz, na unidade de terapia intensiva e semi-intensiva** .2012. 32f. Monografia (Especialidade em Unidade de Terapia Intensiva) – Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2012.

A Paralisia Cerebral (PC) é um distúrbio do movimento e da postura que resulta de lesão cerebral não-progressiva ocorrida no período inicial do desenvolvimento infantil, podendo apresentar sintomatologia variada, que caracteriza a gravidade do comprometimento neuromotor. O objetivo deste é identificar e analisar as causas que levam os pacientes com P.C., institucionalizados no Centro Espírita Nosso Lar “Casas André Luiz”, a serem transferidos para Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva. O método usado para pesquisa caracteriza-se como exploratória, descritiva, analítica retrospectiva, de campo com abordagem quantitativa. Entraram na amostra 103 pacientes e após selecionados pelos critérios de exclusão restaram 53 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão para o estudo, observou-se que as principais causas de admissão dos pacientes na UTI foram: desconforto respiratório 53%, pós operatório 13%, sem hipótese diagnóstica 11%, distensão abdominal 10%, diversos 7% e bronco espasmo 6%. Esses resultados podem estar relacionados ao comprometimento do tônus muscular. Conclui-se que as duas principais causas que levaram os pacientes com P.C., institucionalizados no Centro Espírita Nosso Lar “Casas André Luiz”, a serem transferidos para Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva foram desconforto respiratório e distensão abdominal.

Palavras chaves: Paralisia Cerebral, Unidades de Terapia Intensiva.

ALMEIDA, Rodrigues de Iracema, FREITAS, Silvia. Mathias. **Reasons for hospitalization of patients with cerebral palsy, institutionalized homes André Luiz in the intensive care unit and semi-intensive.**2012. 32f . Monograph (Specialists in Intensive Care Unit) – Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2012.

Cerebral Palsy (CP) is a of movement and posture disorder that results from non-progressive brain damage occurred in the early period of chil's development, and may have various symptoms, which characterizes the severity of servomotor impairment. The objective is to identify and analyze the reasons why patients with CP, institutionalized in the Our Home Spiritual Center "Casas André Luiz" to be transferred to the semi-Intensive and intensive care unit. The research's method is characterized as exploratory, descriptive and retrospective analytical field and a quantitative approach. 103 patients werw in the sample and after an exclusion criteria selected by the remaining 53 patients were at the study, have showed that the main causes for entering in the ICU were: respiratory distress 53%, postoperative 13% no chance diagnosis 11%, 10% abdominal distention, several bronchospasm 7% and 6%. These results may be related to impairment of muscle tone. To sum up the two main causes that let CP patients, institutionalized in the Our Home Spiritual Center "Casas André Luiz" to be transferred to the Intensive Care Unit and Semi-intensive were respiratory distress and abdominal distension.

Keywords: Cerebral Palsy, Intensive Care Unit.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos sujeitos de acordo com o gênero. São Paulo, 2012.....	20
Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a faixa etária. São Paulo, 2012.	21
Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de PC. São Paulo, 2012.	23
Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a unidade de origem. São Paulo, 2012.	24
Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o tempo de internação. São Paulo, 2012.	24
Gráfico 6 - Fatores desencadeantes e progressivos que levam pacientes com PC à internação. São Paulo, 2012.	25

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTO

EPÍGRAFE

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE GRÁFICOS

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.2 Causas da Paralisia cerebral.....	11
1.3 Classificação da paralisia cerebral.....	11
1.4 Relação entre paralisia cerebral e alterações respiratórias.....	12
2 OBJETIVO.....	14
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	15
3.1 Casuística.....	15
3.2 Critérios de inclusão e exclusão dos estudo.....	15
3.3 Procedimentos.....	15
4 RESULTADOS	17
5 DISCUSSÃO.....	25
6 CONCLUSÃO.....	27

[REFERÊNCIAS](#)

APÊNDICES

ANEXOS

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Almeida, Iracema Rodrigues de

Motivos de intervenção dos pacientes com paralisia cerebral, institucionalizados das casas André Luiz, na unidade de terapia intensiva e semi-intensiva / Iracema Rodrigues de Almeida, Silvia Mathias Freitas. -- São Paulo : Centro Universitário São Camilo, 2012.

32p.

Orientação de Silvia Cristina Furbringer e Silva

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (Pós- Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2012.

1. Paralisia cerebral 2. Unidades de terapia intensiva I. Freitas, Silvia Mathias II. Silva, Silvia Cristina Furbringer e III. Centro Universitário São Camilo IV. Título.

1 INTRODUÇÃO

1.1 PARALISIA CEREBRAL

A evolução teórica ao longo do tempo passou por varias reformulações no século XIX no que diz respeito às deficiências. Antigamente, as pessoas escondiam seus filhos deficientes, pois estes eram considerados pessoas doentes, incapazes de conviver em sociedade sendo excluídos do convívio social e sem poder usufruir de seus próprios direitos sociais. Ao longo desse processo, a identidade destes grupos de pessoas foi vista por meio de diferentes olhares. A Constituição Federal de 1891 preconizava que a pessoa com deficiência era incapaz de conviver junto com a sociedade. Ao longo do tempo estas questões foram expandindo-se e despertando interesse das pessoas com esse acometimento. E ao longo do tempo foram surgindo novos interesses surgindo então as Políticas Públicas voltadas a esse contexto. Hoje a deficiência é vista por outro prisma com direitos e acesso em uma sociedade inclusiva (DINIS, 2007).

Dentre os vários tipos de deficiência física, encontramos a Paralisia Cerebral (PC) que é resultado de uma lesão ou mau desenvolvimento do cérebro, de caráter não progressivo, e existindo desde a infância. A deficiência motora se expressa em padrões anormais de postura e movimento, associado à um tônus postural anormal. A lesão que atinge o cérebro antes, durante ou após o nascimento como ainda é imaturo vai interferir no desenvolvimento motor normal da criança (BOBATH, 1989).

Entende-se por lesão a ausência parcial ou total de um membro, organismo ou mecanismo corporal defeituoso. A deficiência seria a desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social, então a lesão seria um dado corporal isento de valor ao passo que a deficiência seria o resultado da interação de um corpo com lesão em uma sociedade discriminatória. A palavra lesão tem valor biológico e deveria tem uma atenção especial nas ações políticas e de intervenções do Estado (DINIS, 2007).

Camargo (1999) ressalta a frequência dos indivíduos com Paralisia Cerebral que apresentam convulsões. Ele explica que isso ocorre devido às alterações no ritmo dos impulsos nervosos do cérebro, por tensão nervosa, sustos e excesso de estímulos que podem facilitar a ocorrência. Quando não tratadas, essas convulsões

tendem a se intensificar prejudicando ainda mais o desenvolvimento da criança e também desenvolvendo insegurança e vergonha após a crise.

Segundo Lefèvre (1975), tanto o diagnóstico como o tratamento da paralisia cerebral são objeto de atuação multidisciplinar, o que torna o tratamento dos atendidos particularmente especial.

1.2 CAUSAS DA PARALISIA CEREBRAL

Camargo (1999) descreve as causas mais frequentes que determinam lesões no tecido do cérebro:

A) Causas pré-natais da Paralisia Cerebral, infecções adquiridas pela mãe durante a gravidez, tais como rubéola, toxoplasmose, sífilis, etc., estas estão entre as mais frequentes. Incompatibilidade sanguínea ocasionada pelo fator Rh do sangue ou outros fatores; raios X, efeitos colaterais de medicamentos ingeridos durante a gravidez, que também podem ser causadores de Paralisia Cerebral.

B) Causas peri-natais da Paralisia Cerebral, no momento do nascimento podem ocorrer problemas que podem ser prejudiciais ao bebê, tais como, oxigenação insuficiente ao cérebro (anoxias), manobras de parto malsucedidas, complicações durante o parto cesariana, tempo de cirurgia, prematuridade, ou seja, quando ocorrer lesão no tecido cerebral.

C) Causas pós-natais da Paralisia Cerebral, são as que ocorrem logo após o nascimento e dentre elas as principais estão os acidentes vasculares, traumatismo crânio encefálico, infecções adquiridas pelo recém-nascido e outras.

1.3 CLASSIFICAÇÃO DA PARALISIA CEREBRAL

A paralisia cerebral é classificada conforme o tipo de comprometimento neuromuscular em: Espástica: aumento do tônus muscular, hiperreflexia e espasticidade. Atetóide: movimentos involuntários e variação de tonsos. Atáxico: hipotonia, falta de equilíbrio e de coordenação muscular (TABITH, 1989).

Quanto ao comprometimento motor, a paralisia cerebral é dividida em quadriplegia, diplegia e hemiplegia. A quadriplegia envolve todo o corpo, sendo que os membros superiores são mais comprometidos ou pelo menos tão comprometidos

quanto os membros inferiores, mesmo que de forma assimétrica. Devido a tais comprometimentos, o controle da cabeça está prejudicado, assim como a coordenação dos olhos. Na diplegia, há também o envolvimento do corpo todo; porém, os membros inferiores estão mais afetados que os membros superiores. O controle de cabeça e dos braços é pouco afetado. Uma observação minuciosa pode revelar certo envolvimento de um ou dos dois braços e mãos. A hemiplegia é o comprometimento de um lado do corpo, ou direito ou esquerdo (BOBATH, 2000).

A forma clínica mais grave das paralisias cerebrais é a do tipo tetraparética espástica. Na maioria dos casos as crianças apresentam retardo mental, crises convulsivas e grave comprometimento motor (FINNIE, 1980).

Segundo Ferrareto, 2001, os déficits da Paralisia Cerebral mais frequentes são as deformidades do tipo equinismo do tornozelo, valgismo e varismo do pé. São as que mais ocorrem nestes casos incluindo anormalidades de tônus muscular do equilíbrio e da força muscular além de ser comum o aparecimento de contraturas e deformidades.

A hipertonia é a causa mais importante de deformidades na Paralisia Cerebral, criando um desequilíbrio muscular entre os músculos espásticos e seus antagonistas fracos (BURNS, 1999).

1.4 RELAÇÃO ENTRE PARALISIA CEREBRAL E ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

O comprometimento motor e o retardo mental presentes em indivíduos com paralisia cerebral são considerados como fatores de risco para distúrbios alimentares (FINNIE, 1980).

Furkim (1999) aponta que deglutição é um processo neuromotor que envolve o transporte do bolo alimentar da cavidade oral ao estômago e tem como principal função a nutrição e hidratação do corpo.

O ato de deglutir requer uma precisa coordenação motora e de tempo entre os órgãos da cavidade oral, faringe e esôfago. Didaticamente, a deglutição pode ser dividida em quatro fases distintas: fase preparatória oral, fase oral, fase faríngea, fase esofágica (LONGEMAM, 1983).

Santini (1999) relata que em pessoas com desordens neurológicas, como a paralisia cerebral, podem ocorrer alterações em qualquer uma das fases da deglutição.

Disfagia, portanto, é uma desordem alimentar caracterizada por qualquer alteração no trajeto do alimento da boca até o estômago (SOUZA et al, 2003)

Diversos autores concordam que a disfagia pode trazer vários riscos ao paciente desde alterações nutricionais devido à inadequada ingestão e absorção dos alimentos, prejuízos emocionais e danos pulmonares causados pela aspiração laringotraqueal, podendo levar o paciente a desnutrição e até ao óbito. (FURKIM; SILVA, 1999; AURELIO 2002; FRAZÃO, 2004; MADUREIRA, 2004).

Além dos distúrbios alimentares, as alterações respiratórias no indivíduo com paralisia cerebral podem ter outras causas.

Indivíduos que possuem alterações posturais podem apresentar padrão respiratório característico com tendência a realizar respirações torácicas com escassa utilização do diafragma, movimentando pequena quantidade de ar (WEST, 1996).

As doenças pulmonares são uma importante causa de morbidade e mortalidade em crianças com Paralisia Cerebral (BOBATH, 2000).

Isso ocorre porque o desequilíbrio muscular gera alterações na mecânica respiratória e favorece o encurtamento da musculatura inspiratória, enquanto que a musculatura abdominal apresenta-se tensa e enfraquecida. O pescoço encurtado e a postura elevada dos ombros contribuem pra a manutenção da elevação do tórax com projeção do osso esterno durante o ciclo respiratório. A associação da tensão permanente com o pobre alongamento muscular que provoca deficiência ao fluxo expiratório eleva a capacidade residual funcional e o volume corrente. Os músculos expiratórios e inspiratórios fracos associados ao aumento da capacidade residual funcional e a diminuição da capacidade vital fazem com que as costelas e o esterno fiquem na posição de inspiração durante todo o ciclo respiratório, aumentando o diâmetro ântero-posterior do tórax (BORGES, 2005).

A enfermagem tem fundamental papel no cuidado destes pacientes, de modo a evitar possíveis complicações destes pacientes, relacionados à patologia de base.

2 OBJETIVO

Identificar e analisar as causas que levam os pacientes com P.C., institucionalizados no Centro Espírita Nosso Lar “Casas André Luiz”, a serem transferidos para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Semi-intensiva (USI).

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

A pesquisa caracteriza-se como exploratória, descritiva, analítica retrospectiva, de campo com abordagem quantitativa.

Todos os dados computados foram utilizados apenas para esta pesquisa, mantendo-se sigilo sobre a identificação do sujeito. Os dados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revista científica.

3.1 Casuística

Utilizou-se para coleta de informações, os dados retrospectivos do livro de registro da e Semi-intensiva, no ano de 2011. Este livro constitui um consolidado de todos os atendimentos e admissões ocorridas nas Unidades supra citadas.

Fizeram parte da casuística deste estudo os residentes de uma Unidade de Longa Permanência Filantrópica de Guarulhos, indivíduos de ambos os gêneros que tiveram atendimento clínico, seguido de encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva, nos 12 meses do ano de 2011.

3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios para inclusão foram pacientes com diagnóstico de PC encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva durante o ano de 2011. E os de exclusão os pacientes encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva somente para procedimentos invasivos (ex: passagem de cateter central), e pacientes que não têm diagnóstico de PC.

3.3 Procedimento

Com o material/fonte de dados foi realizado o levantamento de dados no livro de registro da Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva, no ano de 2011.

Para esse levantamento foram preenchidos protocolos de avaliação (APÊNDICE I) que dispunham das seguintes informações: idade, sexo, unidade de origem, diagnóstico/internação, horário da transferência, local da internação

(enfermaria central ou semi-intensiva), hipótese diagnóstica, data da alta, tempo de internação.

Foram selecionados os protocolos dos pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral que não tinham sido internados para realizar algum procedimento invasivo como a passagem de cateter central, por exemplo. Após, os dados dos protocolos destes pacientes foram tabulados e analisados.

Estes dados foram coletados após solicitação de realização do estudo pelas pesquisadoras (Apêndice II) e após a anuência dos responsáveis pela Instituição pesquisada (Anexo I).

4 RESULTADOS

A partir do levantamento realizado no Setor de Terapia Intensiva e Semi-intensiva da Unidade de Longa Permanência durante o ano de 2011 verificou-se que 103 pacientes foram internados nesse período.

Para essa pesquisa foram selecionados apenas os pacientes que apresentavam diagnóstico de paralisia cerebral, portanto, desse total de pacientes internados (103 pacientes), 55 pacientes apresentaram esse diagnóstico.

Além disso, verificou-se ausência de alguns dados no livro de registro de 2 dos 55 pacientes. Portanto, essa pesquisa teve como sujeitos 53 pacientes.

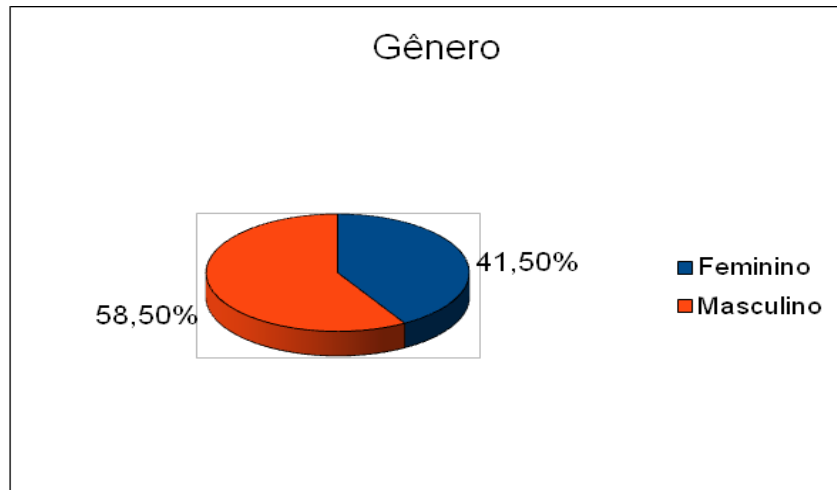
Perfil dos pacientes com PC internados no Setor de Terapia Intensiva e Semi-intensiva

Para traçar o perfil dos pacientes com PC internados no Setor de Terapia Intensiva e Semi-intensiva foram realizadas análises de acordo com os seguintes aspectos: gênero, faixa etária, tipo de PC, unidade de origem e tempo de internação.

Gênero

O gráfico 1 demonstra a distribuição dos sujeitos de acordo com o gênero.

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o gênero, São Paulo, 2012.



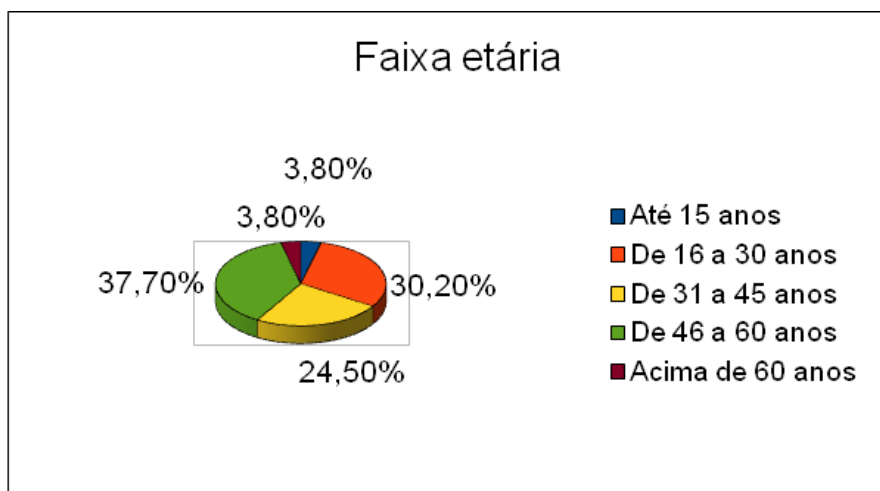
Pode-se observar que dos 53 sujeitos, 22 eram do gênero feminino e 31 do masculino, correspondendo a 41,5% e 58,5% respectivamente.

A incidência de internação em 2011 na UTI, por pacientes acometidos de P.C., foram de ambos os sexos.

Faixa etária

A seguir, no gráfico, serão apresentados os resultados quanto à faixa etária dos sujeitos.

Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a faixa etária, São Paulo, 2012.



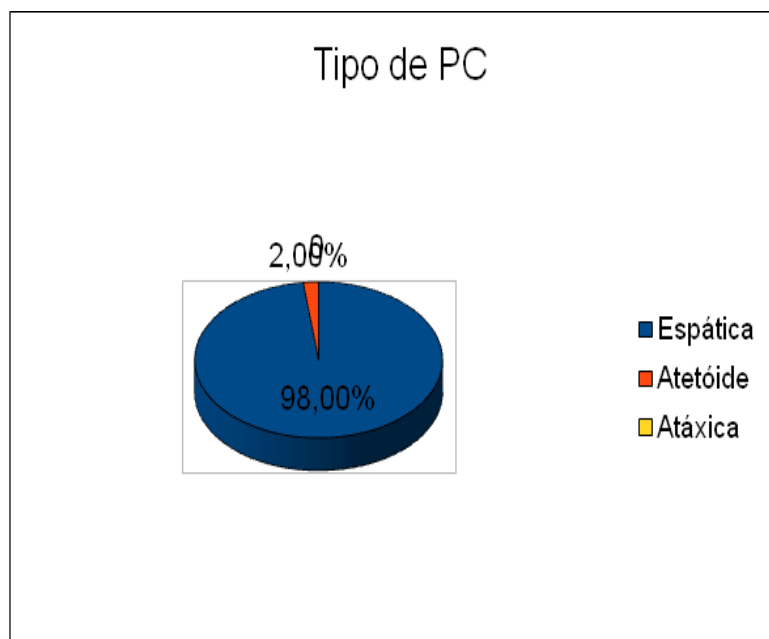
A vigilância aos pacientes deve ser constante em todas as idades, pela própria característica da P.C., que é o acometimento do tônus muscular dos pacientes.

Analisando-se o gráfico 2, verifica-se que a maior parte dos sujeitos (37,7%) encontra-se na faixa etária de 46 a 60 anos.

Tipo de PC

Dos 53 sujeitos, 52 (98%) apresentaram diagnóstico de paralisia cerebral do tipo espástica e apenas 1 (2%), paralisia cerebral do tipo atetóide e nenhum (0%) apresentou paralisia cerebral do tipo atáxica.

Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o tipo de PC, São Paulo, 2012.

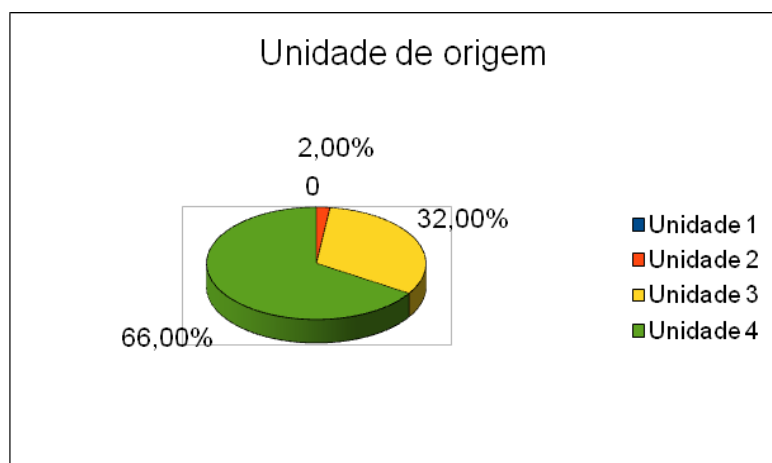


Dentre as intercorrências de internações na UTI durante 2011 com pacientes acometidos de P.C., a mais frequente foi a do tipo espástica.

Unidade de origem

A seguir, no gráfico 4, serão apresentados os resultados quanto à unidade de origem dos sujeitos.

Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a unidade de origem, São Paulo, 2012.



Analisando-se o gráfico 4, verifica-se que a maior parte dos sujeitos tem como origem a Unidade IV (66%) e a Unidade III (32%). Ressaltando que essas unidades abrigam assistidos acamados com maior grau de dependência, conforme descrição de perfil abaixo.

Descrição de perfil de pacientes por unidade.

Os assistidos do CENL Casas André Luiz são acomodados em quatro unidades e uma UTI e USI.

As Unidades I e II caracterizam-se por abrigar assistidos com menor necessidade de cuidados hospitalares. Estes são acomodados em quartos de acordo com grau de dependência. Em cada unidade, há também uma enfermaria para atender as intercorrências dos assistidos.

Na Unidade I estão os assistidos do sexo masculino e na unidade II as assistidas do sexo feminino.

Já as Unidade III e IV caracterizam-se por enfermarias, pois abrigam pacientes que permanecem acamados e necessitam de procedimentos técnicos por permanecer com sondas, cateteres e outros dispositivos.

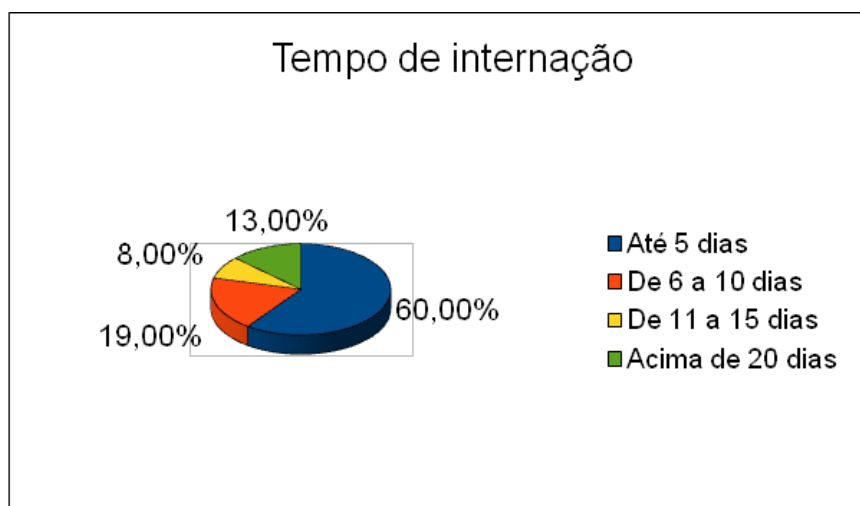
Na Unidade III estão os assistidos do sexo masculino e na Unidade IV assistidos de ambos os sexos.

Na UTI e USI estão os assistidos que necessitam de cuidados intensivos.

Tempo de internação

A seguir, no gráfico 5, serão apresentados os resultados quanto ao tempo de internação (em dias).

Gráfico 5 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o tempo de internação, São Paulo, 2012.

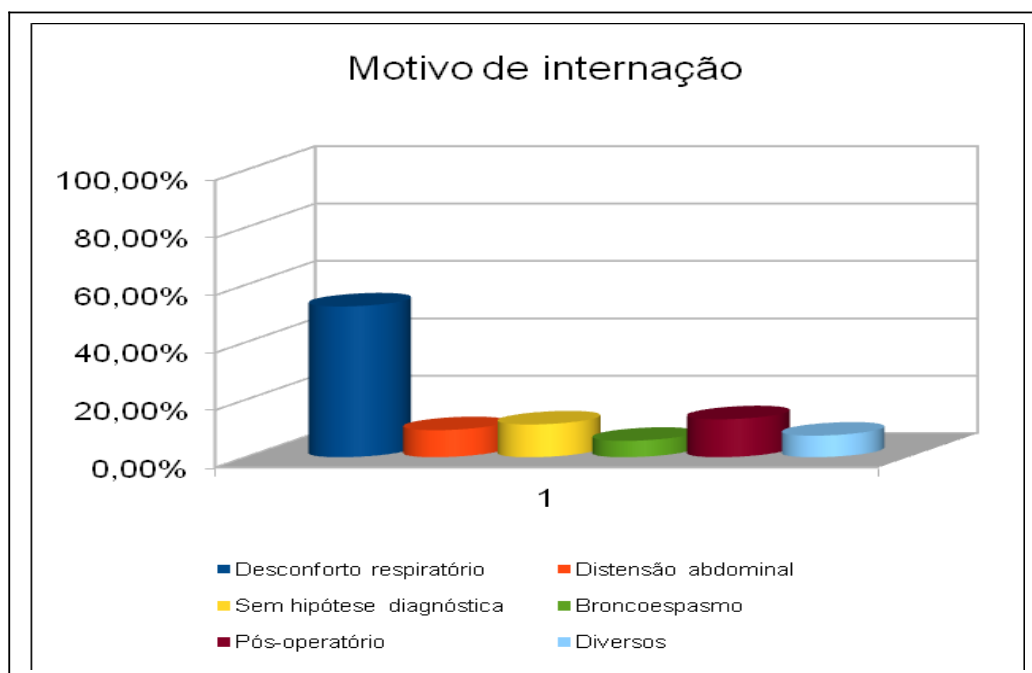


Analisando-se o gráfico 5, verificou-se que a maior parte dos sujeitos (60%) ficaram internados até 5 dias por diversas causas, como distensão abdominal, pós-operatório diversos, hipotermia e hipertermia, sendo a principal causa o desconforto respiratório fazendo uso de medicações, sendo monitorizados e acompanhados pela equipe da fisiocardiorespiratória e os demais para medicação e monitorização.

Pacientes internados entre 10 a 15 dias alguns deles desencadearam outras patologias aumentando o grau de complexidade nos atendimentos e monitorização. Pacientes internados acima de 16 dias a maioria foram os que continuaram em tratamento no quadro de desconforto respiratório fazendo uso de oxigenoterapia, medicação e alguns até entubação. Destes pacientes, 03 evoluíram para óbito, 01 evoluiu para sepse e diálise peritonial e 01 para recuperação de laparotomia.

Fatores desencadeantes e progressivos que levam pacientes com PC à internação

Gráfico 6 – Fatores desencadeantes e progressivos que levam pacientes com PC à internação, São Paulo, 2012.



Observando-se o Gráfico 6, nota-se os seguintes resultados: Desconforto respiratório 53%, pós operatório 13%, sem hipótese diagnóstico 11%, distensão abdominal 10%, diversos 7% sendo por hipoatividade, hipertermia, crise convulsiva, broncopneumonia, prostração, cólica vesicular, sepse, infecção no trato urinário, hiperglicemia, inapetência, abdome obstrutivo e bronco espasmo 6%.

Nota-se, portanto, que o maior número de internação no setor de terapia intensiva e semi-intensiva no período estudado foi por desconforto respiratório e distensão abdominal, o pós operatório é por diversas causas.

5 DISCUSSÃO

Com esta pesquisa verificamos que o perfil dos pacientes com paralisia cerebral, internados na UTI e USI de uma Unidade de Longa Permanência, foi de indivíduos de ambos os gêneros, prevalecendo o masculino. A faixa etária predominante de 46 a 60 anos, o tipo de paralisia cerebral destacou a espástica e tempo de internação de até cinco dias provenientes das unidades III e IV (abrigam pacientes que permanecem acamados e necessitam de procedimentos técnicos por permanecer com sondas, cateteres e outros dispositivos), e a grande causa de internação desta população na UTI e USI pesquisadas são por desconforto respiratório e distensão abdominal.

É possível que a principal causa de internação desses pacientes esteja relacionada a fatores desencadeantes da doença de base (paralisia cerebral), a própria anatomia do indivíduo e os distúrbios alimentares. (BORGES, 2005)

Sabe-se que o paciente com Paralisia Cerebral tem um alto grau de comprometimento motor devido à hipertonia muscular, contraturas e deformidades sendo esses os fatores mais comuns no tipo espástico (BOBATH, 2000).

Segundo Borges (2005) esse desequilíbrio muscular gera alterações na mecânica respiratória. Este estudo avaliou 57 sujeitos com PC e constatou que as crianças portadoras de PC são grandes vítimas de doenças respiratórias oportunistas, como pneumonias de repetição, gripes e crises de bronquite. Além disso, verificou que o refluxo gastroesofágico (RGE) é um distúrbio freqüente (47,36%) e deveras incapacitante, visto causar comumente pneumonia de aspiração. E as deformidades de coluna como a cifose, a escoliose e a cifo escoliose são comuns nas crianças portadoras de PC. Concluiu-se, portanto, que as crianças portadoras de PC têm um padrão respiratório alterado fazendo com que estas pessoas desenvolvam doenças respiratórias. Estes dados corroboram com os dados deste estudo, sabendo que as principais causas de internações na UTI das CENLICAL, foram por desconforto respiratório e a distensão abdominal pela própria estrutura física do indivíduo.

É demonstrado por Ferrareto (2001) que os pacientes acometidos de paralisia cerebral apresentam alguns fatores degenerativos, tal como: flacidez

muscular, diminuição de peristaltismo que em muitas vezes entra num quadro de obstipação intestinal seguido de desconforto respiratório.

Furkim (2003) observou relação entre paralisia cerebral e disfagia. Esta autora afirma que devido ao comprometimento motor, esses indivíduos apresentam sintomas de distúrbios alimentares como tosse, engasgo, refluxo, regurgitação, vômito, desnutrição e falência do crescimento. Além disso, dependendo do grau de disfagia observa-se também aspiração traqueal o que pode levar o paciente a desenvolver desconforto respiratório seguido de pneumonias repetitivas. Os resultados deste indicaram que, das 32 crianças avaliadas, 93,7% apresentaram sinais sugestivos de aspiração durante a avaliação clínica e 25,9% apresentaram retenção em recessos faríngeos durante a fase faríngea da deglutição, 31,2% não apresentaram vedamento velofaríngeo adequado. Das 27 crianças que apresentaram aspiração constatada na avaliação videofluoroscópica, 59,3% aspiraram antes ou durante a elevação da laringe. Das 32 crianças avaliadas, 27 (84,4%) apresentaram aspiração detectada com videofluoroscopia. Esse resultado indica que, na maior parte dos casos, a presença de sinais sugestivos de aspiração observados na avaliação clínica foi confirmada na avaliação videofluoroscópica. Esses dados corroboram com este estudo onde os sujeitos com PC têm déficit na deglutição levando a varias situações após aspiração de alimentos desencadeando desconfortos e levando aos motivos de internações na UTI da Unidade de Longa permanência das CENLICAL.

No estudo feito por Aurelio (2002) participaram 76 crianças com idade variando de 1 a 5 anos, sendo 57 com PC e 19 com distúrbios neurológicos. O resultado indicou a existência de uma grande diferença entre o tempo gasto para alimentar uma criança com PC e uma criança sem PC, sendo o tempo médio de alimentação da criança com PC cerca de 5 a 7 horas. Isso leva a diminuição da oferta alimentar da criança com PC e conseqüentemente a má nutrição. Estes dados corroboram com os deste estudo pelas internações por hipoatividade, hipoglicemia entre outros motivos das internações.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que as causas que levam os pacientes com P.C., institucionalizados no Centro Espírita Nosso Lar “Casas André Luiz”, a serem transferidos para Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva são desconforto respiratório e distensão abdominal. Essas causas podem ser explicadas principalmente pela flacidez muscular, diminuição de peristaltismo o que leva em muitas vezes a um quadro de obstipação intestinal seguido de desconforto respiratório secundário à pela broncoaspiração, levando a complicações do quadro destes pacientes com PC.

O conhecimento destas causas pelo enfermeiro faz com que seja possível intensificar as medidas preventivas, de modo a evitar essas complicações.

BIBLIOGRAFIA

- 1- BOBATH, Berta Karel. **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.
- 2- BOBATH, Berta Karel. **A deficiência motora em pacientes com deficiência cerebral**. São Paulo, Manole, 1989, p. 11.
- 3- BOBATH, Berta Karel. **Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral**. São Paulo: Manole; 2000.
- 4- BORGES, Maria Beatriz Silva e; GALIGALI, Amanda Torrezan; ASSAD, Raquel Aboudib. **Prevalência de distúrbios respiratórios em crianças com paralisia cerebral na clínica escola de fisioterapia da Universidade Católica de Brasília**. *Fisioterapia em Movimento*, v.18, p. 37-47, 2005.
- 5- BURNS, Yvonne et al. **Fisioterapia na criança com problemas neurológicos, neuromusculares e de desenvolvimento do sistema nervoso**. In: **Fisioterapia e Crescimento na Infância**. São Paulo: Santos Livraria Editora, p. 359-69, 1999.
- 6- CAMARGO, Silvio. **Manual de ajuda para pais de crianças com Paralisia Cerebral**. 9. ed. São Paulo-sp: Editora Pensamento Ltda., p.81, 1999. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=ODxpUsMvfjoC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 07 maio 2012.
- 7- C. E. N. L. CASAS ANDRÉ LUIZ. (Guarulhos-SP). Centro Espírita Nosso Lar Casas André Luiz: Nossa História. Disponível em: <<http://www.casasandreluiz.org.br/interno.php?id=101000>>. Acesso em: 16 maio 2012
- 8- DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- 9- FERRARETTO, Ivan. **Paralisia Cerebral**. In: SOUZA, Angela Maria Costa de; FERRARETTO, Ivan. **Paralisia Cerebral – Aspectos Práticos**. 2. ed. São Paulo: Frontis Editorial, p. 63–105, 2001.
- 10- FINNIE, Nancie. **O manuseio em casa da criança com Paralisia Cerebral**. 2. ed. São Paulo: Manole, p. 351, 1980.
- 11- FRAZÃO, Yasmin Salles. **Disfagia na Paralisia Cerebral**. In: FERREIRA, Leslie Piccolotto et. Al. (org) *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.

- 12- FURKIM, Ana.Maria; SILVA, Roberta Gonçalves da. **Programas de reabilitação em disfagia neurogênica**. São Paulo: Frontis, 1999.
- 13- FURKIM, Ana Maria. & SILVA, Roberta Gonçalves da. **Conceitos e implicações para a prática clínica e para a classificação da disfagia orofaríngea neurogênica**. In: eds. - Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frontis, p. 1-19, 1999.
- 14- FURKIM, Ana Maria; BEHLAU, Mara Suzana and WECKX, Luc Louis Maurice. **Avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraparética espástica**. *Arq. Neuro-Psiquiatria*. v. 61, n. 3A, p. 611-616, 2003.
- 15- LEFÈVRE, Antonio Branco et al. **Disfunção cerebral mínima: monografias médicas**. São Paulo: Sarvier, 1975.
- 16- MADUREIRA, Denise Lopes. **Deglutição em neonatos**. In: Ferreira, L.P. et. al. (org) *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.
- 17- ROCHA, Ana Paula et al. **Relação entre desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral e qualidade de vida relacionada à saúde de seus cuidadores**. Minas Gerais: p. 6, 2008.
- 18- SANTINI, Célia Salviano – **Disfagia Neurogênica**. In: FURKIM, Ana.Maria. & SANTINI, Célia Salviano. (orgs) *Disfagias Orofaríngeas, Pró-Fono*, Carapicuíba, São Paulo: p. 19-34, 1999.
- 19- SILVA, Roberta Gonçalves da; VIEIRA, M.M. **Disfagia orofaríngea neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação**. In: Macedo Filho E, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G. *Disfagia, abordagem multidisciplinar*. 3 ed. São Paulo: Frôntis Editorial, p. 29-46, 1999.
- 20- SOUZA, Beatriz B. Alvez et al. **Nutrição e disfagia. Guia para profissionais**. Curitiba: Nutroclínica, 2003.
- 21- WEST, John. **Mecânica da Respiração**. In: *Fisiologia Respiratória Moderna*. 5ª. ed. São Paulo: Manole, p. 83-92, 1996.

APÊNDICE I – Protocolo de levantamento dos motivos de internação na Enfermaria Central (UTI) e/ou Semi-intensiva.

Idade do sujeito _____	Sexo _____	Unidade de origem _____
Diagnóstico de internação _____		
Hipótese diagnóstico _____		
Dia da internação _____		Dia da alta _____
<input type="checkbox"/> Enfermaria central UTI		<input type="checkbox"/> Semi-intensiva

Guarulhos, 15 de Julho de 2011.

A/C Direção do C.E.N.L. Casas André Luiz

Venho por meio desta solicitar autorização para realizar a pesquisa intitulada **“Motivos de internação dos pacientes com paralisia cerebral, institucionalizados das Casas André Luiz, na Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva”** orientada pela Prof^a Silvia Cristina Fürbringer e Silva. Esta pesquisa é parte do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em UTI das Faculdades São Camilo.

Atenciosamente,

Iracema Rodrigues de Almeida
RG 18.393.238-9

Sílvia Mathias Freitas
RG 18.916.225-8