

RELATO DE CASO: ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, NO NÍVEL SECUNDÁRIO DE ATENÇÃO A SAÚDE

MILENE BICCA¹; JOSIANE DA CUNHA LUÇARDO²; GILIANNE FRAGA MONK³;
JULIANA DOS SANTOS VAZ⁴; SANDRA COSTA VALLE⁵

¹Universidade Federal de Pelotas - milenebicca11@gmail.com

²josilucardo@gmail.com – josilucardo@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – giliane.monk@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – juliana.vaz@gmail.com

⁵Sandra Costa Valle – sandracostavalle@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma desordem do neurodesenvolvimento que se inicia normalmente antes dos três anos de idade e apresenta déficits marcados na socialização, na linguagem e no comportamento (DSM-V). Indivíduos com TEA possuem maior risco para desvios nutricionais, na maioria dos casos relacionado ao excesso de peso que são motivos para a preocupação de seus familiares (CAETANO et.al., 2018). ABREU *et al.* (2011) sugerem que crianças autistas possuem de duas a três vezes mais chances de serem obesas do que crianças de desenvolvimento típico.

Uma intervenção em saúde, particularmente com crianças, requer como primeiro passo o conhecimento da família a qual se irá trabalhar, identificando suas características físicas, de saúde e socioeconômicas, bem como suas condutas, atitudes, valores, práticas, opiniões e concepções relacionadas à saúde e alimentação (BRASIL, 2012). A intervenção nutricional se constitui em um elemento valioso na correção de desvios nutricionais em crianças e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e suas comorbidades. Contudo, parte significativa da adesão as intervenções está relacionada a família e, portanto, as metas terapêuticas devem ser direcionadas aos problemas da criança considerando seu contexto biopsicossocial.

O objetivo deste estudo foi descrever a assistência nutricional prestada a uma criança com TEA, de um ambulatório do nível secundário de atenção a saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. METODOLOGIA

Trata-se do relato de caso clínico de um menino de 7 anos de idade com diagnóstico de TEA, encaminhado e admitido no ambulatório de Nutrição materno-infantil, da Faculdade de Nutrição, da Universidade Federal de Pelotas por erro alimentar, compulsão alimentar e obesidade.

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2018, a partir de dados do prontuário de saúde e de seis consultas de nutrição realizadas no ambulatório de nutrição materno-infantil e no domicílio do paciente. As três primeiras consultas foram agendadas com periodicidade quinzenal e as demais mensal, sendo conduzidas por uma equipe de nutrição. Esta equipe foi composta por acadêmicos do sexto semestre do Curso de Nutrição-UFPEL, do Programa de pós-graduação em nutrição e Alimentos-UFPEL e por docentes nutricionistas do ambulatório de Nutrição materno-infantil-UFPEL, do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. O protocolo do estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob parecer nº 735.526, assegurando-se de que a criança não teria sua identidade revelada.

Na primeira consulta foram coletadas informações gerais do paciente quanto a seu hábito alimentar, histórico socioeconômico, comportamental e clínico. Na segunda consulta o histórico dietético, de comportamento e de comportamento frente ao alimento

do paciente foram analisados a partir de entrevista realizada com a mãe, na ausência da criança, assegurando o tempo para o detalhamento das informações. A partir

O peso foi aferido em balança plataforma digital (Welmy®), com capacidade para 200 kg e precisão de 100 g. A altura foi aferida utilizando estadiômetro acoplado à balança, com capacidade de 200 cm e precisão de 0,5 cm. Para avaliação do estado nutricional utilizou-se o Índice de massa corporal ($\text{peso em kg} / \text{altura (m)}^2$) e a altura para idade os quais foram comparados com as curvas de referência para crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), 2007.

O cálculo da necessidade energética total (NED), utilizou-se os critérios fornecidos pela *Food and Agriculture, of United States of America*, de acordo com o sexo e a idade (ACCIOLY, 2012). O peso teórico foi estabelecido considerando o Percentil 25 do IMC/I da OMS, 2007 (ACCIOLY, 2012). A ingestão alimentar diária foi avaliada por meio de recordatório de 24h e questionário de frequência de consumo alimentar, incluindo as quantidades consumidas e as marcas dos produtos industrializados utilizados. A adequação da ingestão considerou o número de porções de alimentos recomendados, segundo a NED conforme o guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014).

Com base nas informações disponíveis concluiu-se o diagnóstico nutricional global, subsidiando as condutas estabelecidas para o paciente. Os objetivos terapêuticos, assim como, as metas foram estabelecidos na primeira e segunda consulta. A cada consulta foram orientadas de três a cinco tarefas as responsáveis, as quais foram avaliadas quanto a adesão e aos motivos facilitadores e dificultadores para seu alcance.

Considerando o comportamento agitado e agressivo apresentado pelo paciente, em conversa com a família optou-se por realizar consulta domiciliar. Sendo assim, três das seis consultas deste relato de caso foram realizadas no domicílio.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente é um menino com 7 anos e 10 meses de idade, branco, reside com a mãe e avó, suas responsáveis e cuidadoras, nascimento a termo, seu peso ao nascer foi 3.225g e aleitamento materno exclusivo até os seis meses e diagnóstico de transtorno do espectro autista desde os dois anos e meio de idade. O encaminhamento para atendimento nutricional foi feito pelo serviço de neurologia pediátrica em razão do ganho de peso excessivo e erro alimentar.

A história ponderal mostrou ganho excessivo de peso, aproximadamente a um ano, associada ao início do tratamento com os fármacos Depakene e Risperidona. Desde então o menino apresenta ansiedade, compulsão alimentar e aumento elevado de peso. Em relação a história familiar a avó tem hipertensão arterial e a mãe tem epilepsia em com tratamento farmacológico o qual foi suspenso na gestação. Paciente frequenta meio período a escola regular e duas vezes por semana um centro educacional especializado em autistas. Realiza atividade física somente na escola, permanecendo restrito ao domicílio na maior parte do tempo em razão de seu comportamento frequentemente agitado e agressivo.

A anamnese alimentar da criança mostrou frequência e quantidade elevada de consumo de alimentos ultraprocessados, caracterizando a alimentação predominantemente de baixa qualidade, excessiva em calorias totais, lipídeos totais, transesterificados e ômega 6, sódio, açúcares simples, aditivos e corantes alimentares. Segundo relato das responsáveis o paciente busca constantemente consumir alimentos e tem preferência por alimentos crocantes, do tipo salgadinhos de pacote e sucos industrializados. A negativa de oferta destes alimentos resulta em aumento de sua agressividade e na permissão das responsáveis para o consumo indiscriminado dos

alimentos preferidos, inclusive para adormecer. Apesar disso, as frutas estavam presentes na alimentação em quantidades excessivas considerando o número de porções recomendadas. Já os legumes e verduras apesar de serem aceitos pelo menino eram ofertados em quantidade insuficiente. Durante as quatro primeiras consultas as responsáveis se mostraram física e emocionalmente fragilizadas e relataram estar “cansadas” com os cuidados necessários ao paciente.

Na primeira consulta foram obtidos o peso (34,40kg), a altura (1,23m), a circunferência abdominal (89,0cm) e calculado o IMC (22,86 kg/m²). O diagnóstico antropométrico correspondeu a obesidade, estatura adequada para idade e circunferência acima do percentil 90. O cálculo da NED correspondeu a 1.543,00 kcal/dia (25,71kg x 60kcal). Ainda foram esclarecidos o diagnóstico nutricional antropométrico e dietético, estabelecida a meta terapêutica, determinadas as tarefas para o alcance da meta e explicadas as dúvidas manifestadas pelas responsáveis. A primeira meta foi reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados. Sendo Mondini *et al.* (2007), constataram que um elevado consumo de alimentos industrializados, a exemplo de salgadinho e sucos artificiais, por crianças está relacionado a maior prevalência de obesidade.

Na segunda consulta a avó relatou extremo esgotamento emocional uma vez que o paciente estava muito agressivo com as responsáveis e no ambiente da casa jogava e quebrava objetos. Em razão disso, aguardava exames para avaliar mudança na medicação. Quanto a meta de redução da oferta de salgadinho houve grande resistência do paciente. Além de tudo, a avó percebeu que usava estes alimentos como recompensa para a criança cessar o comportamento agressivo, aspecto identificado como dificultador a adesão. Quanto a diminuição da oferta de sucos industrializados, substituindo-os por água e suco natural uma vez ao dia, houve adesão parcial. Sendo assim, a meta principal foi mantida e as tarefas revisadas e ampliadas. Nesta consulta se orientou a substituição dos salgadinhos por alimentos semelhantes em “crocância”, porém do tipo caseiro, com menores teores de energia, gorduras e sódio. Foi também fornecida uma lista com nomes e alternativas de salgadinhos caseiros, ricos em sementes, fibras e comercializados com custo acessível em lojas de produtos naturais da cidade.

Na terceira consulta o paciente mantinha-se extremamente agitado e as responsáveis esgotadas. Mãe relatou dificuldade de realização das tarefas, porém reduziu suco artificial e ofereceu suco natural. Contudo, o suco de fruta natural não estava sendo aceito pelo paciente, que passou a solicitar leite diversas vezes ao dia, alcançando consumo superior a 1L/dia. A água era ofertada em baixa quantidade e a compulsão alimentar permanecia. Nesse sentido, a meta principal e as tarefas anteriores foram mantidas, mas houve adequação da quantidade de leite. A nova tarefa incluiu oferta diária máxima de 600mL de leite, fracionado em 4 porções de 150mL e ofertar e disponibilizar água ao paciente. Além disso, foi orientado aumento da oferta de vegetais e que estes fossem cozidos mas mantivessem sua consistência.

A quarta consulta foi realizada no domicílio do paciente, a residência é um apartamento de um quarto, com pouca iluminação, já que por segurança mantinham-se as janelas fechadas, porém as dependências se encontravam limpas e muito bem organizadas. Durante a visita o menino estava menos agitado, a mãe relatou redução na oferta de salgadinhos de pacote em substituição aos caseiros. No entanto, a criança ainda solicitava os salgadinhos para comer enquanto adormecia. A água e o suco eram oferecidos com maior frequência e tinham melhor aceitação pelo menino. A visita a cozinha mostrou que os itens preferidos do paciente estavam em uma gaveta a seu alcance. Foi orientado para que se modificasse o conteúdo desta gaveta, para que a criança tenha a sua disposição opções mais saudáveis para o seu consumo. Os vegetais passaram a ser oferecidos nas refeições principais.

Destaca-se que essa intervenção só foi possível de ser realizada por se tratar de uma consulta domiciliar. Pois ao adentrar a casa de um paciente, o profissional reforça os laços de interação com a família, ganhando um novo aspecto pois agora não cabe apenas “ouvir” os problemas apresentados pelo paciente; mas deve-se atentar também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família (LACERDA, 2003).

A quinta consulta também foi realizada no domicílio do paciente que apresentava melhora na escola, maior interação com os colegas, aspectos que tranquilizavam parcialmente as responsáveis. Entretanto, ele apresentava dificuldade em aceitar os limites e a negativa de oferta dos alimentos preferidos. A avó relatou que não comprava salgadinhos de pacote e os sucos industrializados passaram a ser oferecidos uma vez na semana. De maneira geral houve melhora na qualidade da alimentação, contudo o paciente apresentou ganho de peso o que pode ser em parte explicada pelo maior consumo de frutas e outros alimentos naturais. Mãe e avó se mostraram engajadas em melhorar a alimentação da criança e não discordavam mais sobre suas atitudes quanto a alimentação do paciente. Destaca-se este como um ponto positivo e um aspecto facilitador de adesão a meta terapêutica principal.

A sexta e última consulta foi realizada no domicílio do paciente, ele encontrava-se menos agitado e agressivo, na escola conseguia realizar algumas tarefas, mas em casa ainda apresentava resistência aos limites. Sua medicação foi revisada e a dose de risperidona aumentada. As mudanças dietéticas foram mantidas pela família e destaca-se a redução de IMC do paciente. Apesar disso, identificou-se que o café preto adoçado passou a ser oferecido com maior frequência. Durante a visita a criança se mostrou mais comunicativa, demonstrou afeto, o que é um ponto positivo e facilitador das intervenções.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que família aderiu a meta e as tarefas propostas e foi possível melhorar a qualidade da alimentação do paciente. Destaca-se que esse resultado só foi alcançado pelo trabalho da equipe em desenvolver um atendimento domiciliar o que proporcionou seguranças, fortalecimento e estreitamento dos laços entre profissional e família facilitando a adesão as orientações.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, Luiz Carlos de. Condições relacionadas à obesidade secundária na interface do crescimento e desenvolvimento. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo ,v. 21,n. 1,p. 07-10, 2011
2. ASSOCIATION, A. P. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders **DSM-V**. 5. 2013. 948 ISBN 978-85-8271-088-3.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. secretaria de ciência. departamento de gestão a saúde. Risperidona no transtorno do espectro autista / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de gestão a saúde. — **Brasília : ministério da saúde**, 2014.
4. Lacerda MR, Oliniski SR. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. *Texto Contexto Enferm.* 2003 Set-Dez; 12 (3): 307-13.
5. Mondini L, Levy RB, Saldiva SR, Venâncio SI, de Azevedo Aguiar J, Stefanini ML. Overweight, obesity and associated factors in first grade schoolchildren in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2007;23:1825-34.
6. Ramos M, Stein LM. Development children's eating behavior. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76 (Supl 3):S229-37.
7. ACCIOLY, E. et al. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009.