

O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL DA CRIANÇA COM DIFICULDADE ALIMENTAR: UMA NOVA VISÃO

The role of the speech language pathologist in the diagnosis and multidisciplinary treatment of children with feeding difficulties: a new vision

Patrícia Junqueira⁽¹⁾, Priscila Maximino⁽¹⁾, Cláudia de Cassia Ramos⁽¹⁾, Rachel Helena Vieira Machado⁽¹⁾, Izaura Assumpção⁽²⁾, Mauro Fisberg^(1,3)

RESUMO

O presente artigo relata o caso clínico de paciente de dois anos e seis meses atendida por equipe multidisciplinar. A paciente apresentou dificuldades alimentares caracterizadas por recusa alimentar, tempo prolongado das refeições, defesa sensório-oral, reflexo de vômito anteriorizado e dificuldade mastigatória. Não se alimentava sozinha, nem participava das refeições em família. Apresentava refluxo gastroesofágico, alergia a proteína do leite de vaca e tosse seguida por vômito. Não apresentou comprometimento pondero-estatural. Foi utilizado o Programa de Refeição Compartilhada. Após acompanhamento médico, a conduta de trabalho foi definida e iniciada pelo trabalho sensório-oral, seguido do trabalho com a mastigação, associados ao trabalho de orientação familiar. A paciente passou a realizar as refeições com a família e participar das rotinas sociais de alimentação. O tempo de refeição foi reduzido e a recusa alimentar eliminada. Os aspectos sensório-motores-orais melhoraram significativamente. Após a alta e reavaliação em três meses, apresentou melhora no refluxo gastro-esofágico e a medicação foi suprimida. A nutricionista iniciou a introdução de derivados do leite, com boa aceitação por parte da paciente. O programa utilizado mostrou-se eficaz para o diagnóstico e tratamento da dificuldade alimentar apresentada pela paciente. A equipe multidisciplinar foi capaz de ter uma visão ampliada da dificuldade alimentar apresentada pela paciente, compreendendo as questões motoras, orais, orgânicas e nutricionais da alimentação da criança inseridas no seu contexto familiar.

DESCRITORES: Comportamento Alimentar; Fonoaudiologia; Mastigação

■ INTRODUÇÃO

Dificuldades alimentares na infância são extremamente comuns. Estudos realizados em diferentes regiões do mundo mostram que a queixa de não comer está entre as principais situações, não

apenas nos consultórios de pediatras como também na clínica de especialistas, como gastroenterologistas e fonoaudiólogos¹. Diferentes levantamentos científicos mostram que o problema acomete de 8% a 50% das crianças, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados^{2,3}, independentemente de idade, sexo, etnia e condição econômica⁴⁻⁶. Para a família, as dificuldades alimentares representam uma das preocupações mais importantes enfrentadas na infância, sendo causa frequente de conflitos nas relações entre pai, mãe e filhos⁷.

Na tentativa de auxiliar o entendimento dos diferentes aspectos do problema, Kerzner⁸ sugere a expressão “dificuldade alimentar” como

⁽¹⁾ Centro de Dificuldades Alimentares Infantis do Instituto de Pesquisa e Ensino em Saúde Infantil – PENSI- Hospital Infantil Sabará, São Paulo, SP, Brasil.

⁽²⁾ Instituto de Pesquisa e Ensino em Saúde Infantil – PENSI- Hospital Infantil Sabará, São Paulo, SP, Brasil.

⁽³⁾ Departamento de Pediatria – UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

nomenclatura geral e propõe uma classificação baseada em características de apresentação do quadro, organizada em sete perfis: interpretação equivocada dos pais, ingestão altamente seletiva, criança agitada com baixo apetite, fobia alimentar, presença de doença orgânica, criança com distúrbio psicológico ou negligenciada e choro que interfere na alimentação. As dificuldades alimentares apresentam, ainda, a característica de serem distúrbio duradouro, que se apresenta nos primeiros meses de vida e persiste durante muitos anos, conforme demonstrado por Ostberg&Hagelin⁹, que acompanharam 230 famílias suecas e verificaram que as crianças com essa condição nos primeiros anos de vida persistiam com problemas nessa área após seis anos de seguimento. Por serem alterações complexas e com etiologias diversas, as dificuldades alimentares necessitam de uma abordagem multiprofissional, com participação do pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e gastropediatria, entre outros¹⁰.

Os fonoaudiólogos há muito tempo atuam com bebês e crianças com dificuldades alimentares, com o objetivo de “fazer a criança comer” uma quantidade específica e/ou em qualidade mais adequada em termos de textura e consistência do alimento¹¹. Para alcançar esses objetivos, são desenvolvidos programas de tratamento da motricidade orofacial que enfatizavam a estimulação e os movimentos da mandíbula, língua e lábios, com o objetivo de adequar essas estruturas para que a criança possa se alimentar^{12,13}. Esse modo de atuação tem um conceito restrito subjacente que permeia esse tipo de terapia, no qual o grande objetivo é melhorar as habilidades motoras orais da criança para que ela possa comer. Nessa visão a lente do fonoaudiólogo se fecha num enorme zoom para a criança caracterizando o modo de olhar e tratar as dificuldades alimentares infantis. Morris¹¹ sugere que, para melhor compreensão das dificuldades alimentares infantis, é necessária a análise da problemática sob novo ângulo porque, quando se abre o foco, ampliando o campo de visão, outros aspectos são observados e o fonoaudiólogo tem uma compreensão mais ampla do momento da refeição e não apenas da dificuldade da criança. Este novo conceito integra o Programa de Refeição Compartilhada (PRC), cujos elementos mais importantes são o momento da refeição, o conforto da criança e seu desejo de aprender a comer.

O PRC¹¹ é baseado na premissa de que cada criança nasce com a capacidade interna para comer

e crescer apropriadamente. Durante a infância eles aprendem a interagir com os adultos, expandem suas habilidades e desfrutam tanto dos alimentos quanto do ambiente das refeições. Algumas crianças experimentam perturbação nesse ciclo normal devido a dificuldades físicas, sensoriais, estruturais e nas habilidades e oportunidades oferecidas pelo ambiente. Por exemplo, problemas na coordenação podem interferir na capacidade de sugar, deglutir ou mastigar alimentos; dificuldades no processo sensorial podem contribuir com estresse e desconforto durante a alimentação; alterações gastrointestinais contribuem com uma associação negativa entre alimento e desejo de comer. Esses aspectos compõem o Círculo da Refeição e são descritos por Morris¹¹(Figura 1).Esse círculo representa a total interação e influência sob a refeição da criança e inclui todos os aspectos dos quatro ciclos fechados que estão interconectados. Além disso, incorpora o amplo aspecto do relacionamento da criança com a sua família na refeição.

Assim, o primeiro passo do PRC é identificar as barreiras que limitam o desenvolvimento e conforto das habilidades alimentares para ajudar as crianças a retornarem ao seu desejo natural de fazer parte das refeições. Para tanto, o programa prevê estratégias para aumentar a coordenação física, processo de integração sensorial, conforto gastrointestinal, comunicação e controle motor oral. Todos esses aspectos são incorporados para dar apoio e possibilitar habilidades e desejos para a criança comer.O diagnóstico proposto pelo PRC é definido por meio de uma visão global do paciente e sua queixa. O fonoaudiólogo em conjunto com a equipe multidisciplinar faz uma análise específica de todos os componentes do Círculo da Refeição¹¹. A partir dessa análise, todos os detalhes e informações são interconectados, fazendo parte de um todo e são definidas as prioridades para o tratamento. Ademais, a família exerce um papel preponderante na aplicação do PRC, sendo orientada e esclarecida semanalmente. São trabalhados conceitos como crenças, medos referentes ao ato de alimentar, hábitos, rotinas e culturas familiares, para que assim, seja possível qualquer tipo de mudança na refeição da criança, que é realizada em conjunto com sua família.

O objetivo deste relato de caso é apresentar a atuação fonoaudiológica no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar, segundo o Programa de Refeição Compartilhada.



Figura 1 – Círculo da Refeição

■ APRESENTAÇÃO DO CASO

O relato de caso foi submetido ao comitê de ética do Centro de Dificuldades Alimentares do Instituto de Pesquisa e Ensino em Saúde Infantil – PENSI – Hospital Infantil Sabará, sob registro 34409414.8.0000.5567.

BM é filha única, tem dois anos e seis meses e foi encaminhada para avaliação fonoaudiológica pelo pediatra com queixa de dificuldade para mastigar alimentos de consistência sólida. Nasceu a termo e foi amamentada exclusivamente com leite materno até seis meses. Após esse período apresentou dificuldade para aceitar o leite industrializado ofertado na mamadeira e recusa para qualquer tipo de alimento. Exames físicos e laboratoriais apresentaram resultados normais. Sempre se alimentou com muita insistência da família e/ou cuidadores. Aos nove meses apresentou episódio de otite e a avaliação médica confirmou o diagnóstico de refluxo gastro-esofágico (RGE), por meio de exame radiológico. Foi iniciado tratamento clínico medicamentoso. Houve discreta melhora da aceitação alimentar, porém sempre com imposição forçosa dos pais para a ingestão da quantidade determinada por eles.

Quadro de bronco-espasmo seguido de internação, aos 10 meses, agravou a recusa alimentar. Foi internada com hipótese diagnóstica de alergia alimentar. No período de internação hospitalar apresentou quadro de gastrite-hemorrágica. Teve alta do hospital com diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca (APLV) e com sonda nasogástrica para alimentação. Permaneceu por quatro meses com alimentação exclusiva pela sonda. Depois de retirada da sonda iniciou alimentação via oral com seringa, seguida por colher. Os alimentos ofertados

eram liquidificados para facilitar a aceitação. Sempre foi “forçado” e “negociado” para que ela se alimentasse.

Apaciente mantém a dificuldade para se alimentar até hoje, caracterizada por tempo prolongado das refeições (mais de uma hora), ausência de mastigação e dificuldade para deglutir alimentos sólidos. A família oferece uma sopa de legumes batida junto com a alimentação semi-sólida, para facilitar a deglutição. BM não se alimenta sozinha, nem participa das refeições com a família. Apresenta recusa para frutas em pedaços, enquanto que outros alimentos mais fibrosos, ela coloca na boca, mas depois cospe no prato sem mastigar.

Os pais queixam-se, também, de dificuldade para alimentar a filha. Relatam que, com eles, ela come em menor quantidade, chora e grita, prolongando ainda mais o tempo das refeições. Assim, delegaram a tarefa a um cuidador, que oferece as refeições sempre com a televisão ligada e, às vezes, com brinquedos, para distraí-la. A família modificou seus hábitos sociais devido ao problema da alimentação da filha, com redução de eventos sociais em restaurantes, viagens ou ambientes de familiares. Quando isto ocorre, a refeição é oferecida pelo cuidador antes de sair e após o retorno, que é programado sempre para antes do horário da próxima refeição. Referem, ainda, excessiva preocupação com a quantidade e qualidade de alimento ingerido pela paciente, bem como com os horários das refeições. Exigem dos cuidadores que ela coma toda a quantidade nos horários pré-determinados por eles. Telefonam várias vezes ao dia para saber se a filha comeu e quanto. Têm uma balança em casa para pesá-la semanalmente. BM não está na escola, por receio dos pais de que a alimentação oferecida pela instituição possa prejudicá-la. É acompanhada o dia todo por cuidadores.

Atualmente, o RGE está controlado por medicação. Ainda apresenta vômitos frequentes seguidos de tosse, principalmente à noite. Utiliza mamadeira duas vezes por dia. Respira pelo nariz e nega patologias auditivas e respiratórias. Desenvolvimento neuro-psico-motor dentro dos padrões de normalidade.

Para a complementação do enfoque multidisciplinar, foi solicitada uma avaliação do estado nutricional à nutricionista. A avaliação antropométrica realizada verificou que BM não apresenta comprometimento pondero-estatural, de acordo com sua idade. A mãe foi orientada a preencher um diário alimentar por três dias alternados, incluindo um dia do final de semana. Neste diário, os alimentos são anotados no momento do consumo, na quantidade ingerida, com a descrição de todos os utensílios utilizados e modos de preparo dos alimentos. As

informações dietéticas coletadas no diário alimentar foram analisadas por meio de programa de análise nutricional e comparadas aos padrões recomendados específicos para idade e gênero.

Exame Fonoaudiológico

Foi observado durante a avaliação fonoaudiológica:

- paciente possui excelente compreensão oral, com linguagem e fala adequadas para idade;
- apresenta excelente postura corporal e coordenação motora;
- possui leve hipofunção da musculatura orofacial (principalmente lábios e bochechas), frênulo de língua adequado. Apresenta sobremordida;
- presença de reflexo de vômito acentuado ao toque nas regiões laterais da língua.

Foi solicitado à família que trouxesse uma refeição habitual de LVG para avaliação. A refeição observada foi composta por: arroz, feijão, carne moída, cenoura cozida ralada, abobrinha cozida e picada, e sopa de legumes. A paciente apresentou mastigação caracterizada por presença de amassamento do alimento com a língua, bem anterior e com presença de movimentos verticais de mandíbula. Não há lateralização do bolo alimentar, algumas vezes apenas ruminado e não deglutido, sendo cuspidado inteiro no prato. A sopa foi adotada pelo cuidador como instrumento diário e em todas as refeições para facilitar a ingestão de outros alimentos de consistência sólida. O utensílio utilizado é a colher de sobremesa e de sopa. Há constante recusa alimentar (a paciente vira a cabeça, coloca a mão na frente da boca e verbaliza a recusa), seguida de forte negociação verbal e distração por parte do cuidador. Quando a recusa para o alimento se intensifica, é ofertada somente a sopa.

Identificando as questões-chave do diagnóstico e definindo prioridades para o tratamentosegundo o PRC¹¹

Análise sobre as múltiplas questões da alimentação de BM permitiu à equipe multiprofissional considerar meios para identificar as questões-chave para o tratamento. As dificuldades da paciente, inicialmente, poderiam ser agrupadas nas seguintes áreas:

1. Aspecto Motor:

- ausência de movimento de lateralização e rotação mandibular para realização de mastigação eficaz;
- padrão mastigatório com movimentos verticais de mandíbula, com presença de amassamento do alimento (língua contra palato);

- ineficiência mastigatória para alimentos fibrosos e consistentes. Como consequência, permanece por muito tempo com os alimentos na cavidade oral, desprezando-os ao invés de deglutí-los.

2. Aspecto Sensorial:

- defesa sensorial ao toque nas regiões laterais da língua com presença de reflexo de vômito;
- compensação com anteriorização do bolo alimentar para proteger a cavidade oral do desconforto sensorial quando o alimento atinge as laterais da cavidade oral e língua.

3. Aspectos Gastrointestinal-Físicos:

- desconforto associado entre refeição e vômito;
- vômitos frequentes seguidos de tosse após refeições (mais frequentes à noite);
- presença de RGE;
- APLV.

4. Aspectos relacionados à Refeição, Vivência e Rotina Alimentar:

- forte pressão por maior ingestão de alimentos, não importando a maneira ou consistência;
- falta de confiança em sua capacidade de ingestão alimentar;
- ausência de vivências prazerosas durante a refeição;
- ausência de refeições fora do ambiente domiciliar e oferecidas exclusivamente por cuidador;
- cardápio monótono e repetitivo (sólidos e sopa líquida), na tentativa de facilitar a deglutição dos alimentos sólidos;
- distração durante as refeições e frequentes negociações;
- adequação para todos os grupos de alimentos (cereais, frutas, vegetais, carnes, leguminosas, alimentos lácteos, gorduras);
- inadequação quanto à consistência (semi sólida);
- inadequação nutricional, relacionada à baixa ingestão calórica, de fibras e água. Ainda assim, o consumo observado pela nutricionista é satisfatório para a manutenção da velocidade de crescimento, que se apresenta adequado para a idade.

A partir dessa análise, a equipe multidisciplinar definiu a direção das metas para dar início ao tratamento baseado no PRC¹¹, conforme descrito a seguir. Foram realizadas 30 sessões de fonoterapia, realizadas duas vezes por semana, com duração de uma hora cada.

1. Conforto sensorio-motor-oral: reduzir a defesa sensorial, propiciar experiências orais agradáveis, gradativamente introduzir

alimentos que propiciem o aprendizado da mastigação. Inicialmente, utilizaram-se toques e massagens na região oral seguidas por estímulos com diversos materiais (escovas, dedeiras, mordedores etc.). Foram utilizadas estratégias visuais, verbais, táteis e proprioceptivas para facilitar o aprendizado da mastigação. Por exemplo, foram utilizados alimentos finos e compridos para facilitar o aprendizado da mastigação lateral, com movimento mastigatório exemplificado pelos pais e profissional, além de reforço verbal positivo quando a paciente realizava o movimento correto, uso do espelho para que ela visualizasse o seu movimento etc.

2. Vivência compartilhada às refeições: demonstrar respeito para as necessidades e vontades de BM às refeições, ajudar a construir autoconhecimento sobre suas necessidades e autonomia para aprender a comer sozinha, conscientização familiar sobre o processo da refeição. As gravações da realização das refeições em casa foram discutidas com os pais, pontuando-se aspectos quanto ao ambiente dispersivo, negociação para comer e ausência da participação da criança em todo o processo alimentar. A redução da pressão para BM comer foi indicada e, aos poucos, a paciente foi estimulada a fazer escolhas e se alimentar sozinha.
3. Desconforto gastro-intestinal: tratamento medicamentoso, diminuir estresse às refeições, respeitar demonstração de saciedade;
4. Adequação nutricional: adequar densidade calórica das refeições após transição da consistência tolerada, revisão de cardápio (quantidade, volume, variedade, apresentação, horários), aumento da oferta hídrica e da ingestão de fibras. Nesse sentido, foi solicitado que BM fosse incentivada e inserida, na medida do possível, em todo o processo de preparo de alimentos, desde a compra dos produtos, a preparação até o auxílio na colocação dos pratos, talheres e copos à mesa.

■ RESULTADOS

Houve melhora das condições sensório-motoras orais apresentadas pela paciente, o que possibilitou que a mesma pudesse se alimentar com conforto e eficiência. Gradativamente, BM foi aceitando melhor os estímulos e alimentos com características que possibilitassem o aprendizado da mastigação, além de demonstrar interesse por essas atividades e, aos poucos, solicitar a preparação de algum alimento preferido para a refeição etc. Foram introduzidas

frutas em pedaços (anteriormente apenas eram consumidas batidas com leite) e apresentados talheres para que ela aprendesse a comer sozinha. O respeito as suas preferências alimentares e demonstração de saciedade foram valorizados durante todo o processo. Inicialmente, BM rejeitava os alimentos apresentados e, em alguns momentos, forçava o vômito, com medo de que fosse forçada a comer. Aos poucos, com o desenvolvimento da confiança no terapeuta, esses mecanismos foram desaparecendo. Com o aumento da aceitação alimentar e maior conforto oral, outros alimentos mais fibrosos foram introduzidos para facilitar ainda mais o aprendizado da mastigação, como carne de vaca, pão francês, pão de queijo etc.

O tempo de refeição foi reduzido e a recusa alimentar eliminada com o tratamento medicamentoso para o RGE, aliado às orientações nutricionais e o respeito aos sinais de saciedade demonstrados pela paciente. Os vômitos noturnos foram gradativamente deixando de acontecer. O tratamento medicamentoso, bem como as orientações nutricionais foram mantidas no momento da alta.

Todo o desenvolvimento da terapia foi compartilhado e discutido com a família que, aos poucos, adquiriu segurança para fazer as refeições com a filha e incluí-la nas tradições familiares e rotinas sociais. BM fez sua primeira refeição com a família em um restaurante e não mais era alimentada antes de ir à casa dos avós e/ou amigos. O cuidador foi dispensado. O local de realização das refeições foi modificado, reduzindo estímulos dispersivos, como TV e brinquedos. Tais estímulos foram substituídos por CD de *Metamúsica*¹¹ para tranquilizar o ambiente, favorecendo o relaxamento de todos.

BM foi reavaliada após três meses do término do programa. Apresentou grande melhora do RGE, sendo suprimida a medicação. Gradativamente, foram introduzidos pela nutricionista preparações com derivados do leite, também com ótima aceitação. Os pais relataram que a filha permanecia se alimentando sozinha, participando do momento das refeições com toda a família.

■ DISCUSSÃO

Inicialmente a paciente apresentava dificuldade para mastigar decorrente da dificuldade sensorial identificada, com frequente reflexo de vômito, o que impossibilitava a aceitação de alimentos fibrosos e ampliação do seu cardápio. A literatura^{11,13-15} aponta para a importância de se priorizar o aspecto sensorial para possibilitar conforto e competência ao paciente no momento da mastigação.

Ainda, em acordo com esses autores^{11,13-15}, os alimentos que se espalham facilmente na região oral ou volumes maiores que preenchem o espaço interno oral costumam facilitar a ocorrência de náuseas e vômitos, levando a paciente a recusá-los ou cuspi-los. Este tipo de ocorrência cria memória de desconforto e leva à recusa por parte da criança, que pode, ainda, apresentar comportamentos para se proteger dessa situação (cuspir, ruminar etc.)¹³. Assim sendo, o trabalho com mastigação só foi iniciado após a paciente ter suprimido os sintomas de desconforto oral¹⁵.

A reabilitação da mastigação foi baseada visando a oferta de novos alimentos que possibilitassem o padrão de mastigação bilateral alternado^{13,15}. Também foram trabalhados o tamanho da mordida e a quantidade ideal a ser introduzida na cavidade oral para que ela pudesse mastigar com conforto. Como BM sempre foi alimentada por outras pessoas, não pôde aprender a controlar a quantidade ingerida necessária para mastigar e deglutir com conforto e eficiência, sempre recebendo grandes volumes para poder engolir com rapidez¹⁶. O aprendizado desse controle ajudou também a minimizar as náuseas e a necessidade de cuspir antes de deglutir. Observamos, em acordo com a literatura^{15,16}, a importância da autonomia da criança no momento da refeição e quanto esse aspecto pode interferir na qualidade da mastigação e deglutição, além de todos os aspectos sensoriais e emocionais envolvidos no ato de comer.

Houve gradativa melhora clínica das condições sensório-motoras-orais apresentadas pela paciente, o que possibilitou que a mesma pudesse se alimentar com conforto e eficiência, expandindo seu cardápio e mastigando diferentes texturas de modo efetivo.

Os aspectos gastrointestinais têm um papel altamente importante nesse caso. BM sentiu, desde os seis meses, desconforto e dor ao ser alimentada. A presença frequente de vômitos (decorrentes do RGE) levou à associação negativa com as refeições. Além disso, fez uso de sonda nasogástrica por quatro meses, não sendo alimentada oralmente nesse período. Em acordo com a literatura, o tratamento para o quadro de RGE e as orientações nutricionais para APLV devem ser prioridade e acompanhadas de perto pela equipe multidisciplinar, para minimizar possível desconforto ou sintoma antes, durante e/ou após as refeições^{10,14}. As orientações nutricionais contribuíram para que a família se sentisse segura para modificar o cardápio e retirar a sopa que era ofertada junto com os alimentos semi-sólidos.

Desse modo, após o tratamento e orientações, os sintomas gastrointestinais foram eliminados,

contribuindo significativamente para o aumento do conforto e segurança e redução do tempo de refeição da paciente, aspectos esses, fundamentais e descritos em literatura^{10,14,15} como primordiais para tornar a refeição possível e prazerosa.

Aspectos relacionados à refeição, vivência e rotina alimentar foram observados durante a avaliação e trabalhados, pois impactam diretamente no resultado do tratamento^{1,2,3,11,15-17}. Inicialmente foi identificada uma forte pressão por parte da família para que BM se alimentasse, não importando a maneira ou consistência dos alimentos. Somado a isso, verificou-se a ausência de vivências prazerosas durante a refeição e de refeições fora do ambiente domiciliar. BM não era estimulada a comer sozinha e suas refeições eram ofertadas exclusivamente por cuidador. Tudo isso aliado à distração durante as refeições e frequentes negociações para que BM comesse.

Esses aspectos são relevantes e impactam diretamente no sucesso do tratamento. Em acordo com autores^{11,17-20} batalhas por controle da ingestão alimentar rompem o momento da refeição e reduzem o ato de comer a um momento desagradável para todos os envolvidos. Nesse sentido, além dos aspectos sensoriais, motores orais e gastrointestinais faz-se necessário para efetividade do tratamento da criança com dificuldade alimentar, um olhar ampliado que também possa valorizar e atuar nos demais aspectos que interferem na refeição. Esses aspectos são muito claramente descritos no PRC¹¹; quando identificada valoriza e atua em todos os aspectos que estão envolvidos no Círculo da Refeição¹¹.

Para tanto, como proposto no PRC¹¹, todo o desenvolvimento da terapia foi partilhado e discutido com a família que, aos poucos, adquiriu segurança para fazer as refeições com a filha e incluí-la nas tradições familiares e rotinas sociais.

A família, segundo vários autores^{11,17-20}, tem uma influência poderosa nos hábitos e comportamentos alimentares das crianças. Atualmente alguns autores já estudam a influência dos estilos parentais no comportamento alimentar das crianças, bem como sua influência no prognóstico do tratamento da dificuldade alimentar. Portanto, cabe salientar que, ao diagnosticar e tratar a criança com dificuldade alimentar, é imprescindível compreender os hábitos da família na qual ela está inserida, sua cultura e realidade, bem como suas crenças e valores.

O PRC¹¹ proporcionou a utilização de estratégias para desenvolver os aspectos sensório-orais, o conforto gastrointestinal e, principalmente, re-estabeleceu a comunicação efetiva

entre a paciente e sua família no momento da refeição o que, conseqüentemente, possibilitou a retomada do momento da refeição de modo prazeroso para todos, relatada pela família após alta da terapia.

■ CONCLUSÃO

O programa utilizado mostrou-se eficaz para o diagnóstico e tratamento da dificuldade alimentar apresentada pela paciente.

ABSTRACT

The article reports the case study of a two year and six months old female patient, attended by a multidisciplinary team. Patient presented feeding difficulties such as food refusal, long lasting meals, oral-sensory defensiveness, anterior vomiting reflex and difficulties in chewing. She did not feed herself nor took part in family mealtimes. Presented gastro esophageal reflux, allergy to cow's milk protein and coughs followed by vomiting, without impairment of weight or height. The Mealtime Partners Program was method of treatment choice. After treatment of medical issues, the working method was established and initiated with oral sensorial development, followed by chewing development and associated to family guidance. Patient started having meals with the family and taking part in social mealtime routines. Duration of meals diminished and food refusal eliminated. Motor-oral system patterns improved significantly. Reassessment in 3 months showed reduction in gastroesophagealreflux symptoms and medication was removed. The nutritionist introduced dairy products with good acceptance. The Mealtime Partners Program, proved to be effective in the diagnostics and treatment of the feeding difficulties presented. The multidisciplinary team had a broad view of feeding difficulties presented by the patient, comprising motor, oral, organic and nutritional issues of feeding regarding the child's family background.

KEYWORDS: Feeding Behavior; Speech Language and Hearing Sciences; Mastication

■ REFERÊNCIAS

1. Almeida CN, Mello ED, Maranhão HS, Vieira MC, Barros R, Barreto JR et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Pediatria Moderna*. 2012;48(9):24-6.
2. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav*. [Research Support, N.I.H., Extramural]. 2010;11(4):253-7.
3. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1990;29(1):112-6.
4. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers, and decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc*. 2004;104:57-64
5. Brown AM, Matheny AP, Jr. Feeding problems and preschool intelligence scores: a study using the co-twin method. *Am J Clin Nutr*. 1971;24(10):1207-9.
6. Chatoor I, Surlis J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2004;113(5):e440-7.
7. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2003;42(1):76-84.
8. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *ClinPediatr (Phila)*. [Review]. 2009;48(9):960-5.
9. Östberg M, Hagelin E. Feeding and sleeping problems in infancy: a follow-up at early school age. *Child: Care, Health and Develop*. 2011;37(1):11-25.
10. Miller C K, Burklow K A, Santoro K, Kirby E, Mason D, Rudolph C D. An Interdisciplinary Team Approach to the Management of Pediatric Feeding and Swallowing Disorders. *Children's Health Care*. 2001;30(3):201-8.

11. Morris SE, Klein MD. Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development. 2nd ed. Pro-ed; 2000.
12. Using motor learning approaches for treating swallowing and feeding disorders: a review. Sheppard JJ. Language, speech, and hearing services in schools. 2008;(39): 227-36.
13. A sensory-motor approach to feeding. Overland L. SIG 13 Perspectives on swallowing and swallowing disorders. Dysphagia. 2011;(20):60-4.
14. Palmer M, Heyman M. Assessment and treatment of sensory versus motor-based feeding problems in very young children. *InfYngChild*. 1993;6:67-73.
15. Patel M.R., Piazza C.C. An evaluation of food type and texture in the treatment of a feeding problem. *J Applied Behavior Analysis*. 2002;35(2):183-6.
16. Crist W, Napier P, ANNE B.A. Mealtime Behaviors of Young Children: A Comparison of Normative and Clinical Data; 2001
17. Satter E. How to get your kid to eat. But not too much. 2nd ed. Bull Publishing Company; 1987.
18. Kiefner-Burmeister AE, Hoffmann DA, Meers MR, Koball AM, Musher-Eizenman DR. Food consumption by young children: A function of parental feeding goals and practices. *Appetite*. 2014;74:6-11.
19. Greer AJ, MA, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *J. Pediatr. Psychol*. 2008;33(6):612-20.
20. Hughes S O, Powerb T G, Fishera J O, Muellerc S, Nicklasa T A. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*. 2005;44:83-92.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201511614>

Recebido em: 03/07/2014

Aceito em: 08/12/2014

Endereço para correspondência:

Patrícia Junqueira

Instituto PENSI – Hospital Infantil Sabará

Av. Angélica, 1968/7º andar cj. 71 – Higienópolis

São Paulo - SP - Brasil

CEP: 01228-200

E-mail: patriciajunqueiram@uol.com.br