

O Impacto Sensorial na Alimentação e a Intervenção Fonoaudiológica

The sensory impact on eating and speech therapy intervention

Lais do Nascimento Silva
Faculdade CEAFI, Goiânia/GO
Lillian Christina Oliveira Silva
Mestranda pela UniEvangélica

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 fonoaudiólogos.

Diferentes levantamentos científicos mostram que o problema acomete de 8% a 50% das crianças, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados, independentemente de idade, sexo, etnia e condição econômica. 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 filhos(1,2).

Uma grande maioria de crianças com dificuldades de alimentação tem um histórico de dificuldades de desenvolvimento, problemas de saúde perinatal e/ou enfermidades e malformações que afetam a função digestiva. Algumas condutas, como o pedido alimentar ou o que apresenta extrema seletividade em relação às propriedades sensoriais dos alimentos (sabor, odor, texturas, etc.), coexistem no menu com os transtornos fisiológicos(2).

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 alimento.



Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

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(1,2).

Porém, esse modelo de atuação restrito, não permite que o fonoaudiólogo avalie o paciente e o caso como um todo, tornando assim, uma reabilitação restrita a apenas alterações orais, quando na grande maioria o motivo dessa dificuldade alimentar está muito além(1).

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(1).

Algumas crianças vivenciam uma quebra nesse ciclo normal de desenvolvimento devido as dificuldades físicas (motoras orais) e sensoriais. Normalmente essas dificuldades surgem nos momentos de transição alimentar. Ao iniciar introdução da mamadeira, alguns bebês podem apresentar dificuldades em aceitar o bico. Outros momentos importantes são o início da “primeira papa”, a introdução de grãos, e a passagem para a alimentação usual da família(1).

As famílias usualmente respondem a essas dificuldades da criança com alimentação ou recusa alimentar compressão, na tentativa de controlar o tipo e a quantidade de alimento que a criança come durante as refeições de acordo com a vontade dos pais, muitas vezes sem compreender os motivos pelos quais a criança não aceita determinado alimento, ou ainda sem uma real compreensão da dificuldade apresentada, começam a travar verdadeiras “batalhas” para que a criança coma(1).

Esse comportamento dos pais contribui para uma relação desfavorável entre todos os envolvidos no momento da refeição, desgastando as relações estabelecidas nesse momento, além de criar uma negativa associação entre alimento e desejo de comer(1).

A disfunção sensorial é uma das alterações apresentadas pelas crianças desde o nascimento que pode dar sinais na introdução alimentar ou antes, porém muitas pais e terapeutas interpretam como “frescura” por não entenderem a gravidade e pelo o sistema sensorial ser constante e dinâmico as informações sensoriais não são processadas de um dia para o outro, uma criança pode aceitar determinado alimento hoje e na próxima vez que for ofertada recusar, essas respostas podem confundir os familiares e levar “batalha” para que a criança toque nos alimentos, coma alimentos de textura diferente, afastando assim cada dia a criança que passa a recusar até higiene oral por causar náuseas, vômitos tornando assim cada vez mais aversivo o momento da alimentação para essa criança(1).

Os aspectos sensoriais exercem grande papel em determinar o tipo de movimento que será utilizado ou se a criança vai explorar a experiência de aprendizagem de novos padrões de movimento para a alimentação. Para tanto, devemos compreender as habilidades sensoriais normais como: capacidade dos órgãos sensoriais receberem a informação sensorial, a habilidade do SNC interpretar e ou perceber a mensagem sensorial e o controle da quantidade total de informação que está sendo processada, onde qualquer desvio em uma dessas habilidades compromete o desenvolvimento do processo da alimentação(1).

Isso acontece porque uma disfunção sensorial pode aumentar ou diminuir o nível de intensidade de sensações ao comer promovendo desconforto e causar sensações associadas ao alimento que são percebidas como extremamente desagradáveis, perigosas e ameaçadoras, limitando assim o número de alimentos que a criança come e, contribuindo para uma recusa alimentar(1).

Além disso, os problemas de rejeição e seletividade estão frequentemente relacionados com dificuldade no controle e/ou aceitação de certos tipos de alimentos.

Esse comportamento é típico de uma criança com hipersensibilidade oral, onde as causas da hipersensibilidade oral são variadas. Crianças com histórico médico complexo que não experimentaram as sensações orofaciais típicas de bebê e/ou foram submetidos a experiências orofaciais adversas (intubação, aspiração, etc.), apresentam frequentemente hipersensibilidade alterações orais e outras alterações sensoriais que afetam ao processo de alimentação. A hipersensibilidade oral é igualmente comum em crianças com histórico de refluxo gastroesofágico. Introdução tardia de alimentos texturizados também pode ser a causa de dificuldades crossensoriais(3).

Para os membros da equipe de reabilitação (terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo) geralmente é mais fácil recuperar o desenvolver as habilidades e atitudes necessárias quando o paciente ainda é muito pequeno. É errado pensar que é demais em breve envolverá a equipe de reabilitação para tratamento de um bebê. Por exemplo, muitas técnicas e estratégias sensório-motoras pode ser aplicado em bebês e assim prevenir o aparecimento de problemas. Também é preciso educar a família sobre a importância de manter uma atitude calma e positivo em torno das refeições para evitar a criação de um vínculo emocional negativo com a alimentação(3).

No primeiro compromisso com o terapeuta fonoaudiólogo é nos tornar um observador astuto e um conector de informações sobre a criança e a família. Nós nos aprofundamos na história da criança(4).

Observamos uma ou mais refeições tanto no ambiente clínico quanto nos vídeos de refeições realizadas em casa. Exploramos as observações e preocupações da família da criança. Avaliamos cuidadosamente o aspecto físico, sensorial e motor oral da criança, principalmente em relação à sucção, deglutição, respiração, mordida e mastigação. Observamos as habilidades de comer e beber da criança com diferentes tipos de alimentos e utensílios. Consideramos os desafios médicos e de saúde que podem influenciar as habilidades da alimentação. Constantemente devemos nos perguntar como nossas percepções multissensoriais se relacionam com a alimentação da criança na sua totalidade.

Em cada ponto, fazemos a pergunta: “Como essa observação influencia minha avaliação e interpretação das habilidades e limitações da criança para avançar na progressão alimentar e poder participar das refeições(4).

Muitos terapeutas se concentram exclusivamente nas dificuldades que uma criança ou seus pais estão tendo no processo de alimentação. A terapia que deriva dessa visão unilateral está desequilibrada. Pois coloca a criança e os pais em uma posição de fracasso constante, porque enfatiza as dificuldades no ato de comer e beber(4).

O plano geral de terapia e o conteúdo da sessão dependem da nossa capacidade de definir prioridades. Podemos criar um conjunto de metas possíveis e atividades que seriam apropriadas para a sessão de terapia ou atendimento domiciliar. Mas o sucesso final do programa depende e se beneficiará da nossa capacidade de olhar sistematicamente para o planejamento terapêutico, estabelecendo etapas progressivas que deem suporte à capacidade de aprendizagem da criança e da família(4).

Uma maneira de abordar isso é o sistema chamado “os quatro Cs”, onde cada C é uma palavra que descreve um componente primordial do processo terapêutico. Conexão, competência, confiança e conforto. As crianças com dificuldades de processamento sensorial experimentam regularmente a resposta ao estresse de luta ou fuga.

O estresse também aumenta a intensividade das dificuldades da criança a modulação e defensividade sensorial. Terapeutas que se preocupam em proporcionar um ambiente que dá suporte ao conforto físico e mental, aprimoram automaticamente o aprendizado e a capacidade criativa das crianças e seus pais. Quando o desconforto não é reconhecido ou ignorado, as crianças resistem ou desistem dos desafios de aprendizagem, sendo o progresso mais lento(4).

O programa de atendimento deve ter estabelecido prioridades para alimentação. É importante perguntar qual é a raiz ou a base do principal desafio alimentar da criança e o que afeta todos os aspectos das dificuldades alimentares.

Devemos avaliar alguns aspectos como a coordenação motora, o processamento sensorial, as estratégias de enfrentamento para crianças e pais, as progressões de desenvolvimento específico para habilidades sensoriais -motoras. Avaliar também os aspectos específicos do tônus postural e movimento (corpo e boca), os aspectos específicos da consciência sensorial e do processamento sensorial (corpo e boca), a progressão específica de desenvolvimento para habilidades de alimentação e da refeição, além do sugar e deglutir, alimentação com colher, beber no copo, morder e mastigar(4).

Desse modo o fonoaudiólogo colaborará para o desenvolvimento de uma alimentação saudável e prazerosa para todos: a criança e sua família(3).

A intervenção fonoaudiológica deve ter uma visão holística para abranger todas as necessidades da criança com dificuldade alimentar e assim, ser eficaz no processo de reabilitação alimentar conjugando as todas as demandas orofaciais e sensoriais associadas.

REFERÊNCIAS

1. Junqueira P. Aspectos sensório-orais e suas interferências no comportamento alimentar da Criança. 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidade Pediátricas. Blucher Medical Proceedings. 2014;1(4):1-5.
2. Junqueira P, Maximino P, Ramos CC, Machado RHV, Assumpção I, Fisberg M. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. Rev. CEFAC. 2015;17(3):1004-1011.
3. Bellefeuille IB. Food refusal and food selectivity in toddlers: A complex combination of medical, sensorimotor and behavioral issues. Acta Paediatr Esp. 2014; 72(5): 1-8.
4. Morris SE, Junqueira P. A criança que não quer comer: compreenda as interconexões do seu universo para melhor ajudá-la. 1ª ed. São Paulo: Idea editora, 2019.