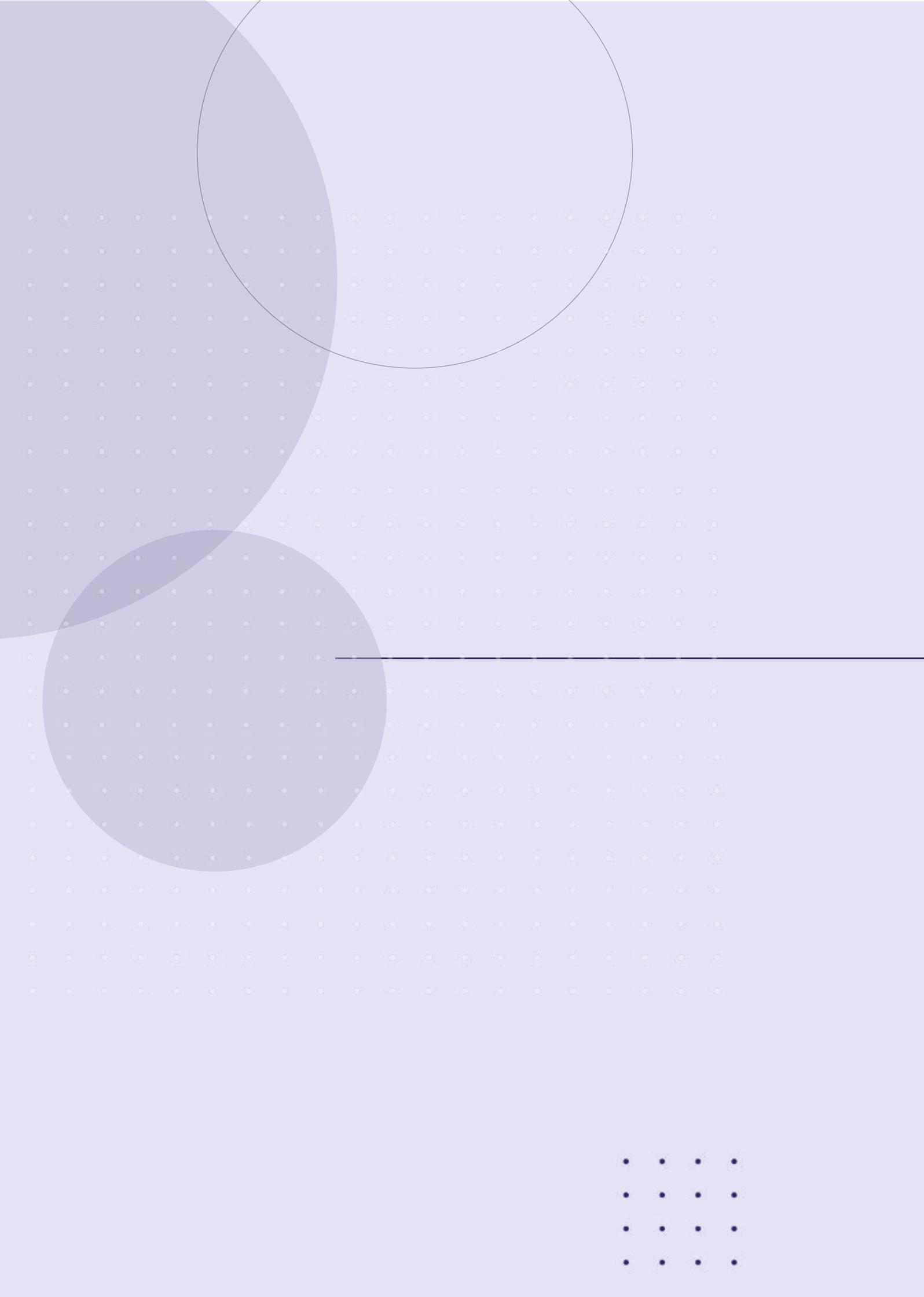


Diretrizes sobre
A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA
NOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES
PEDIÁTRICOS



RESOLUÇÃO CFFa N° 659, de 30 de Março de 2022.

“Dispõe sobre as Diretrizes sobre a Atuação Fonoaudiológica nos Distúrbios Alimentares Pediátricos e dá outras providências.”

O Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), no uso das atribuições que lhe conferem a Lei n° 6.965/1981, o decreto que a regulamenta e o Regimento Interno;

Considerando a Lei n° 6.965/1981 e o Decreto n° 87.218/1982;

Considerando o Código de Ética da Fonoaudiologia;

Considerando a Portaria MS n° 1.630, de 24 de junho de 2010;

Considerando a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, de 2013;

Considerando a decisão do Plenário durante a 60ª Sessão Plenária Extraordinária do CFFa, realizada no dia 30 de março de 2022.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as Diretrizes sobre a Atuação Fonoaudiológica nos Distúrbios Alimentares Pediátricos, a serem aplicadas nas jurisdições dos Conselhos de Fonoaudiologia.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União.

Silvia Tavares de Oliveira

Presidente

Silvia Maria Ramos

Diretora-Secretária

Publicada no DOU, Seção I, Dia 12/04/2022

ORGANIZADORAS

Ana Karoline Furtado Dutra, CRFa 8 – 9712

Especialista em Disfagia pelo CFFa. Membro da Comissão de Saúde do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) – 13º Colegiado. Presidente do Grupo de Trabalho dos Distúrbios Alimentares.

Deborah Salle Levy, CRFa 7 – 6495

Especialista em Motricidade Orofacial pelo CFFa. *Fellowship* na West Virginia University (1997). Mestre em Ciências Cardiovasculares pela Fundação Universitária de Cardiologia (2004). Doutora em Ciências da Saúde pela FUC/RS em 2009. Professora Adjunta da UFRGS, vinculada ao Departamento de Saúde e Comunicação Humana do Instituto de Psicologia, ministrando aulas no Curso de Fonoaudiologia dessa instituição. Atua como tutora da Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Criança no HCPA. Vice-Coordenadora do Departamento de Disfagia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) – Gestão 2020-2022.

Giedre Berretin-Felix, CRFa 2 – 8200

Especialista em Motricidade Orofacial pelo CFFa. Livre Docente em Fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB/USP). Professora Titular do Departamento de Fonoaudiologia da FOB/USP. Diretora Científica da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – Gestão 2020-2022. Coordenadora da Comissão de Ensino da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO) – Gestão 2018-2021.

Patricia Junqueira, CRFa 2 – 5567

Especialista em Motricidade Orofacial pelo CFFa. Mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC-SP em 1995. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP em 2000. Foi responsável pelo Setor de Fonoaudiologia do I Centro de Dificuldades Alimentares Infantis do Brasil, do Instituto PENSI, até dezembro de 2015.

Roseane Rebelo S. Meira, CRFa 2 – 5926

Especialista em Disfagia pelo CFFa. Professora convidada em especializações na área materno-infantil e em estudos sobre Psicanálise Infantil. Membro da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO). Pesquisadora sobre Dificuldades Alimentares e Esofagite Eosinofílica no Ambulatório de Alergia e Imunologia da FCM, Unicamp, sob orientação da Dra. Ariana Yang.



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ESPECIALIDADES RELACIONADAS AOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES PEDIÁTRICOS	12
3	ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO QUANTO AOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES PEDIÁTRICOS	18
4	HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DA FONOAUDIOLOGIA PARA ATUAR NOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES PEDIÁTRICOS	18
5	CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS	30
	REFERÊNCIAS	31

APRESENTAÇÃO

Distúrbios alimentares na infância são extremamente comuns. O processo de alimentação começa com a amamentação e evolui de acordo com o desenvolvimento de cada um. 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.

O fonoaudiólogo atua há muito tempo com bebês e crianças com distúrbios alimentares, a fim de melhorar as condições do processo alimentar, adaptando volumes com qualidade, visando a uma deglutição segura e efetiva. Nesse contexto, a textura e consistência do alimento sempre tiveram o objetivo de garantir a segurança da deglutição. Ressalta-se que essa atuação foi grandemente desenvolvida a partir do trabalho fonoaudiológico com pacientes neurológicos e com outras patologias, como malformações e alterações do desenvolvimento.

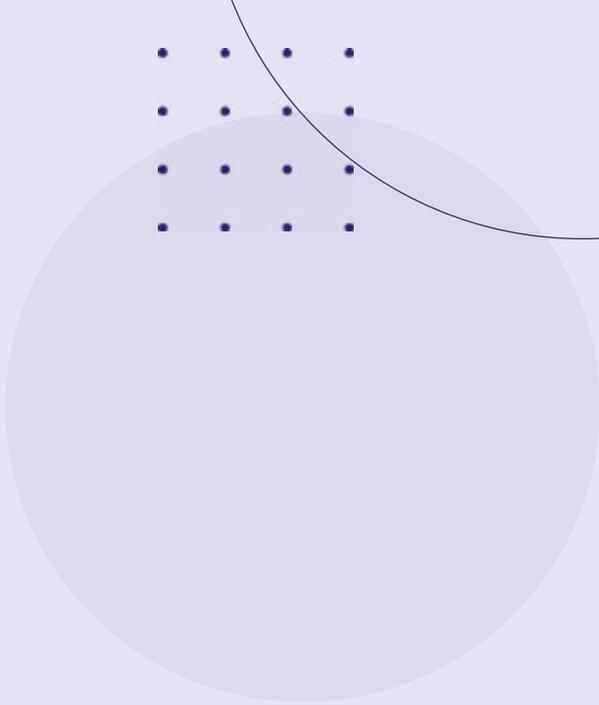
O modelo de atuação multidisciplinar para as questões alimentares surgiu entre os anos de 1980 e 1990, em resposta a um grande aumento do uso de gastrostomia e sondas nasogástricas para salvar crianças que eram incapazes de comer suficientemente e com independência para crescer apropriadamente.

Com novas publicações e pesquisas sobre a atuação nos distúrbios alimentares pediátricos, observou-se que o fonoaudiólogo precisa de uma compreensão mais ampla da dificuldade da criança, que engloba as áreas sensoriais, motoras, motoras orais, comportamentais e de aprendizagem, médica, nutricional, emocional e ambiental. Todas essas áreas têm a mesma importância, devendo ser consideradas e conectadas no momento do diagnóstico e na forma de tratar a criança. 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.

Estas “Diretrizes sobre a Atuação Fonoaudiológica nos Distúrbios Alimentares Pediátricos” têm por objetivo fornecer informações para auxiliar o fonoaudiólogo a ampliar sua visão sobre essa atuação, obtendo informações úteis acerca da sua participação na equipe multidisciplinar, auxiliando as crianças e suas famílias no essencial e vital aprendizado alimentar.

O conteúdo desta publicação se baseia em evidências científicas disponíveis sobre a atuação nos distúrbios alimentares, assim como em diretrizes, portarias, resoluções, notas técnicas e outros documentos publicados pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelas sociedades científicas e órgãos reguladores da Fonoaudiologia e outras profissões de saúde. O teor destas diretrizes não tem a pretensão de ser exaustivo, sendo recomendada a leitura das referências mencionadas ao longo do texto para aprofundamento. Além disso, é essencial que o fonoaudiólogo se mantenha atualizado em relação a todos os aspectos que permeiam a prática fonoaudiológica nos distúrbios alimentares pediátricos.

A redação dos volumes das “Diretrizes sobre a Atuação Fonoaudiológica nos Distúrbios Alimentares Pediátricos” está sendo realizada por um comitê composto pelo Grupo de Trabalho em Distúrbios Alimentares do CFFa, por representantes da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (ABRAMO) e por docentes, pesquisadores e fonoaudiólogos clínicos que possuem experiência em distúrbios alimentares pediátricos. Palavras não são suficientes para fazer justiça ao empenho e esforço dedicados pelos colaboradores e consultores - nossos sinceros agradecimentos.



1 INTRODUÇÃO

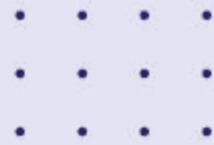
1.1 Distúrbios Alimentares Pediátricos

O distúrbio alimentar é uma patologia/situação frequente em qualquer especialidade da saúde que lide com crianças. Estima-se que esteja presente em 25% das crianças em algum momento da vida. De todo esse grupo, a maioria terá transtornos leves ou apenas um erro de interpretação dos pais de situações normais da infância (diminuição de apetite em um quadro infeccioso ou neofobia própria da idade, por exemplo). Apenas 1% a 5% desses pacientes terão um quadro mais evidente com necessidade de acompanhamento especializado multidisciplinar em distúrbio alimentar.

O início típico dos sintomas de distúrbio alimentar pode ocorrer em qualquer fase da infância, sendo mais prevalente, ao redor dos seis meses aos quatro anos de vida. Fatores de risco para essa situação são a presença de prematuridade e a encefalopatia crônica não evolutiva (ECNE), que acarretam risco de 30% e 80% para se desenvolver dificuldade alimentar em algum momento da vida, respectivamente.

Até o início de 2019, esse tema era tratado como sintoma, podendo ainda ser dividido entre “orgânico ou comportamental”. Porém, atualmente, contamos com um consenso que traz uma definição atualizada, sendo denominada de “distúrbio alimentar pediátrico” a situação de uma criança que não tenha ingestão oral adequada para a idade, associada a alguma disfunção médica, nutricional, da habilidade alimentar e/ou psicossocial⁵. Esse consenso atende a todas as áreas que trabalham diretamente com tais dificuldades, como Pediatria, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Psicologia etc. Os critérios para diagnóstico do distúrbio alimentar pediátrico estão descritos no Quadro I.

São quatro os fatores descritos como causadores em conjunto da dificuldade alimentar pediátrica, sendo eles: **clínico, nutricional, habilidade sensório-motora-oral e psicossociais**.



Critérios diagnósticos do Distúrbio Alimentar Pediátrico⁵

1) Um distúrbio na ingestão oral de nutrientes, inapropriada para a idade, com duração de ao menos uma semana, associado a uma ou mais das seguintes condições:

a. Disfunção médica evidenciada por um dos seguintes:

- i. Comprometimento cardiorrespiratório durante ingestão oral;
- ii. Aspiração ou pneumonite aspirativa recorrente.

b. Disfunção nutricional evidenciada por um dos seguintes:

- i. Desnutrição;
- ii. Deficiência nutricional específica ou ingestão significativamente restrita de um ou mais nutrientes, resultado de uma redução na diversidade dietética;
- iii. Necessidade de nutrição enteral ou suplementação oral para manter o estado nutricional e/ou a hidratação.

c. Disfunção da habilidade alimentar evidenciada por um dos seguintes:

- i. Necessidade de adaptação de textura de líquidos ou alimentos;
- ii. Uso de posição ou equipamento que adaptem a alimentação;
- iii. Uso de estratégias para adaptar a alimentação.

d. Disfunção psicossocial evidenciada por um dos seguintes:

- i. Comportamento de fuga ativo ou passivo quando estiver se alimentando ou sendo alimentada;
- ii. Manejo inapropriado do cuidador da alimentação e/ou da necessidade nutricional da criança;
- iii. Ruptura do funcionamento social no contexto da alimentação;
- iv. Ruptura da relação criança-cuidador associada à alimentação.

2) Ausência de processos cognitivos consistentes com distúrbio alimentar e padrão de ingestão oral quando não é devido à falta de comida ou congruente com as normas culturais.

Os distúrbios alimentares pediátricos são complexos e multifatoriais, necessitando, muitas vezes, de uma equipe interdisciplinar para seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento. O fonoaudiólogo exerce um papel fundamental de auxílio a essas crianças. É importante considerar que essa população possui características muito específicas que vão além dos distúrbios miofuncionais orofaciais e das disfagias orofaríngeas. O ato de não ter uma ingestão alimentar adequada pode gerar um ambiente desfavorável no qual muitas dessas crianças podem:

- ter sido forçadas a comer quando não estavam fisicamente prontas;
- ter sofrido intervenções médicas (manipulações excessivas) ao redor da boca e ou episódios traumáticos de engasgo ou vômito;
- possuir temperamento controlador, costumar ser avessas à mudança e terem tendência à ansiedade.

Além disso, o ato de comer transcende questões anatômicas e fisiológicas, pois está inserido em um contexto social e cultural, de aprendizagem, emocional, de oportunidades e afetividade familiar.

Por todas essas razões o fonoaudiólogo que deseja atuar com essa população necessita se capacitar para além das especialidades de motricidade orofacial e disfagia, visto que reconhecer as dificuldades sensório-motoras envolvidas no processo alimentar, atuais ou pregressas, apesar de complementares para o diagnóstico, não se mostra suficiente para abranger a complexidade do quadro.

A atuação fonoaudiológica tem sua especificidade na equipe multiprofissional também por poder compreender e, inclusive, tratar tais alterações. Porém, oferecer um trabalho terapêutico voltado a esses pacientes exige ampliação da formação, que vai além da motricidade orofacial e disfagia orofaríngea. Essa capacitação, pelo aqui exposto, necessita de conhecimento teórico, técnico e vivência prática, que não estão totalmente contemplados nas Especialidades de Motricidade Orofacial e Disfagia Orofaríngea.

1.2 Atendimento fonoaudiológico à criança com distúrbio alimentar no Brasil

No Brasil, os fonoaudiólogos começaram sua atuação na área alimentar atendendo crianças e adultos com desafios para sugar e deglutir. O foco esteve quase sempre no tratamento/gerenciamento das disfagias orofaríngeas (neurogênica, mecânica ou psicogênica), com uso de técnicas e manobras voltadas à transição da via alternativa de alimentação para a via oral, quando possível, bem como a adequação das disfunções envolvidas na alimentação (sucção, respiração, deglutição e mastigação) (FUCILE; GISEL; LAU, 2002).

Inicialmente, a população atendida pelos fonoaudiólogos era composta, na sua maioria, especialmente por bebês prematuros com comorbidades e ou crianças com comprometimentos neurológicos. Seguindo a tendência internacional de publicações fortemente iniciada na década de 1990, o foco da atuação dos fonoaudiólogos era a estimulação intra-oral, mas já com alguns profissionais brasileiros, da área fonoaudiológica, trazendo a necessidade de um olhar para aspectos mais amplos do desenvolvimento (GAEBLER; HANZLIK, 1996).

O trabalho com os pacientes neuropatas praticamente impôs esse olhar para que se compreendesse de forma mais detalhada o desenvolvimento motor global, além do desenvolvimento motor oral especificamente. Em se tratando dos bebês prematuros, com ou sem comorbidades, já nessa época as pesquisas mostravam que o amadurecimento das funções orais possibilitava a redução no tempo de internação, bem como a melhora na sua qualidade de vida.

Houve um aumento significativo de publicações internacionais e nacionais entre os anos de 1990 e 2000 (FUCILE, GISEL, LAU, 2002; COLA *et al.* 2008; GAEBLER, HANZLIK, 1996) com novas técnicas e estratégias orais, como estimulação tátil-térmica-gustativa e estimulação sensorio-motora, com efeitos positivos na reabilitação da sucção e deglutição em adultos e crianças com disfagia.

Além disso, o modelo de atuação multidisciplinar para as questões alimentares passa a se tornar evidente. Essa atuação em equipe, na qual o fonoaudiólogo começou a ser inserido, foi reforçada por várias pesquisas e publicações internacionais nessa época (MORRIS; KLEIN, 2000), realizadas com o intuito de “unir esforços” para auxiliar a população de crianças, que cada vez mais tinham a vida prolongada com o uso de gastrostomia e sondas nasogástricas.

Com isso, mais crianças foram direcionadas a fonoaudiólogos para avaliação e reabilitação oral, mas sendo oferecidos raros cursos voltados especificamente para esse público. Os fonoaudiólogos que incorporaram as terapias voltadas para alimentação na sua prática clínica tiveram de se “desdobrar” para corresponderem à crescente população de crianças com dificuldades para sugar e deglutir.

Alguns poucos autores levantavam reflexões associando os problemas alimentares a questões mais complexas de linguagem, tentando inserir essas crianças em um contexto específico que pudesse ajudar no entendimento dos distúrbios alimentares (PALLADINO, 2007; SCHWARTZMAN, 2000).

Na década de 2000, surgiram mais publicações brasileiras sobre a criança típica com dificuldade para comer, realizadas por pediatras, nutrólogos e nutricionistas, as quais, definitivamente, não mencionaram a participação de fonoaudiólogos como um possível profissional integrante da equipe que atendia essas crianças. A seletividade, ou mesmo a resistência em comer, era tratada do ponto de vista médico, nutricional e comportamental, sendo que, quase sempre, quando não era diagnosticado uma possível causa orgânica para o padrão alimentar apresentado, atribuía-se a queixa um problema comportamental (KACHANI *et al.*, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2012).

Em contrapartida, nessa mesma época, nos Estados Unidos, alguns pesquisadores iniciaram a descrição de um modelo biopsicossocial, no qual os fatores fisiológicos, comportamentais e sociais passaram a ser observados, contribuindo para o desenvolvimento dos distúrbios alimentares infantis, sendo críticos e essenciais para a compreensão completa da etiologia dos problemas alimentares infantis (CRIST; NAPIER-PHILLIPS, 2001).

Em 2000, com a publicação revisada da segunda edição do livro *Pre-feeding skills: A comprehensive Resource for Mealtime Development*, Morris e Klein (2000), que já eram consideradas referência para alguns fonoaudiólogos no Brasil, apresentaram nova perspectiva no modo de compreender e tratar as crianças com distúrbios alimentares infantis. O livro mostra fortemente a necessidade da “compreensão da criança por inteiro” (*whole-child perspective*) e demonstra que a experiência da criança com os alimentos influencia seu interesse por eles.

As autoras demonstraram que as condições clínicas das crianças (doenças crônicas ou agudas) ainda presentes ou não, bem como sua percepção sensorial, podem impactar e influenciar o seu desejo e a habilidade para se alimentar, considerando, pela primeira vez, a necessidade de interconexão dos aspectos envolvidos no universo da criança para sua compreensão e auxílio efetivo.

No Brasil, em 2015, surge o primeiro artigo relatando a atuação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar sob essa nova perspectiva proposta por Morris e Klein (2000): *O papel do fonoaudiólogo*

no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão (JUNQUEIRA et al., 2015). Representou uma oportunidade de compartilhar com a comunidade científica a atuação do fonoaudiólogo e os resultados alcançados com base na metodologia da Dra. Suzanne Evans Morris.

Em 2016 foi criado o I Centro de Atendimento Multidisciplinar à Criança com Dificuldade Alimentar do Brasil com a participação de um fonoaudiólogo (Fga. Dra. Patrícia Junqueira) na coordenação e equipe. Isso ocorreu no Instituto PENSI – um braço destinado à pesquisa do Hospital Infantil Sabará. No mesmo ano, um estudo-piloto de protocolo para atendimento transdisciplinar à criança com dificuldade alimentar, elaborado pelos profissionais desse centro de pesquisa, foi publicado (MAXIMINO et al., 2016). Nesse momento, abria-se uma oportunidade importante para o fonoaudiólogo, que, junto com nutricionistas, pediatras e nutrólogos, começava a sedimentar sua atuação quanto a essa população.

No início de 2015, um instituto privado (Instituto de Desenvolvimento Infantil) foi criado com o objetivo de atender bebês e crianças com desafios alimentares, seguindo os pressupostos da Dra. Morris. Essa mesma instituição começou a oferecer formação com cursos aos fins de semana para fonoaudiólogos com interesse na área. Em 2017, ocorreu a publicação do livro *Por que meu filho não quer comer? Uma visão além da boca e do estômago*. Essa publicação inicialmente teve por objetivo auxiliar mães com filhos com recusa e dificuldade para comer de forma e esclarecer suas dúvidas. À época, eram poucos os profissionais que compreendiam a complexidade do aprendizado alimentar.

Em 2019, pela primeira vez no Brasil, a Dra. Suzanne Evans Morris, referência mundial no atendimento integrativo a crianças e bebês com distúrbios alimentares, participou de um encontro com mais de 100 participantes. Além disso, nesse evento foi lançado um livro de sua autoria, em parceria com a Dra. Patrícia Junqueira. *A criança que não quer comer – compreenda as interconexões do seu universo para melhor ajudá-las* foi a primeira publicação em português realizada, apresentando o pressuposto integrativo descrito por Morris e Klein (2000). Esses livros claramente facilitaram e possibilitaram a divulgação do trabalho realizado pelos fonoaudiólogos na terapia alimentar integrativa e responsiva.

Com essas publicações que descreviam a atuação do fonoaudiólogo quanto a crianças com desafios alimentares, um novo cenário se fez. Os fonoaudiólogos começaram a receber em seus consultórios ainda mais pacientes com a queixa de não comer ou de seletividade alimentar. Esses pacientes são referidos por pediatras, gastropediatras, nutricionistas, odontopediatras, alergistas e, até mesmo, pela própria família da criança com queixa alimentar.

Porém, os fonoaudiólogos, na sua esmagadora maioria, estavam preparados para lidar com as questões orais, relacionadas às alterações morfofuncionais do sistema estomatognático, que poderiam repercutir nas funções de sucção, mastigação, deglutição e, como parte de nossa formação, em “fazer a criança comer e beber”. Porque, como aqui já relatado, por muitos anos nossa principal atuação com crianças com desafios alimentares foi a realização de “estimulação oral”.

Esse termo ainda é comumente utilizado nos dias de hoje e frequentemente estreita a atuação do fonoaudiólogo, porque implica e traz subjacente a ele o objetivo imediato de “fazer a criança comer e beber”, sendo de fundamental importância que a formação profissional do fonoaudiólogo contemple os avanços do conhecimento voltado à atuação embasada em evidências científicas nessa área, cujos principais pilares serão apresentados a seguir.



2

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ESPECIALIDADES RELACIONADAS AOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES PEDIÁTRICOS

A formação do fonoaudiólogo tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: compreender e analisar criticamente os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico e os métodos clínicos utilizados para prevenir, avaliar, diagnosticar e tratar o sistema sensório-motor-oral; avaliar, diagnosticar, desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares; possuir recursos científicos, teórico-práticos e éticos que permitam a atuação profissional e reavaliação de condutas. Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fonoaudiologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Fonoaudiologia.

Os conteúdos devem contemplar: Ciências Biológicas e da Saúde - incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos; Ciências Fonoaudiológicas - incluem o sistema miofuncional orofacial e crânio-cervical; os recursos utilizados para o aprimoramento de seus usos e funcionamento, bem como o estudo dos seus distúrbios e de métodos e técnicas para avaliação e diagnóstico, terapia e prevenção nesse campo. Essas especificidades dizem respeito, também, a prevenção, desenvolvimento, avaliação, diagnóstico e terapia relativos aos aspectos miofuncionais, orofaciais e crânio-cervicais.

Por sistema miofuncional orofacial e crânio-cervical compreende-se as estruturas estáticas e dinâmicas relacionadas à região de cabeça e pescoço, abarcando, portanto, a atuação voltada a todas as etapas da alimentação como uma das competências do fonoaudiólogo, envolvendo os processos direta e indiretamente relacionados às funções de sucção, respiração, mastigação e deglutição.

De acordo com o Documento Oficial – 2ª Edição – março/2007 – Áreas de competência do fonoaudiólogo no Brasil:

o fonoaudiólogo é um profissional da Saúde, de atuação autônoma e independente, que exerce suas funções nos setores público e privado. É responsável por promoção da saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação/reabilitação), monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na linguagem oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, no sistema miofuncional orofacial e cervical e na deglutição.

Em fevereiro de 2002, o Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior, por meio da Resolução CNE/CES 5, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. O art. 5º abarca a formação do fonoaudiólogo, no que se refere a competências e habilidades específicas, entre elas aquelas relacionadas com a atuação voltada a estruturas, funções e aspectos psicossociais envolvidos no processo de alimentação, em contexto interdisciplinar, quais sejam:

I - compreender e analisar criticamente os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico, que abrange o estudo da motricidade oral, voz, fala, linguagem oral e escrita e da audição, e os métodos clínicos utilizados para prevenir, avaliar, diagnosticar e tratar os distúrbios da linguagem (oral e escrita), audição, voz e sistema sensorio-motor-oral;

II - compreender a constituição do humano, as relações sociais, o psiquismo, a linguagem e a aprendizagem, e o estudo desse processo como condição para a compreensão da gênese e da evolução das alterações fonoaudiológicas;

IV - avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico em toda extensão e complexidade;

V - apreender e elaborar criticamente o amplo leque de questões clínicas, científico-filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fonoaudiólogo, capacitando-se para realizar intervenções apropriadas às diferentes demandas sociais;

VIII - desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares;

XI - situar a Fonoaudiologia em relação às outras áreas do saber que compõem e compartilham sua formação e atuação;

XIII - pensar sua profissão e atuação de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social.

Em 13 de dezembro de 2018, a Resolução nº 610 contemplou recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Fonoaudiologia. Em seu Capítulo 5 – Das competências específicas do fonoaudiólogo, o art. 20 aponta que, entre outros aspectos, para a formação do profissional fonoaudiólogo, nos cursos:

deverão ser abordados aspectos relativos à ontogênese e desenvolvimento da linguagem e aprendizagem nos seus múltiplos aspectos e especificidades, aos recursos utilizados para o aprimoramento de seus usos e funcionamento, bem como, o estudo dos seus distúrbios e dos métodos e técnicas para avaliação e diagnóstico, terapia e a prevenção neste campo. Essas especificidades dizem respeito, também, à prevenção, desenvolvimento, avaliação, diagnóstico e terapia relativos aos aspectos neuromiofuncionais e funções orofaciais relacionadas, além dos aspectos de voz, fluência, fala e deglutição.

No Capítulo 5 – Das competências específicas do fonoaudiólogo, o art. 18 aponta que: “A formação do fonoaudiólogo tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício da promoção, prevenção e recuperação em todos os níveis de atenção, com as seguintes competências específicas”, sendo algumas transcritas a seguir, destacando-se a ampliação da atuação pautada na abordagem individual para o contexto da saúde coletiva, estando sublinhadas as competências e habilidades relacionadas à formação do profissional fonoaudiólogo para atuar no processo de alimentação, nos diferentes níveis de atenção à saúde, de forma interdisciplinar:

I - conhecer pressupostos teórico-práticos dos campos de atuação disciplinar, interdisciplinar e intersetorial: avaliar, diagnosticar, tratar, prevenir e promover aprendizagem e saúde no contexto da determinação social do processo saúde-doença;

II - planejar e executar ações conforme demanda social conjuntamente com equipes de referência e com as comunidades, além de avaliar o impacto dos projetos/processos de intervenção;

III - compreender a constituição do humano, do psiquismo, da linguagem, da aprendizagem, como condição para a compreensão da gênese e da evolução das alterações fonoaudiológicas, considerando os determinantes sociais;

IV - possuir uma formação científica, generalista, que permita dominar e integrar os conhecimentos, atitudes e informações necessários aos vários tipos de atuação em Fonoaudiologia;

V - compreender e analisar criticamente os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico, que abrangem o estudo da motricidade orofacial, deglutição, voz, fala, aprendizagem, linguagem oral e escrita, suplementar/alternativa, Libras e da audição e equilíbrio, e os métodos clínicos utilizados para prevenir, avaliar, diagnosticar e reabilitar tais campos;

VIII - avaliar, diagnosticar e tratar os distúrbios pertinentes ao campo fonoaudiológico em toda extensão e complexidade, de forma a obter informações, indicar exames, interpretá-los, fazer avaliações, formular diagnósticos diferenciais e manejo terapêutico fonoaudiológico, junto à equipe, de maneira a promover cuidado centrado nas necessidades dos usuários, família e comunidade, em todos os ciclos de vida;

IX - apreender e elaborar criticamente o amplo leque de questões clínicas, científico-filosóficas, éticas, bioéticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fonoaudiólogo, capacitando-se para realizar intervenções apropriadas às diferentes demandas sociais;

X - desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares e interprofissionais;

XIII - situar a Fonoaudiologia em relação às outras áreas do saber que compõem e compartilham sua formação e atuação;

XVIII - interagir efetivamente com usuários, famílias, profissionais da saúde e educação, comunidade para promover a saúde fonoaudiológica, assim como realizar ações de promoção, prevenção de modo apropriado e efetivo.

Nesse contexto, compreende-se que a formação do profissional fonoaudiólogo envolve o desenvolvimento de habilidades e competências voltadas, também, para a atuar nas funções orofaciais, incluindo a respiração, sucção, mastigação e deglutição. Além disso, contempla formação generalista, direcionada aos diferentes níveis de atenção à saúde, em uma abordagem interdisciplinar, contemplando determinantes biológicos, sociais, comportamentais, ambientais e emocionais, nos diferentes ciclos da vida.

Várias são as causas de dificuldades relacionadas à introdução de diferentes alimentos e consistências na primeira infância. Entre elas, fatores anatômicos, neuromusculares e maturacionais podem ser elencados, sendo que nesses casos, podemos estar diante de distúrbios miofuncionais orofaciais ou quadros de disfagia orofaríngea.



2.1. Especialidade de Motricidade Orofacial

De acordo com o CFFa, “motricidade orofacial é o campo da Fonoaudiologia voltado para o estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical”.

A atuação nessa área requer conhecimentos relacionados aos aspectos anatômicos e fisiológicos do sistema estomatognático, da relação de causa e efeito entre forma e função, além de domínio em procedimentos avaliativos referentes à antropometria orofacial, morfologia da cavidade oral, sensibilidade tátil, térmica e gustativa, mobilidade orofacial, controle neuromuscular, funções de respiração (tipo e modo), mastigação (eficiência e padrão), deglutição (fases oral preparatória e oral propriamente dita) e fala (aspectos articulatórios, fonéticos e fonológicos), bem como à coordenação entre a função respiratória com as demais funções.

Adicionalmente, necessita desenvolver raciocínio clínico e habilidade para definir prognóstico, bem como elencar metas e estratégias terapêuticas específicas para cada caso, de forma interdisciplinar à Fisioterapia, Psicologia e a diferentes especialidades da Medicina e Odontologia, principalmente.

No que se refere às disfunções de mastigação e deglutição, o especialista em Motricidade Orofacial tem atuação em casos nos quais existem fatores causais estruturais e/ou funcionais (como alterações dento-oclusais, alterações do frênulo lingual, quadros de respiração oral, além de prejuízos em aspectos musculares ou sensoriais).

De acordo com o documento elaborado pelo Departamento de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, publicado sob o título *Áreas de Domínio em Motricidade Orofacial*, em 2017, o fonoaudiólogo especialista em Motricidade Orofacial deve ter capacidade de atuar especificamente em:

- Promoção e prevenção da saúde no que se refere ao sistema miofuncional orofacial relacionado com as funções de respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala, nos ciclos da vida, abrangendo o desenvolvimento desde o período de gestação até o processo natural de envelhecimento.
- Diagnóstico e intervenção nas alterações que envolvam o sistema miofuncional orofacial e as funções de respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala, nos diferentes ciclos da vida, de causa congênita ou adquirida, decorrentes de:
 - a. Comportamento miofuncional aprendido - hábito oral;
 - b. Anomalias craniofaciais como síndromes, fendas labiopalatinas e outras malformações;
 - c. Alterações dento-oclusais e desproporções maxilo-mandibulares;
 - d. Alterações das estruturas de tecido mole que compõem o sistema estomatognático, tais como da língua, do freio lingual, entre outras;
 - e. Doenças respiratórias como rinite alérgica, asma, apneia obstrutiva do sono, entre outras;
 - f. Disfunções da articulação temporomandibular e dor orofacial;
 - g. Sequelas que envolvam lesões orofaciais decorrentes de traumatismos, queimaduras, perfurações, entre outros;
 - h. Tratamento de cancro da cavidade oral;
 - i. Doenças infecciosas com alterações da mucosa das vias aéreas e digestivas superiores sendo as mais comuns: tuberculose, leishmaniose, paracoccidiodomicose e SIDA;

- j. Doenças do sistema nervoso central ou periférico como esclerose lateral amiotrófica, miastenia gravis, síndrome de Guillain-Barré, distrofias musculares, doença de Parkinson, paralisia facial, encefalopatia crônica não progressiva, acidente vascular encefálico, traumatismo craniofacial, alterações neuromotora, entre outras;
- k. Imaturidade do processo de desenvolvimento do recém-nascido, como dificuldades na alimentação por via oral, entre outras;
- l. Processo natural de envelhecimento como o desempenho relacionado com a força e coordenação muscular, sensibilidade, estética facial, entre outras;
- m. Perda dos dentes e processo de reabilitação oral protética;
- n. Cirurgia bariátrica, obesidade e perturbações alimentares.

Complementarmente, o fonoaudiólogo deve ser capaz de reconhecer e tratar as disfunções orais em recém-nascidos pré-termo ou a termo, as disfunções de sucção, respiração e deglutição, assim como a coordenação entre estas, bem como compreender o que pode estar impactando negativamente essas funções. Dessa forma, cabe ao fonoaudiólogo sugerir e recomendar, com base nas competências do bebê, a melhor via de alimentação.

Vale destacar que o processo alimentar tem início na amamentação, quer seja no seio materno, quer seja por alguma via alternativa. Cabe ao fonoaudiólogo que trabalha com dificuldades alimentares esclarecer aos seus pares de outras áreas a complexidade do momento do início do processo alimentar, que é a amamentação. Todo o processo alimentar deve ter como principal ponto o respeito às competências do recém-nascido para que ele possa obter conforto durante a alimentação.

2.2. Especialidade de Disfagia

De acordo com o CFFa, a disfagia é o campo da Fonoaudiologia que atua em unidades de baixa, média e alta complexidade, hospitais (ambulatorios, enfermarias, berçários e UTIs neonatal, pediátrica e adulta), centros de reabilitação, domicílios, postos de saúde, clínicas, empresas prestadoras de serviços em saúde, entre outros. Compreende prevenção, avaliação, diagnóstico, habilitação/reabilitação funcional da deglutição e gerenciamento dos distúrbios de deglutição.

A disfagia é um distúrbio de deglutição, com sinais e sintomas específicos, caracterizada por alterações em qualquer fase ou entre as fases da dinâmica de deglutição, de origem congênita ou adquirida, podendo gerar prejuízo pulmonar, nutricional e social. O domínio do especialista em disfagia inclui aprofundamento em estudos específicos e atuação em situações que impliquem:

- orientar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos com risco de disfagia e encaminhamento para avaliação fonoaudiológica;
- avaliar, classificar e fazer o diagnóstico funcional da deglutição e do processo de alimentação, através da avaliação clínica fonoaudiológica da disfagia;
- analisar o processo de deglutição observando a presença dos aspectos funcionais esperados para cada uma de suas etapas, bem como solicitar exames complementares que auxiliam no processo diagnóstico e terapêutico dos distúrbios de deglutição;
- realizar o tratamento (habilitação/reabilitação/compensação/adaptação/ gerenciamento) dos distúrbios da deglutição;

- prescrever a consistência alimentar, o volume, o ritmo de oferta, os utensílios, as manobras e posturas necessárias para a administração da dieta por via oral de forma segura;
- realizar as intervenções necessárias junto ao indivíduo com disfagia, mensurando a eficácia dos procedimentos, para que o mesmo possa minimizar, compensar ou adaptar as dificuldades de deglutição;
- colaborar, junto à equipe na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, quando classificado o risco de alimentação via oral;
- elaborar e conduzir os procedimentos relativos à oferta da dieta, manobras compensatórias e técnicas posturais durante exames instrumentais e objetivos da deglutição, ambulatoriais ou hospitalares, realizando análise e laudo funcional da deglutição;
- indicar e adaptar as válvulas de fala unidirecionais para o restabelecimento da comunicação e deglutição funcionais;
- realizar e analisar os dados provenientes da eletromiografia de superfície, ausculta cervical entre outros exames coadjuvantes à avaliação e ao tratamento dos distúrbios de deglutição;
- avaliar os parâmetros respiratórios como frequência respiratória e saturação de oxigênio devido ao risco de complicações pulmonares ocasionadas pela disfagia;
- realizar, quando necessário, procedimentos de limpeza das vias aéreas antes, durante e/ou após a execução de procedimentos fonoaudiológicos;
- gerenciar programas de reabilitação dos distúrbios da deglutição e definir indicadores apropriados de qualidade para controle dos resultados;
- atuar como perito e/ou como auditor em situações nas quais esteja em questão o processo de deglutição normal ou alterado;
- conduzir pesquisas relacionadas à atuação na área da disfagia para benefício da assistência à comunidade e do ensino profissional. (CFFa, 2010)



3 ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES PEDIÁTRICOS

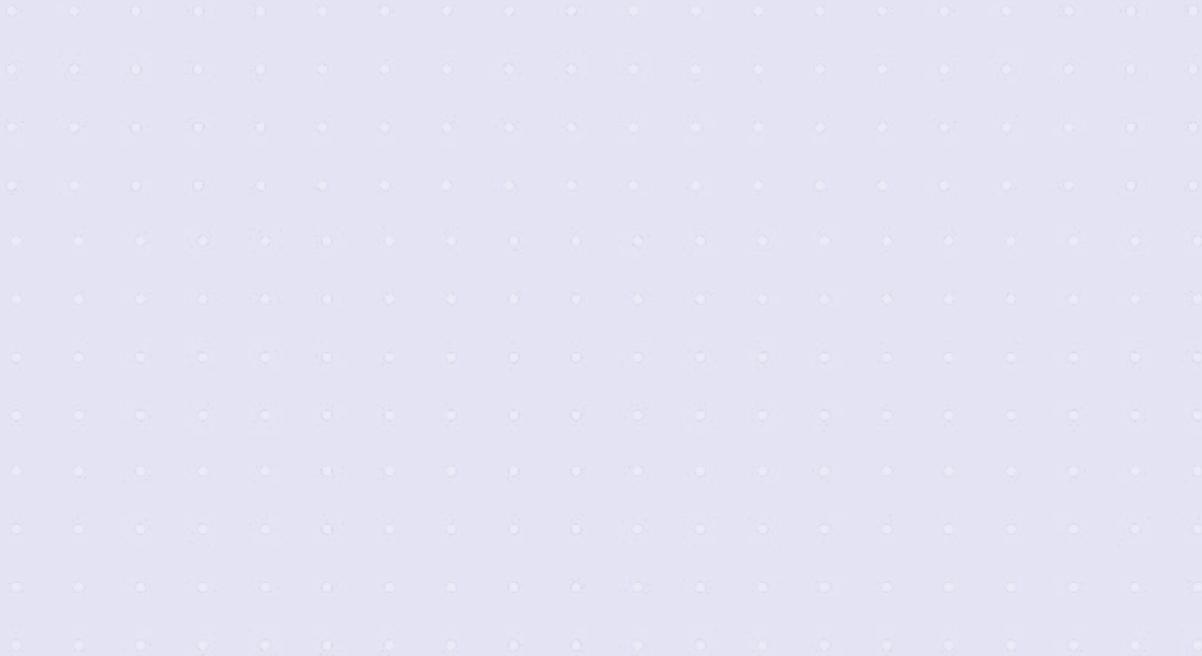
3.1 Atuação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar nos distúrbios alimentares pediátricos

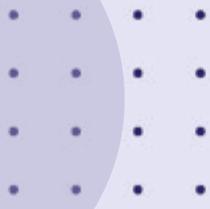
Nos distúrbios alimentares pediátricos, o fonoaudiólogo se vê cada vez mais inserido na equipe interdisciplinar, que, normalmente, é composta por pediatras, gastropediatras, alergistas, pneumopediatras, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos.

Vale ressaltar que fonoaudiólogos neonatologistas que trabalham em hospitais já desempenhavam importante papel na equipe multi/interdisciplinar em relação às decisões de alimentação, como momento de retirada de sonda de alimentação, introdução de alimentação via oral, ajuste de utensílios para alimentação etc. Porém, o trabalho específico com distúrbios alimentares que englobam comportamentos de recusa e ou seletividade alimentar requer do fonoaudiólogo uma atuação mais específica e ampliada, estando este apto a realizar as seguintes funções:

- auxiliar no diagnóstico dos distúrbios alimentares, sendo este um diagnóstico normalmente realizado em equipe, mas o fonoaudiólogo deve responder do lugar da sua especificidade;
- entender, dentro da história do paciente, quando foi iniciado o processo dos distúrbios alimentares;
- rastrear com a equipe interdisciplinar quais são as dificuldades específicas de cada caso para o encaminhamento adequado (se necessário);
- esclarecer famílias e responsáveis sobre as dificuldades encontradas, incluindo todos os envolvidos no processo, por meio de informações, acolhimento e propostas concretas de ações para um ambiente mais saudável durante os momentos de alimentação;

- saber reconhecer fatores clínicos relacionados aos distúrbios alimentares: alteração da função/ estrutura do trato gastrointestinal (doenças gastrointestinais, como refluxo gastroesofágico, esofagite eosinofílica, alergias alimentares etc.), dos sistemas cardiorrespiratório (doenças das vias aéreas e dos pulmões) e neurológico (transtornos do desenvolvimento neurológico), que resultam na disfunção de um ou mais domínios alimentares.
- reconhecer dificuldades sensoriais globais que possam estar interferindo no processo alimentar para fazer o encaminhamento adequado;
- ter visão ampliada dos distúrbios alimentares apresentados pelos pacientes, compreendendo questões sensório-motoras-orais, orgânicas e nutricionais da alimentação da criança, inseridas em seu contexto familiar;
- oferecer informações aos outros profissionais da equipe sobre as melhores texturas e/ou consistências alimentares para cada paciente (a mudança de consistência em alguns casos pode aumentar a aceitação dos alimentos, proporcionando maior conforto ao paciente);
- oferecer informações relevantes quanto ao tipo de resposta que o paciente vem apresentando (ou não) ao trabalho realizado, pois, em algumas situações, a “não resposta” ao tratamento pode indicar a persistência de fator patológico orgânico. Ressalta-se que algumas investigações médicas, com solicitação de exames mais minuciosos, podem ser indicadas pela equipe médica a partir da conclusão do fonoaudiólogo diante da evolução do quadro, tornando o parecer fonoaudiológico fundamental na condução de alguns diagnósticos;
- acolher e orientar a família do paciente, tornando-a parte do tratamento.





4 HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO FONOAUDIÓLOGO PARA ATUAR NOS DISTÚRBIOS

É considerado determinante para a atuação fonoaudiológica nessa área o desenvolvimento das habilidades e competências elencadas a seguir.

4.1 Função de alimentação

Conhecer o processo de alimentação, para maior profundidade e especificidade da avaliação, intervenção e acompanhamento/orientações a familiares e cuidadores.

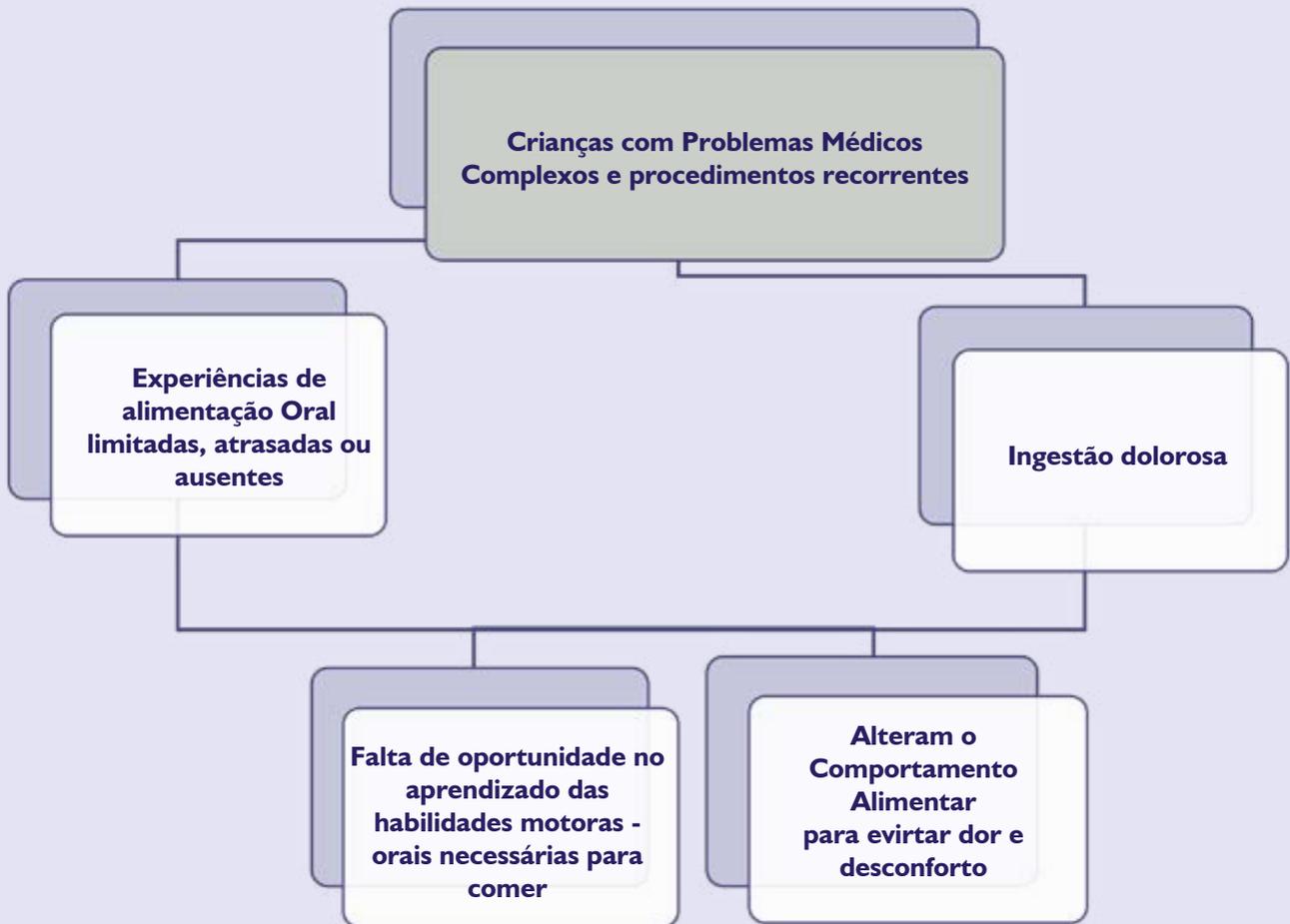
1. Ampla conhecimento da anatomia e fisiologia dos sistemas relacionados ao ato de comer, com o propósito de avaliar fatores estruturais, neuromotores e sensoriais que apoiam ou interferem essa função e que determinam estratégias de intervenção nas fases:
 - pré-oral;
 - oral;
 - faríngea;
 - esofágica.
2. Ampla conhecimento das funções das vias aéreas superior e inferior, incluindo respostas de proteção e fatores de coordenação e controle respiratório que afetam a deglutição e a alimentação.

4.2. Populações e ambientes específicos

Reconhecer as necessidades específicas de algumas populações e ambientes, permitindo que o fonoaudiólogo forneça atendimento a pacientes mais frágeis do ponto de vista médico ou cujos problemas/necessidades são mais complexos (prematuridade, alterações neurológicas, cardiopatias, problemas respiratórios, crianças dentro do espectro autista, disfunções gastrointestinais, trauma e fobia alimentar etc.). Desse modo, utilizar técnicas adequadas e mais eficientes.

4.2.1. Diagnósticos médicos específicos

- Conhecer profundamente o diagnóstico, incluindo potencial impacto na alimentação e deglutição.
- Conhecer os medicamentos comuns usados e sua interação com o processo de alimentação, mastigação e deglutição; aconselhamento sobre a administração oral de medicamentos (por exemplo, esmagamento de medicamentos, ou mudança para suspensão líquida, ou troca de utensílio para ingestão).
- Compreender as necessidades ou restrições dietéticas.
- Conhecer equipamentos especializados que possam ser usados e que possam afetar a alimentação e deglutição (por exemplo, traqueostomia, ventiladores, sondas para alimentação).
- Identificar e reconhecer o trauma e a fobia alimentar, respeitando suas especificidades, bem como a escolha adequada de formas de tratamento.

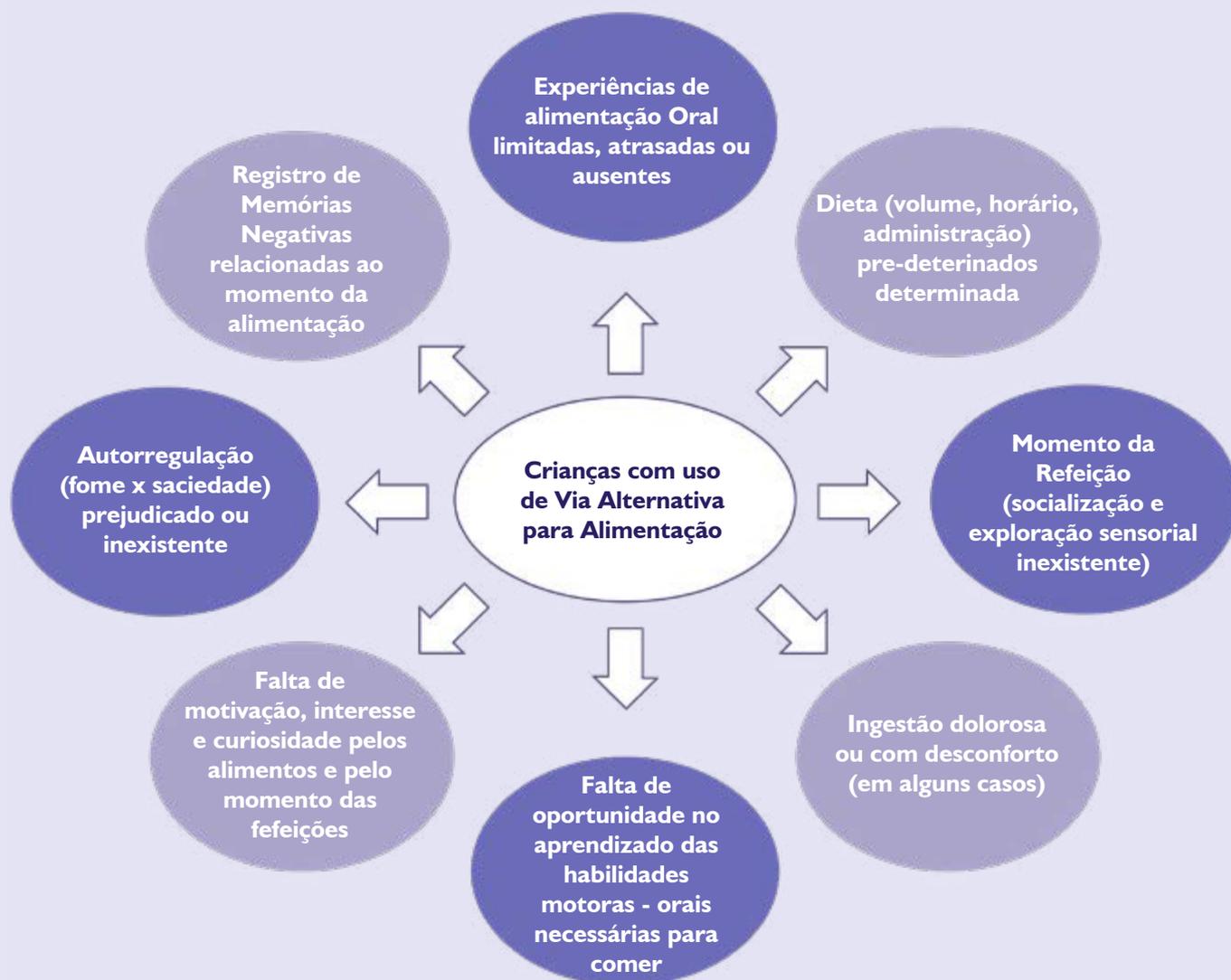


4.2.2. Uso de via alternativa para alimentação

Vários distúrbios gastrointestinais e condições médicas podem exigir o uso de nutrição parenteral total (NPT) ou sondas orogástricas, nasogástricas, ou gastrostomias como meio de fornecer ingestão e nutrientes calóricos adequados à população pediátrica.

Esses métodos não orais de alimentação são frequentemente usados durante a primeira infância, quando certas experiências de alimentação oral devem ocorrer para o aprendizado alimentar. Nesse sentido, é necessário:

- ter conhecimento profundo dos pré-requisitos para o aprendizado alimentar;
- saber estabelecer prioridades no tratamento de crianças com uso de via alternativa;
- colaborar com a equipe médica, estabelecendo critérios de risco e necessidade de uso de via alternativa, quando necessário;
- privilegiar sempre o conforto durante a infusão da dieta, para que a criança possa registrar memórias positivas em relação à alimentação;
- evitar estímulos e estratégias orais que possam ser aversivos pela criança;
- reconhecer que a via alternativa é uma forma de alimentação, procurando orientar a família a inserir, sempre que possível, a criança no contexto de refeição em família;
- compreender que a atuação com essa população transcende a estimulação oral térmico-gustativa e que, em algumas crianças, precisa ser evitada;
- reconhecer a importância dos sinais de fome e saciedade para que a criança possa se sentir motivada e disposta a comer;
- fornecer suporte, informação e acolhimento aos pais;
- saber identificar os critérios para desmame de via alternativa, quais sejam:
 - a) problema médico estabilizado;
 - b) bom estado nutricional;
 - c) deglutição segura e eficiente;
 - d) cuidadores preparados;
 - e) habilidades alimentares apropriadas.



4.2.3. Fatores específicos de desenvolvimento, sociais, emocionais e culturais

1. Conhecimento profundo das expectativas relacionadas à idade, como processos de alimentação em bebês e crianças.
2. Amplo conhecimento de grupos culturais específicos e a influência de seus costumes sobre a alimentação.
3. Amplo conhecimento de fatores sociais ou emocionais que possam influenciar a alimentação.
4. Conhecimento acerca dos mecanismos neurofisiológicos do trauma e da fobia alimentar.

4.2.4 Avaliação clínica e instrumental da deglutição

- Identificar sinais e sintomas de disfagia orofaríngea;
- Indicar, conduzir e analisar o resultado de exames instrumentais, permitindo que o fonoaudiólogo forneça diagnóstico e condutas assertivas para cada caso, determinando a necessidade de encaminhamentos para outras áreas, de atendimento terapêutico fonoaudiológico e prognóstico.
- Conhecer técnicas de avaliação clínica e instrumentais da deglutição, seja a videofluoroscopia ou a videoendoscopia funcional da deglutição, incluindo finalidade, indicações de uso, limitações, confiabilidade e validade.
- Ter a capacidade de recomendar avaliação instrumental adequada quando necessário e em consenso com a equipe multidisciplinar e recomendação médica.
- Colaborar com outros profissionais, como, por exemplo, o radiologista, na realização de avaliação instrumental e interpretação dos dados.
- Apresentar capacidade de usar os resultados de forma eficaz na avaliação e intervenção e aplicabilidade clínica dos resultados.
- Interpretar os achados com cautela, avaliando todo o histórico do paciente e dados clínicos, de modo que a avaliação clínica da deglutição seja realizada sempre antes, para o planejamento do exame instrumental. Este deve auxiliar o fonoaudiólogo e a equipe multidisciplinar na tomada de decisão clínica.

4.3 Intervenções e abordagens adequadas e específicas

O fonoaudiólogo deve possuir conhecimento dos procedimentos de intervenção existentes para selecioná-los de acordo com a necessidade e especificidade do paciente

4.3.1. Intervenções para facilitar o desempenho oral, melhorar a deglutição e, potencialmente, reduzir o risco de aspiração

- Selecionar técnicas/estratégias de deglutição compensatória.
- Prescrever estimulação térmica e/ou tátil, respeitando as condições, necessidades e possíveis aversões do paciente.
- Determinar ou alterar tamanho, consistência, temperatura e ou textura do bolus, bem como sua via de administração.
- Reconhecer a fase oral preparatória, identificando movimentos mastigatórios realizados de acordo com a consistência alimentar ofertada, definindo a forma de oferta do alimento conforme as possibilidades de mastigação e deglutição da criança.
- Estabelecer o posicionamento adequado para comer.
- Avaliar estruturas orais (tecidos duros e moles) que possam estar impactando o desempenho oral (frênulo de língua, dentes e oclusão, tônus muscular etc.).
- Avaliar as funções orofaciais (respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala), identificando possíveis fatores etiológicos correlatos que possam estar impactando o desenvolvimento alimentar.



4.3.2. Intervenções para melhorar a relação da criança com os alimentos e com o ambiente das refeições

- Buscar estratégias que favoreçam e possibilitem a autonomia da criança para comer.
- Adequar o cardápio, do ponto de vista sensorial, para melhor conforto e relacionamento da criança com os alimentos.
- Propiciar vivências positivas do paciente com o ambiente das refeições.
- Utilizar recursos lúdicos com fins terapêuticos para diminuir o estresse da criança.
- Estabelecer com o paciente profunda relação de respeito e afeto.
- Compreender que o ato de comer é apreendido, bem como saber identificar os pontos que estão dificultando à criança apreciar os alimentos e o ambiente das refeições.
- Saber verificar os pontos positivos e de maior facilidade alimentar para o paciente.

4.4 Suporte às famílias

Ouvir, reconhecer e tratar as preocupações dos pais sobre peso, crescimento, ingestão e nutrição, bem como pressões psicossociais, por exemplo, o julgamento negativo de outros pais.

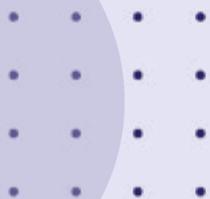
4.4.1. Ajudar os pais a identificar e substituir práticas alimentares inadequadas por práticas responsivas, como:

- modelar experiências alimentares positivas;
- estabelecer estrutura e ambiente adequados para a alimentação;
- incentivar a alimentação em grupo e superar os obstáculos que impedem refeições em família;
- responder às crianças com afeto;
- expor as crianças a uma variedade de alimentos - mesmo que ainda não estejam prontas para comê-los - juntamente com alimentos já aceitos.

4.4.2. Enfatizar a importância de relacionamentos positivos e harmoniosos com pais, cuidadores e terapeuta

- Dar espaço para os pais compartilharem sentimentos difíceis vivenciados no relacionamento alimentar.
- Oferecer recursos e psicoeducação para desenvolver resiliência e habilidades de gestão de ansiedade em pais e filhos.
- Trabalhar com profissionais de cuidados infantis, escolas e toda a rede de apoio para implementar princípios de alimentação responsiva de forma consistente em todos os ambientes naturais da criança.
- Apoiar a parentalidade responsiva e voltada à construção de relacionamentos.





5

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

Conforme mencionado, o fonoaudiólogo há muito tempo atua com bebês, crianças e adultos com dificuldades alimentares, inicialmente com foco voltado para disfagia orofaríngea, que, com o tempo, foi ampliando as possibilidades e devido a essa população possuir características muito específicas, que vão além de distúrbios orofaciais e disfagias orofaríngeas. Por isso, o fonoaudiólogo que atua nos distúrbios alimentares deve adquirir e aprimorar suas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) relacionadas a essa atuação, assim como avaliá-las continuamente.

A aquisição de competências compreende experiências educacionais e treinamento, incluindo, por exemplo, estudo da literatura científica e técnica existente, participação em programas de treinamento e educação continuada, consultoria a outros profissionais capacitados para tal atuação, entre outros. Não esquecendo das competências necessárias para o cuidado e planejamento terapêutico (conhecimento clínico, conhecimento específico, habilidades de comunicação entre equipe multidisciplinar, família e cliente), respeitando o Código de Ética da Fonoaudiologia, que constitui como infração ética, na relação com o cliente, **a execução de procedimento para o qual o fonoaudiólogo não esteja capacitado.**

A proposta destas Diretrizes teve por base a literatura e a experiência dos autores envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.N.; MELLO, E.D.; MARANHÃO, H.S.; VIEIRA, M.C.; BARROS, R.; BARRETO, J.R.; FISBERG, M. Dificuldades Alimentares na Infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. **Pediatria Moderna**, 2012, v. XLVIII, p. 340.

RASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 610, de 13 de dezembro de 2018. **Diário Oficial da União**. Publicado em : 16/04/2019. Edição: 73, Seção: I, Página: 82. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71711726. Acesso em: 22 dez. 2021.

COLA, P.C. *et al.* Reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica: sabor azedo e temperatura fria. **Rev. CEFAC**, São Paulo, 2008, 10 (2), p. 200-205.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Áreas de Competência do Fonoaudiólogo no Brasil**. 2ª Edição – Março/2007. 8º Colegiado – Gestão 2004/2007. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/epacfb.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. **Resolução CFFa nº 383, de 20 de março de 2010**. Dispõe sobre as atribuições e competências relativas à especialidade em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_383_10.htm. Acesso em: 22 dez. 2021.

CRIST, W.; NAPIER-PHILLIPS, A. Meal time behaviors of Young children: A comparison of normative and clinical data. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, 2001, 22 (5), p. 279-286.

DEPARTAMENTO DE MOTRICIDADE OROFACIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA. **Áreas de domínio em motricidade orofacial**. Disponível em: https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/departamentos/artigos/resolucoes_160.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

FUCILE, S.; GISEL, E.; LAU, C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. **J Pediatr.**, 2002 (141), p. 230–236.

GAEBLER, C.P.; HANZLIK, J.R. The Effects of a Prefeeding Stimulation Program on Preterm Infants. **American Journal of Occupational Therapy**, 1996, 50, p. 184-192.

JUNQUEIRA, P. *et al.* O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. **CEFAC**, 2015, 17(3), p. 1.004-11.

_____. **Por Que meu filho não quer comer?**: uma visão além da boca e do estômago. Bauru: Idea; 2017a.

_____. **Relações cognitivas com o alimento na infância**. São Paulo: ILSI Brasil - International Life Sciences Institute do Brasil, 2017b. (Série de publicações ILSI Brasil: força-tarefa de nutrição da criança, v. 5)

KACHANI, A. T. ; ABREU, C. L. M. ; LISBOA, S. B. H. ; FISBERG, M. Seletividade alimentar da criança. **Pediatria** (USP), São Paulo, SP, 2005, v. 27, n° 1, p. 48-60.

MAXIMINO, P. *et al.* How to monitor children with feeding difficulties in a multidisciplinary scope? Multidisciplinary care protocol for children and adolescents - pilot study. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n° 3, p. 331-340, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.122816>.

MORRIS, S.; KLEIN, M.D. **Pre-feeding skills**: a comprehensive resource for meal time development (2nd ed.). USA: Vital & Marts; 2000.

PALLADINO, R.R.R.; CUNHA, M. C.; SOUZA, L.A.P. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, SP, 2007, v. 19, n° 2, p. 205-214, abr.-jun.

SCHWARTZMAN, M.L.C. Aspectos da alimentação na criança com paralisia cerebral. *In*: LIMONGE, S.C.O. (Org.). **Paralisia cerebral - processo terapêutico em linguagem e cognição**. 1. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 2000, v. 01, p. 35-74.

Leituras complementares

ANDERSON, J.; AUSTEL-LEIBHABER, J. Developmental therapy in the neonatal intensive-care unit. **Physical and Occupational Therapy in Pediatrics**, 1984; 4, 89-106.

ARVEDSON, J.C. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. **Dev Disabil Res Rev**, 2008, 14(2), p. 118-27. doi: 10.1002/ddrr.17. PMID: 18646015.

_____; LEFTON-GREIF, M.A. Instrumental Assessment of Pediatric Dysphagia. **Semin Speech Lang**, 2017, Apr; 38 (2) p. 135-146. doi: 10.1055/s-0037-1599111. Epub 2017 Mar. 21. PMID: 28324903.

BURKLOW, K.A.; PHELPS, A.N.; SCHULTZ, J.R.; MCCONNELL, K.; RUDOLPH, C. Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. **Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**, 1998, 27, p. 143-147.

FEEDING AND SWALLOWING DISORDERS IN CHILDREN. Disponível em: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-dysphagia/>. Acesso em: 22 dez. 2021.

GARAND, K.L.F.; MCCULLOUGH, G.; CRARY, M.; ARVEDSON, J.C.; DODRILL, P. Assessment Across the Life Span: The Clinical Swallow Evaluation. **Am J Speech Lang Pathol.**, 2020 Jul 10;29(2S):919-933. doi: [10.1044/2020_AJSLP-19-00063](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00063). Epub 2020 Jul 10. PMID: 32650662.

GODAY, P.S.; HUH, S.Y.; SILVERMAN, A.; LUKENS, C.T.; DODRILL, P.; COHEN, S.S.; DELANEY, A.L.; FEULING, M.B.; NOEL, R.J.; GISEL, E.; KENZER, A.; KESSLER, D.B.; KRAUS, DE CAMARGO O; BROWNE, J.; PHALEN, J.A. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. **J Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, 2019 Jan;68(1):124-129. doi: [10.1097/MPG.0000000000002188](https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188). PMID: 30358739; PMCID: PMC6314510.

GOSA, M.M.; DODRILL, P.; LEFTON-GREIF, M.A.; SILVERMAN, A. A Multidisciplinary Approach to Pediatric Feeding Disorders: Roles of the Speech-Language Pathologist and Behavioral Psychologist. **Am J Speech Lang Pathol.**, 2020 Jul 10;29(2S):956-966. doi: [10.1044/2020_AJSLP-19-00069](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00069). Epub 2020 Jul 10. PMID: 32650658.

JADCHERLA, S.R. Advances with Neonatal Aerodigestive Science in the Pursuit of Safe Swallowing in Infants: Invited Review. **Dysphagia**, 2017 Feb;32(1):15-26. doi: [10.1007/s00455-016-9773-z](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9773-z). Epub 2017 Jan 2. PMID: 28044203; PMCID: PMC5303645.

_____; KHOT, T.; MOORE, R.; MALKAR, M.; GULATI, I.K.; SLAUGHTER, J.L. Feeding Method at Discharge Predicts Long-Term Feeding and Neurodevelopmental Outcomes in Preterm Infants Referred for Gastrostomy Evaluation. **J Pediatr.**, 2017 Feb;181:125-130.e1. doi: [10.1016/j.jpeds.2016.10.065](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.065). Epub 2016 Dec 7. PMID: 27939123; PMCID: PMC5724518.

_____; PENG, J.; MOORE, R.; SAAVEDRA, J.; SHEPHERD, E.; FERNANDEZ, S.; ERDMAN, S.H.; DILORENZO, C. Impact of personalized feeding program in 100 NICU infants: pathophysiology-based approach for better outcomes. **J Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, 2012 Jan;54(1):62-70. doi: [10.1097/MPG.0b013e3182288766](https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3182288766). PMID: 21694638; PMCID: PMC3800145.

LEFTON-GREIF, M.A.; ARVEDSON, J.C. Pediatric Feeding/Swallowing: Yesterday, Today, and Tomorrow. **Semin Speech Lang.**, 2016 Nov;37(4):298-309. doi: [10.1055/s-0036-1587702](https://doi.org/10.1055/s-0036-1587702). Epub 2016 Oct 4. PMID: 27701706.

MEIRA, R.R.S. Um Novo Olhar Sobre a Disfagia Infantil. In: LACERDA, C.B.F.; PANHOCA I. (Org). **Tempos de Fonoaudiologia**. Taubaté, SP: Cabral Ed Universitária, 1998.

PEDIATR. GASTROENTEROL. NUTR, 2012 January; 54(1): 62-70. doi:[10.1097/MPG.0b013e3182288766](https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3182288766).

SILVA, A.P.; ESCAMEZ, N.E.S.; JÚNIOR, N.M.; SILVA, M.A.A. Método TherapyTaping®: bandagem elástica como recurso terapêutico na clínica fonoaudiológica. **Distúrbios Comuns**, São Paulo, 2014, 26(4), p. 805-808.

SKINNER, M.L.; LEE, S.K.; COLLACO, J.M.; LEFTON-GREIF, M.A.; HOCH, J. Au Yeung KJ. Financial and Health Impacts of Multidisciplinary Aerodigestive Care. **Otolaryngol Head Neck Surg**, 2016 Jun;154(6), p. 1.064-7. doi: [10.1177/0194599816637830](https://doi.org/10.1177/0194599816637830). Epub 2016 Mar 15. PMID: 26980920.

