

OCORRÊNCIA DE DIFICULDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM MIELOMENINGOCELE

Prevalence of feeding difficulty for children with myelomeningocele

Carolina Castelli Silvério ⁽¹⁾, Tarsila Padoan Sant'Anna ⁽²⁾, Marla Fabiana Oliveira ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: verificar a ocorrência das dificuldades alimentares em crianças com mielomeningocele e a importância da atuação fonoaudiológica junto às mesmas. **Métodos:** foram avaliadas 49 crianças portadoras de mielomeningocele, sendo 21 do gênero masculino e 28 do gênero feminino, com idades entre 8 meses e 3 anos. Realizou-se avaliação fonoaudiológica da alimentação e, na análise dos dados, privilegiou-se aqueles referentes à sensibilidade intra-oral, presença de recusa alimentar e de náusea e/ou desconforto, e consistência alimentar mais espessa ingerida. **Resultados:** foi observado na maioria das crianças: hipersensibilidade de língua (65,3%) e palato (57,8%), presença de náusea e/ou desconforto (73,5%), e recusa alimentar (79,6%). Verifica-se que as alterações apresentadas pelas crianças com mielomeningocele tornam o momento da alimentação desprazeroso e geram conflitos entre o cuidador e a criança. **Conclusão:** a ocorrência da hipersensibilidade intra-oral e da recusa alimentar prejudicam a alimentação, sendo de fundamental importância a intervenção fonoaudiológica precoce em crianças com mielomeningocele.

DESCRIPTORIOS: Meningomielocela; Alimentação; Fonoaudiologia; Prevalência; Transtornos da Alimentação

■ INTRODUÇÃO

A alimentação infantil é uma função importante que está relacionada com vários aspectos. Primeiramente, tem-se que esta é a fonte de nutrição e hidratação do nosso organismo, sendo assim imprescindível para a manutenção da vida. Também é importante considerar o crescimento e desenvolvimento das estruturas orofaciais, que dependem de uma alimentação que promova a ingestão adequada de consistências e sabores, para assim conduzir à correta estruturação dos órgãos fonoarticulatórios e à funcionalidade do sistema estomatognático. Além disso, os aspectos afetivos e sociais também estão inseridos na função de alimentação ¹, uma vez que

esta promove um meio propício para trocas afetivas e lingüísticas na relação mãe-filho, que se inicia desde o período de amamentação, continuando por todo o processo de alimentação. Quanto à questão social, sabe-se que o contexto de alimentação está presente em momentos de convívio social, como almoço familiar, aniversários, passeios, entre outros. Portanto, estando a alimentação envolvida com todos estes aspectos, uma alteração nessa função leva a uma série de disfunções na criança: nutricionais, estruturais, afetivas e sociais.

Dentre as alterações de alimentação, encontram-se aquelas decorrentes da desorganização do sistema sensorial, ou seja, da habilidade do sistema nervoso central em captar, processar e utilizar as informações sensoriais para produzir respostas motoras e comportamentais ². Esta habilidade representa um importante papel no desenvolvimento normal infantil, pois a criança pode explorar, vivenciar e aprender novas formas de lidar com o meio, cada vez mais elaboradas e específicas ³.

Nestas alterações de alimentação, a criança pode manifestar sinais de hipersensibilidade, que ocorrem quando o sistema nervoso central não con-

⁽¹⁾ Fonoaudióloga, Residente do Setor de Fonoaudiologia da AACD de São Paulo.

⁽²⁾ Fonoaudióloga, Residente do Setor de Fonoaudiologia da AACD de São Paulo.

⁽³⁾ Fonoaudióloga, Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Fonoaudióloga da AACD.

trola as propriedades sensoriais. Esta alteração consiste na diminuição do limiar de *input* sensorial, causando um bombardeio de informações, que por sua vez faz com que o indivíduo fique facilmente incomodado, reagindo ao estímulo de forma aversiva e anormal². A hipersensibilidade intra-oral durante a alimentação pode levar a reações exacerbadas e inadequadas, como a recusa alimentar.

O comportamento de recusa alimentar faz com que a alimentação seja uma situação desprazerosa para a criança, tornando este momento angustiante e exaustivo para a família, freqüentemente ficando para um único cuidador toda a responsabilidade de alimentá-la⁴.

Com base na observação clínica, constata-se que a recusa alimentar encontra-se presente em crianças com mielomeningocele, que é uma falha na fusão dos elementos posteriores da medula vertebral, devido a uma malformação do tubo neural, levando à falta de fechamento e displasia na coluna espinhal. Esta patologia promove um comprometimento sensitivo-motor que afeta vários sistemas, podendo vir associada a outras malformações, como a hidrocefalia⁵⁻⁹.

O fonoaudiólogo é o profissional capacitado em lidar com as alterações de alimentação, podendo interferir precocemente na hipersensibilidade intra-oral e na recusa alimentar, evitando o comprometimento do crescimento e desenvolvimento dos órgãos e funções do sistema estomatognático, da linguagem e até das relações afetivas e sociais da criança. Verifica-se que geralmente as crianças com mielomeningocele são encaminhadas para avaliação deste profissional apenas quando existem distúrbios evidentes, ou quando os familiares referem dificuldades de alimentação.

Surge, então, a necessidade de se avaliar as crianças com mielomeningocele, para assim verificar a necessidade do acompanhamento fonoaudiológico precoce e propiciar os encaminhamentos necessários.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi verificar a ocorrência da dificuldade alimentar em crianças com mielomeningocele, assim como a necessidade da atuação fonoaudiológica na equipe multidisciplinar, sendo mais um profissional a somar seus conhecimentos nos procedimentos de avaliação precoce e reabilitação dos pacientes.

■ MÉTODOS

Avaliou-se a alimentação de 49 pacientes diagnosticados pela equipe médica da instituição como portadores de mielomeningocele, de ambos os gêneros, sendo 21 do gênero masculino e 28 do feminino, com idade de oito meses a três anos, que estavam em tratamento ou recebendo orientações na

Associação de Assistência a Criança Deficiente (A.A.C.D). O nível de lesão apresentado por estes pacientes não foi considerado como critério de exclusão, pois não faz parte do objetivo deste trabalho.

Utilizou-se um protocolo de avaliação da alimentação criado para esta pesquisa, que foi adaptado do protocolo de avaliação miofuncional orofacial do Setor de Fonoaudiologia da AACD de São Paulo, com o objetivo de rastrear as habilidades de alimentação das crianças com mielomeningocele.

Deste protocolo, foram privilegiados os seguintes dados:

- alimento mais consistente aceito pela criança;
- presença de recusa alimentar;
- presença de náusea e/ou desconforto para algum alimento;
- reação oral de gag;
- sensibilidade intra-oral.

Foi realizado levantamento das crianças com mielomeningocele atendidas individualmente, em grupo de estimulação precoce, ou que estivessem passando pelo ambulatório médico e pela avaliação global (avaliação interdisciplinar que visa verificar enquadramento do paciente na instituição, composta por médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, hidroterapeuta e psicólogo), pertencentes à Clínica de Mielomeningocele.

As avaliações ocorreram no setor de fonoaudiologia e no ambulatório médico da AACD Central de São Paulo, no período de julho a agosto de 2004, tendo sido realizadas em conjunto pelas residentes do Setor de Fonoaudiologia. Foram feitas perguntas referentes aos alimentos mais espessos aceitos pela criança, à presença de recusa, náusea e/ou desconforto alimentar. Em seguida, avaliou-se a reação oral de gag e a sensibilidade intra-oral por meio de toque digital, em sentido ântero-posterior, na língua e no palato, com uso de luvas descartáveis sem látex, uma vez que as crianças não aceitavam o uso da espátula.

Considerou-se como resultado adequado à normalidade envolvendo o desenvolvimento da alimentação: ausência de recusa alimentar e de náusea e/ou desconforto perante o alimento; reação de oral de gag não exacerbada e presente no terço posterior da língua; ausência de reação negativa ao toque em cavidade oral; e ingestão de alimentos com a consistência esperada para a idade conforme o desenvolvimento oromotor normal, ou seja, alimentos semi-sólidos a partir dos 8 meses de idade, sólidos macios a partir de 12 meses e sólidos duros a partir de 18 meses¹⁰.

Ao término da avaliação, o responsável recebeu orientações quanto aos aspectos que se encontravam alterados de acordo com o esperado para a idade da criança. Verificando-se a necessidade

de um acompanhamento fonoaudiológico, foram realizados encaminhamentos para um fonoaudiólogo do setor para seguimento dos casos.

Após a finalização dos procedimentos citados, o responsável foi convidado a participar da pesquisa, sendo entregue um termo de consentimento aos que concordaram em disponibilizar os dados da avaliação para a realização deste estudo. Os responsáveis recebiam tais informações após a avaliação, pois a espontaneidade quanto às queixas de alimentação poderiam sofrer interferências caso os objetivos deste trabalho fossem expostos inicialmente, o que poderia alterar a confiabilidade das respostas.

Os dados obtidos foram divididos conforme as idades de transição alimentar, analisados, interpretados e discutidos com base na observação clínica e em alguns achados da literatura, uma vez que estudos mais direcionados nesta área são escassos^{4,10-13}.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Assistência à Criança Deficiente, protocolo número 12/2004.

Para análise dos resultados foi aplicado o Teste do Qui quadrado¹⁴ a fim de estudar possíveis associações entre as faixas de idade e os itens estudados. Fixou-se em 0,05 ou 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DA ALIMENTAÇÃO

Nome: _____ R.G.: _____

Nascimento: _____ Idade Atual: _____ Acompanhante: _____

Diagnóstico: _____ Nível da Lesão: _____

Alergia: () Látex () Outras _____

Alimentação

() seio materno () líquido () líquido engrossado

() pastoso () semi-sólido () sólido

Utensílio de Alimentação

() Mamadeira Bico () ortodôntico () convencional

Furo () adequado () inadequado

() Copo () Canudo

() Colher Tamanho () café () chá () sobremesa () sopa

Material () metal () silicone () plástico () borracha

Preferência por Sabores

() doce () salgado () não tem preferência

Preferência por Textura

() líquido () líquido engrossado () pastoso () semi-sólido

() sólido () não possui

Recusa Alimentar

() não () sim. Quais: _____

Apresenta Náuseas para algum Alimento?

() não () sim. Quais _____

Apresenta Desconforto para algum Alimento?

() não () sim. Quais _____

Dificuldade na Modificação das Consistências e Sabores da Dieta Alimentar?

() não () sim. Quais _____

Dificuldades em Receber Diferentes Texturas na Mesma Refeição?

() não () sim

Hábitos Oraís

() chupeta () mamadeira () onicofagia () sucção digital

Respiração

() nasal () oral () oronasal

Reações Oraís

Procura () presente () ausente () exacerbado

Sucção () presente () ausente () exacerbado

Mordida Tônica () presente () ausente () exacerbado

Gag () adequado () exacerbado/ anteriorizado

Sensibilidade

Face () normal () hiporeativo () hiperreativo

Língua () normal () hiporeativa () hiperreativa

Palato Duro () normal () hiporeativo () hiperreativo

Gengiva () normal () hiporeativa () hiperreativa

Órgãos Fonoarticulatórios

Língua

Postura: () soalho Tônus: () normotônica

() papila () hipotônica

() protruída () hipertônica

() retraída

Lábios

Postura: () fechados Tônus: () normotônico

() entre-abertos () hipotônico

() hipertônico

Bochechas

Postura: () simétrica Tônus: () normotônicas

() assimétrica () hipotônicas

() hipertônicas

Palato Duro

() atrésico () alto () normal () plano

Dentição

() ausente () decídua () mista

() BEC () REC () PEC

Número de dentes: _____

Mordida: () aberta () cruzada () topo a topo () profunda

() overjet () normal

Oclusão (relação canino):

() classe I () classe II () classe III

Avaliação Funcional

() Incoordenação entre Respiração e Deglutição

Líquido

Preensão labial () sim () não

Escape oral anterior () sim () não

Protrusão exacerbada de língua () sim () não

Sucção eficiente () sim () não

Movimentação adequada de língua () sim () não

Vedamento labial durante a deglutição: () sim () não

Sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal

() não () sim

Utensílio utilizado: () mamadeira () copo () canudo

Pastoso

Preensão labial () sim () não

Escape oral anterior () sim () não

Protrusão exacerbada de língua () sim () não

Movimentação adequada de língua () sim () não

Sucção () sim () não

Vedamento labial durante a deglutição: () sim () não

Sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal

() não () sim

Utensílio utilizado: () mamadeira () colher

Sólido

Preensão labial () sim () não

Escape oral anterior () sim () não

Protrusão exacerbada de língua () sim () não

Movimentação adequada de língua () sim () não

Sucção () sim () não

Vedamento labial durante a deglutição: () sim () não

Sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal

() não () sim

Mastigação

Incisão () anterior () lateral

Movimento de mandíbula () rotação () verticalização

() unilateral () bilateral

CONDUTA: _____

RESULTADOS

Os resultados referentes à reação oral de gag (Tabela 1) demonstraram que houve 36,7% de crianças com esta reação inadequada, acentuando-se na faixa etária de 12 a 17 meses onde ocorreu em 54,6%.

Houve hipersensibilidade de língua (Tabela 2) na maioria das crianças (65,3%), o que foi confirmado em todas as faixas etárias, existindo maior discrepância nas crianças de 12 a 17 meses (81,8%).

Tabela 1 – Crianças portadoras de mielomeningocele segundo a idade em meses e reação oral de gag

Idade	Inadequado	Adequado	Total	% de inadequação
8-11	1	5	6	16,6
12-17	6	5	11	54,6
18-36	11	21	32	34,3
Total	18	31	49	36,7

X^2 calc = 2,62 (NS) X^2 crítico = 65,17

X^2 – Teste do Qui-Quadrado; NS – Não significativo

Tabela 2 – Crianças portadoras de mielomeningocele segundo a idade em meses e a sensibilidade de língua

Idade	Hipersensível	Adequada	Total	% de inadequação
8-11	4	2	6	66,6
12-17	9	2	11	81,8
18-36	19	13	32	59,3
Total	32	17	49	65,3

X^2 calc = 1,83 (NS) X^2 crítico = 65,17

X^2 – Teste do Qui-Quadrado; NS – Não significativo

A hipersensibilidade de palato também foi observada na maior parte das crianças (57,8%), sendo mais evidenciada na faixa etária de 8 a 11 meses (66,6% de inadequação).

No que se refere à sensibilidade do vestibulo (Tabela 4), notou-se 36,7% de crianças com reação inadequada. Na faixa etária de 8 a 11 meses, as crianças obtiveram o mesmo resultado tanto para a sensibilidade adequada quanto para a hipersensibilidade (50%), sendo a faixa etária que observa-se maior inadequação.

Tabela 3 – Crianças portadoras de mielomeningocele segundo a idade em meses e a sensibilidade de palato

Idade	Hipersensível	Adequada	Total	% de inadequação
8-11	4	2	6	66,6
12-17	7	4	11	63,6
18-36	17	15	32	53,1
Total	28	21	49	57,8

X^2 calc = 0,62 (NS) X^2 crítico = 65,17

X^2 – Teste do Qui-Quadrado; NS – Não significativo

Tabela 4 – Crianças portadoras de mielomeningocele segundo a idade em meses e a sensibilidade de vestibulo

Idade	Hipersensível	Adequada	Total	% de inadequação
8-11	3	3	6	50,0
12-17	4	7	11	36,4
18-36	11	21	32	34,3
Total	18	31	49	36,7

X^2 calc = 0,53 (NS) X^2 crítico = 65,17

X^2 – Teste do Qui-Quadrado; NS – Não significativo

Tabela 5 – Crianças portadoras de mielomeningocele segundo a idade em meses e presença de náusea e/ou desconforto alimentar

Idade	Presente	Ausente	Total	% de inadequação
8-11	3	3	6	50,0
12-17	9	2	11	81,8
18-36	24	8	32	75,0
Total	36	13	49	73,5

X^2 calc = 2,12 (NS) X^2 crítico = 65,17

X^2 – Teste do Qui-Quadrado; NS – Não significativo

Os resultados a respeito da presença de náusea e/ou desconforto alimentar (Tabela 5) indicaram que a maioria das crianças apresentou essa reação presente (73,5%), principalmente aquelas na faixa etária de 12 a 17 meses (81,8% de inadequação). As crianças da faixa etária de 8 a 11 meses obtiveram o mesmo resultado tanto para a presença quanto para a ausência de náusea e/ou desconforto (50%).

A consistência alimentar mais espessa ingerida (Tabela 6) mostrou-se inadequada em 38,8% das crianças, principalmente na faixa de 18 a 36 meses (40,7%).

A ocorrência de recusa alimentar (Tabela 7) esteve presente na maioria das crianças estudadas (79,6%). Na faixa etária de 18 a 36 meses encontrou-se o maior número de crianças com a presença desse comportamento (87,5%).

Tabela 6 – Crianças portadoras de mielomeningocele segundo a idade em meses e consistência alimentar mais espessa

Idade	Inadequado	Adequado	Total	% de inadequação
8-11	2	4	6	33,4
12-17	4	7	11	36,7
18-36	13	19	32	40,7
Total	19	30	49	38,8

χ^2 calc = 0,15 (NS) χ^2 crítico = 65,17
 χ^2 – Teste do Qui-Quadrado; NS – Não significativo

Tabela 7 – Crianças portadoras de mielomeningocele segundo a idade em meses e a presença de recusa alimentar

Idade	Presente	Ausente	Total	% de inadequação
8-11	4	2	6	66,67
12-17	7	4	11	63,64
18-36	28	4	32	87,5
Total	39	10	49	79,6

χ^2 calc = 3,57 (NS) χ^2 crítico = 65,17
 χ^2 – Teste do Qui-Quadrado; NS – Não significativo

■ DISCUSSÃO

A discussão se baseou na análise dos resultados de frequência relativa total, uma vez que não houve variação significativa dos parâmetros avaliados com as faixas etárias. Cabe ressaltar que de acordo com os dados condizentes com a normalidade do desenvolvimento sensorio-motor oral¹⁰, em

todas as crianças avaliadas esperava-se os seguintes resultados:

- sensibilidade intra-oral adequada;
- reação oral de gag posteriorizada e não exacerbada;
- ausência de recusa alimentar e de náusea e/ou desconforto perante o alimento;
- alimentação na consistência adequada para a idade.

Analisando os resultados obtidos, nota-se um maior número de crianças com a reação oral de gag adequada. Apesar disso, é importante direcionar o olhar para os 36,7% (n=18) de crianças que apresentaram esta reação alterada, pois se sabe que esta interfere negativamente na adequação da sensibilidade intra e extra-oral e na função de alimentação¹¹.

Quanto aos dados referentes à sensibilidade intra-oral nas crianças com mielomeningocele, constata-se uma ocorrência maior de hipersensibilidade em língua e palato, não sendo o mesmo evidenciado no vestibulo. Tais dados concordam com os achados da literatura, que também referem hipersensibilidade intra-oral nestas crianças^{4,12}. Acredita-se que a hipersensibilidade observada possa interferir na dificuldade de aceitação e manipulação do alimento na cavidade oral, trazendo experiências desagradáveis para a criança frente ao alimento, além de proporcionar o aumento dos episódios de náusea e/ou desconforto alimentar. Esta dificuldade pode ser decorrente de alterações em vias nervosas, comprometendo a integração do *input* sensorial que chega ao sistema nervoso central. As crianças deste estudo não aceitaram toques na região intra-oral realizados com espátulas de madeira, motivo pelo qual a sensibilidade dessa região foi avaliada apenas com o toque digital com o uso de luvas sem látex.

Um outro fator de relevância é a presença de náusea e/ou desconforto alimentar, pois verifica-se um número elevado de crianças que ao ver ou receber o alimento apresentam esta reação. Este fato traduz-se em dificuldade na ingestão alimentar, que por sua vez leva a uma nutrição ineficiente e à baixa diversidade de alimentos ingeridos, diminuindo assim a experiência sensorial.

Na maioria dos resultados já discutidos, observa-se maior inadequação nas crianças de 12 a 17 meses. Não foram encontrados dados na literatura que explicasse tal fato, porém este pode ser decorrente da introdução de alimentos sólidos nesta faixa etária. Além disso, tais resultados também podem ter ocorrido devido à amostra reduzida ou simplesmente serem casuais.

Observa-se a presença da recusa alimentar em número relevante para todas as faixas etárias, concordando com os achados da literatura⁴, principalmente nas crianças mais velhas, pois com o avan-

çar da idade os alimentos a serem ingeridos passam a ser mais consistentes e variados. Estes alimentos, além de causar maior *input* intra-oral, demandam mais tempo para o preparo oral, o que causa maior desconforto em uma cavidade oral hipersensível. A recusa alimentar, então, está diretamente relacionada à presença da hipersensibilidade intra-oral, que gera uma sensação desagradável perante o estímulo na cavidade oral, o que explica a dificuldade em aceitá-lo. Porém, este estímulo mesmo sendo desagradável para a criança, representa um importante fator para o desenvolvimento sensorio-motor oral.

Cabe ressaltar que de acordo com os dados obtidos, verifica-se também uma inadequação quanto à aquisição das consistências alimentares. Esta acentua-se com o avançar da idade, à medida em que ocorre o desenvolvimento da função de mastigação, quando espera-se que a criança consiga ingerir alimentos cada vez mais consistentes.

Durante o levantamento do histórico alimentar, os responsáveis relataram que as crianças aceitam bem os alimentos sólidos macios¹⁰, como bolachas, havendo grande recusa de alimentos sólidos duros¹⁰, como carnes, frutas e vegetais crus. Acredita-se que este fator possa ser decorrente da dificuldade alimentar que estas crianças apresentam desde pequenas, o que interfere na adequada evolução de aceitação de diferentes consistências, sabores e texturas, que por sua vez pode influenciar no desenvolvimento orofacial, dificultando ainda mais a realização das funções estomatognáticas de forma adequada, principalmente a mastigação.

A recusa alimentar encontrada pode ocorrer devido ao desconforto presente durante a manipulação do alimento na cavidade oral, que por sua vez pode ser decorrente da presença de uma hipersensibilidade oral, conseqüente à alteração na modulação do *input* sensorial. Durante a avaliação clínica esta recusa pôde ser observada acompanhada por comportamentos inadequados, como gritos, choros e retirada do alimento da cavidade oral.

Pelos achados deste estudo, o momento de alimentação das crianças com mielomeningocele é desprazeroso e gera conflitos entre o cuidador e a criança. O cuidador, além de apresentar o desejo de que a criança se alimente bem e se mantenha nutrida e estável clinicamente, também fica irritado e exausto pelas dificuldades de alimentação. Por outro lado, a criança mostra-se apreensiva e irritada diante desta situação pelo seu comportamento hiperresponsivo diante do alimento. Foi encontrado na literatura um estudo mostrando resultados contrários à observação desta pesquisa¹³, relatando a presença de dificuldades alimentares e déficits nutricionais em apenas uma das catorze crianças avaliadas. Porém, nossas observações são contundentes em indicar

grandes dificuldades alimentares, decorrentes da recusa e da hipersensibilidade intra-oral.

Como existem alterações que não são referidas pelos responsáveis, e que podem levar a seqüelas mais graves comprometendo o crescimento e desenvolvimento das estruturas orofaciais, e assim causar distúrbios nas funções do sistema estomatognático (respiração, sucção, deglutição, mastigação e fala), faz-se necessária a presença do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar de mielomeningocele. O fonoaudiólogo estará diagnosticando precocemente as alterações existentes nestas crianças, podendo realizar um trabalho direcionado para adequar a sensibilidade intra-oral e as funções estomatognáticas, e orientar os responsáveis em lidar com as dificuldades alimentares, visando fazer da alimentação um momento prazeroso e eficiente, evitando complicações morfofuncionais orofaciais e até de comunicação.

Acredita-se que este estudo tenha contribuído e antecipado o trabalho fonoaudiológico necessário nesses casos, já que estas crianças não tinham como rotina o atendimento no setor de fonoaudiologia, sendo encaminhados pela Clínica de Mielomeningocele, somente as que possuíam alterações evidentes e mais avançadas.

É necessário que mais estudos sejam desenvolvidos nesta área, para que assim as crianças com mielomeningocele possam ter suas alterações melhor entendidas, recebendo um atendimento cada vez mais direcionado, possibilitando a verificação e adequação precoce das dificuldades apresentadas.

■ CONCLUSÃO

O estudo possibilitou concluir que:

- os pacientes com mielomeningocele apresentam dificuldade alimentar evidente, que se caracteriza principalmente pelo aumento da sensibilidade intra-oral e pela presença de recusa alimentar.
- a presença do profissional fonoaudiólogo se faz importante na equipe multidisciplinar de mielomeningocele, para diagnóstico e intervenção precoce.

■ AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todo o Setor de Fonoaudiologia da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) – central, em especial às coordenadoras Adriana Tasso Siqueira e Maria Cristina França Pinto, assim como às coordenadoras de estágio Fernanda Paula Valente e Marília Gabriela Paiva Moraes. Agradecemos também à equipe da Clínica de Mielomeningocele da A.A.C.D. e à Profa. Dra. Yara Juliano, da disciplina de bioestatística da UNIBAN, pela análise estatística deste trabalho.

ABSTRACT

Purpose: to assess the prevalence of feeding difficulty for children with myelomeningocele and the importance of a speech pathologist helping them. **Methods:** forty-nine children with myelomeningocele were assessed – twenty-one of them were male and 28 were female, between months and 3 years old. Feeding assessment was done by a speech pathologist. Focus was placed on intra-oral sensitivity, feeding refusal and nausea and/or discomfort, and food consistency ingested. **Results:** it was observed that 65.3% of the children had tongue hypersensitivity and 57.8% had palate hypersensitivity; 73.5% had nausea and/or discomfort; and 79.6% had feeding refusal. That alterations in the children with myelomeningocele make eating time unpleasant and cause conflicts between the caretaker and the child. **Conclusion:** an intra-oral hypersensitivity and feeding refusal can impair eating time, then a speech pathologist's early intervention in children with myelomeningocele is fundamental.

KEYWORDS: Meningomyelocele; Feeding; Speech, Language and Hearing Sciences; Prevalence; Eating Disorders

REFERÊNCIAS

1. Furkim AM, Silva RG. Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frôntis; 1999.
2. Weiss-Salinas D. Sensory defensiveness: a theory of its effect on breastfeeding. *J Hum Lact* 2001; 17:145-51.
3. Limongi SCO. Paralisia cerebral e fonoaudiologia. In: Limongi SCO. Fonoaudiologia informação para formação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 87-122.
4. Mathisen BA, Shepherd K. Oral-motor dysfunction and feeding problems in infants with myelodysplasia. *Pediatric Rehabilitation* 1997; 1: 117-22.
5. Fernandes AC. Defeitos de fechamento do tubo neural. In: Hebert S, Xavier R, Pardini AG, Barros TEP. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 839-57.
6. Fernandes AC. Mielomeningocele. In: Teixeira E, Sauron FN, Santos LSB, Oliveira MC. Terapia ocupacional na reabilitação física. São Paulo: Roca; 2003. p. 73-88.
7. Huber-Okraínec J, Dennis M, Brettschneider J, Spiegler BJ. Neuromotor speech deficits in children and adults with spina bifida and hydrocephalus. *Brain and Language* 2002; 80:592-602.
8. Sbragia L, Machado IN, Rojas CEB, Zambelli H, Miranda ML, et al. Evolução de 58 fetos com meningomielocelo e o potencial de reparo intra-útero. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62(2-B): 487-91.
9. Ulsenheimer MMM, Antoniu K, Sérgio A, Santos LHC, et al. Mielomeningocele: experiências de um hospital universitário brasileiro. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62(4):963-8.
10. Morris SE, Klein MD. Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development. 2. ed. United States of America: Therapy Skill Builders; 2000. cap 5, 7, 24.
11. Hernandez AM. Atuação fonoaudiológica com o sistema estomatognático e a função de alimentação. In: Hernandez AM. O neonato. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 47-78.
12. Silvério CC, Sant'Anna TAP, Henrique CS. Hiperreatividade oral na mielomeningocele: relato de caso. III Encontro Internacional de Disfagia Pediátrica. II Encontro Nacional de Nutrição em Disfagia Pediátrica; 2004 Out 28-30; Bauru, São Paulo. p. 19.
13. Dahl M, Gebre-Medhin M. Feeding and nutritional problems in children with cerebral palsy and myelomeningocele. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1993; 82:816-20.
14. Siegel S, Castellan Junior NJ. Nonparametric statistics. New York: McGraw-Hill; 1888. p. 399.

RECEBIDO EM: 01/12/04

ACEITO EM: 20/02/05

Endereço para correspondência:

Rua Dr. João Batista Bernardes de Lima, 470

São Paulo – SP

CEP: 05141-000

e-mail: marla.fono@uol.com.br