

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

MANUELA DE FARIA BLAYA

**APLICAÇÃO DE ESCALA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL EM
CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR
PEDIÁTRICA**

Santa Maria, RS

2022

Manuela de Faria Blaya

**APLICAÇÃO DE ESCALA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS
INTERNADAS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde com ênfase em Saúde da Mulher e da Criança.**

Orientadora: Profa. Dra. Graciela Dutra Sehnem

Coorientadora: Dra. Fga. Marta de Vargas Romero

Santa Maria, RS

2022

Manuela de Faria Blaya

**APLICAÇÃO DE ESCALA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS
INTERNADAS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista** em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, **Área de Concentração:** Saúde da Mulher e da Criança.

Aprovado em **24 de fevereiro** de 2022

Graciela Dutra Sehnem, Dra. (UFSM) - Orientadora

Jucelaine Arend Birrer – Avaliador Titular

Melissa Medeiros Braz – Avaliador Titular

Silvana Bastos Cogo - Suplente

Santa Maria, RS

2022

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio, em especial a minha mãe Vera, a minha prima Camila, o meu pai Alvaro e meu noivo Elias por serem meu alicerce em todos os momentos.

Aos meus amigos pela paciência e compreensão pelas minhas ausências e por sempre me ouvirem, em especial Liane, Valéria, Fernando, Lucas, Deisi e Adriana.

Às minhas preceptoras de núcleo e campo por todo o conhecimento e carinho.

Às tutoras de núcleo e de campo pela paciência e pelas experiências.

À Graciela e a Marta pelas correções e trocas ao escrever este trabalho.

À Amanda por ter me motivado a entrar na Residência, ter me acolhido, me ensinado e principalmente, se fazer presente sempre. À Ana Laura pela dedicação e por ser uma profissional maravilhosa.

Às minhas colegas Bruna, Giovana, Gabriela, Tainá e Liliam, agradeço a companhia, a amizade, a convivência, carinho, compreensão e o apoio ao longo destes dois anos.

Aos pacientes e familiares, pela confiança. Agradeço por permitirem fazer parte da vida de vocês por um período, por todo aprendizado que contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional.

À residência agradeço por me proporcionar esta experiência inesquecível.

RESUMO

APLICAÇÃO DE ESCALA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA

AUTORA: Manuela de Faria Blaya

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Graciela Dutra Sehnem

COORIENTADORA: Dr.^a Fga. Marta de Vargas Romero

O sucesso da alimentação relaciona-se com as experiências na qual a criança é envolvida. Apesar de ser um processo intrínseco, muitos sistemas complexos estão envolvidos, como maturação do sistema neurológico, a coordenação da mastigação, deglutição e respiração durante a oferta. Envolve mais do que aspectos fisiológicos, sendo um conjunto de fatores de ordem social, ambiental, biológico e sociocultural, ou seja, a interação com o cuidador influencia o desenvolvimento de hábitos saudáveis, isso quando o mesmo consegue identificar os sinais que a criança demonstra durante a alimentação, implicando sensibilidade e respeito durante o processo. **Objetivo:** Analisar o risco de dificuldade alimentar em crianças de seis meses a seis anos e 11 meses em uma unidade pediátrica. **Método:** Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e transversal. Os participantes foram cuidadores de crianças na faixa etária selecionada que estavam internadas em uma unidade pediátrica durante o período de coleta. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista estruturada e aplicação dos protocolos: Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) e Instrumento de Rastreamento para o Risco para Disfagia Pediátrica (IRRD-ped). Os dados quantitativos foram transcritos para o Microsoft Excel 2010 e posteriormente analisados no programa estatístico SPSS *Statistics*. **Resultados:** Observou-se que a maioria das crianças do estudo não tiveram a orientação quanto a introdução alimentar; os valores quanto ao risco para disfagia apresentaram percentuais aproximados referentes a introdução alimentar. Já em relação a dificuldade alimentar, observou-se que os semelhantes na distribuição entre os sexos, entretanto nos meninos houve a classificação moderada. **Conclusão:** Deste modo, nesse estudo pode-se observar que mesmo em crianças típicas houve índices de dificuldade alimentar e para risco para disfagia, mesmo estas não sendo estatisticamente significantes. É importante ressaltar que se faz necessário maiores estudos sobre a repercussão dos distúrbios alimentares, visando facilitar a identificação precoce dos casos, assim como tratamento adequado.

Palavras-chave: Dificuldade alimentar; Risco para disfagia; Disfagia pediátrica; Introdução alimentar.

ABSTRACT

APPLICATION OF CHILD FOOD SCALE IN CHILDREN ADMITTED TO A PEDIATRIC HOSPITAL UNIT

AUTHOR: Manuela de Faria Blaya

SUPERVISOR: Prof.^a Dr.^a Graciela Dutra Sehnem

CO-SUPERVISOR: Dr.^a Fga. Marta de Vargas Romero

The success of feeding is related to the experiences in which the child is involved. Despite being an intrinsic process, many complex systems are involved, such as maturation of the neurological system, coordination of chewing, swallowing and breathing during delivery. It involves more than physiological aspects, being a set of social, environmental, biological and sociocultural factors, that is, the interaction with the caregiver influences the development of healthy habits, when the caregiver is able to identify the signs that the child shows during food, implying sensitivity and respect during the process. **Objective:** Analyze the risk of feeding difficulties in children aged six months to six years and 11 months in a pediatric unit. **Method:** This is a quantitative and cross-sectional study. Participants were caregivers of children in the selected age group who were hospitalized in a pediatric unit during the collection period. Data collection took place through a structured interview and application of protocols: Brazilian Infant Feeding Scale (EBAI) and Risk Screening Instrument for Pediatric Dysphagia (IRRD-ped). Quantitative data were transcribed into Microsoft Excel 2010 and later analyzed using SPSS Statistics. **Results:** It was observed that most of the children in the study did not have guidance on food introduction; the values regarding the risk for dysphagia showed approximate percentages referring to food introduction. In relation to feeding difficulties, it was observed that the distribution was similar between the sexes, however in boys there was a moderate classification. **Conclusion:** Thus, in this study, it can be observed that even in typical children there were indices of feeding difficulties and risk for dysphagia, even though these were not statistically significant. It is important to emphasize that further studies on the repercussion of eating disorders are necessary, in order to facilitate the early identification of cases, as well as adequate treatment. **Keywords:** Feeding difficulties; Risk for dysphagia; Pediatric dysphagia; Food introduction.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. METODOLOGIA	5
2.1. Delineamento do Estudo.....	5
2.3. Participantes do Estudo.....	6
2.4. Coleta de dados.....	6
2.4.1 Anamnese	6
2.4.2 Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)	7
2.4.3 Instrumento de Rastreamento Para o Risco de Disfagia Pediátrica (IRRD-Ped).....	7
2.5. Organização e análise dos dados	8
2.6 Aspectos éticos	8
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO	24
5. CONCLUSÃO	28
6. REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A- ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM CUIDADORES DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA	33
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES E/OU RESPONSÁVEIS	35
APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	37
ANEXO A: ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL (EBAI).....	38
ANEXO B: INSTRUMENTO DE RASTREIO PARA O RISCO DE DISFAGIA PEDIÁTRICA (IRDD- PED)	40
ANEXO C: CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP	43

1. INTRODUÇÃO

A alimentação, apesar de aparentar ser um processo intrínseco do ser humano, requer experiências para que seja desenvolvida. O crescimento infantil está intimamente relacionado à alimentação. Para este fim, são envolvidos sistemas complexos, tais como a coordenação da mastigação, deglutição e respiração durante a oferta. Para que esse processo ocorra é necessária a maturação do sistema neurológico da criança, bem como experiências sensorio motoras para o desenvolvimento de tais habilidades (DINIZ, 2019).

Embora a alimentação seja vital para a sobrevivência, a mesma precisa de elementos fundamentais para sua realização, não apenas aspectos fisiológicos estão envolvidos, mas o conjunto multifacetado de fatores de ordem sociocultural, biológico, psicológico, ambiental. A interação com o cuidador influencia o desenvolvimento de hábitos de alimentação saudáveis (GONZÁLES & STERN, 2016; BERLIN KS et al., 2010). Para que ocorra êxito durante a oferta alimentar, é necessário que o cuidador consiga perceber os sinais que a criança demonstra durante a alimentação. Isso requer sensibilidade e respeito durante o processo, a fim de promover a saúde e o ganho ponderal mediante alimentação saudável (THOMPSON, 2013). Segundo Fewtrell et al. (2017) o período compreendido dos sete aos 18 meses é crucial para progresso das habilidades motoras orais, assim como, a introdução de texturas e sabores. A evolução das etapas é dependente de práticas bem-sucedidas.

Entre os fatores de risco para dificuldades alimentares, estão crianças nascidas prematuras e com muito baixo peso, onde cerca de 70% apresentam alterações na deglutição. Crianças prematuras podem apresentar risco para disfagia em torno de 40% e mais de 30% apresentam dificuldade de proteção de via aérea (SUDARSHAN, 2016). Evidencia-se um aumento nos casos de disfagia em bebês, uma vez que com a evolução das tecnologias há um aumento na sobrevivência de prematuros de alto risco (VISWANATHAN & JADCHERLA, 2020).

Com o avanço da idade outros distúrbios alimentares podem ser identificados nas crianças, sendo a dificuldade alimentar o que afeta de maneira negativa o processo de alimentação que é realizado pelos cuidadores na oferta de alimentos e nutrientes (MARANHÃO, et al., 2018). Destaca-se a seletividade alimentar e a recusa alimentar, na qual a primeira é uma das mais frequentes, todavia ainda não há um consenso sobre o conceito entre a classe médica e os nutricionistas. Porém, existe uma concordância em

relação a tríade de suas características, como recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pela comida (FISBERG, et al., 2014).

A recusa alimentar é um comportamento identificado geralmente na primeira infância e tem como característica a não aceitação de alimentos, podendo apresentar episódios de negação, birra, demora para finalizar a alimentação, tentativas de negociar o que será consumido, sair da mesa durante a refeição e comer fracionado ao longo do dia. Quando esse comportamento se mantém durante as demais fases, passa a ser definido como seletividade alimentar (NICHOLLS & BRYANT-WAUGH, 2008; JACOBI, et al., 2008).

Atualmente questões referentes às dificuldades alimentares têm estado em evidência em razão da importância do impacto que as mesmas geram no desenvolvimento infantil. Portanto, a utilização de métodos para identificação se faz necessária e contribui sobremaneira para o sucesso na avaliação.

Atualmente uma das formas sugeridas pela literatura para o rastreio do desempenho alimentar de crianças é a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI). A presente escala foi validada e adaptada para o português brasileiro por Diniz (2019) originado da escala *Montreal Children's Hospital Feeding Scale* – MCH-FS. A escala EBAI prevê que os cuidadores forneçam informações quanto à alimentação da criança, a fim de fornecer dados que auxiliem e oportunizem uma eventual avaliação e uma intervenção mais efetiva e fidedigna.

A implementação da EBAI como ferramenta de rastreio para a dificuldade alimentar em uma unidade pediátrica de um hospital de referência mostra-se relevante para identificar distúrbios alimentares em crianças típicas e em com condições médicas complexas, uma vez que muitas vezes essas dificuldades alimentares tardam a serem identificadas e conseqüentemente adequadamente tratadas.

O presente estudo pretende analisar o risco de dificuldade alimentar em crianças de seis meses a seis anos e 11 meses em uma unidade pediátrica. Assim como almeja caracterizar demandas alimentares do público atendido em unidade pediátrica, analisar a incidência da variável sexo nas dificuldades alimentares, identificar se houve indicação médica para a introdução alimentar, relacionar a idade de introdução alimentar e os casos de risco alimentar e correlacionar o desempenho das escalas utilizadas.

2. METODOLOGIA

2.1. Delineamento do Estudo

Este é um estudo de caráter quantitativo e transversal. Os estudos quantitativos são aqueles em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Este tipo de pesquisa possibilita identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, bem como sua estrutura dinâmica. Ela também pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma amostra que faz inferência a uma população (ESPERÓN, 2017).

Foi realizado um estudo transversal, pois todas as variáveis de interesse foram coletadas em um mesmo momento, ou seja, consistido de um instantâneo da realidade pesquisada (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

A pesquisa refere-se a um dos objetivos do projeto matricial intitulado: “Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança”.

2.2. Cenário do Estudo

O estudo ocorreu no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), instituição pública de médio porte e alta complexidade. Este hospital foi fundado em 1970, sendo referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul. A instituição está vinculada a uma universidade pública federal, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde. Por ser considerado um hospital-escola, tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo além do ensino, a pesquisa e a extensão. Ademais, serve de campo para a formação de alunos de graduação e pós-graduação. Atualmente são 15 cursos de graduação da UFSM que possuem atividades no HUSM, além da Residência Médica e Residência Multiprofissional (HUSM, 2019). Está em funcionamento há mais de 30 anos, sendo referência no atendimento de urgência e emergência para 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, abrangendo uma população de 1,2 milhões de habitantes. Atualmente, oferece 403 leitos de internação.

A seleção dos participantes foi realizada na Unidade de Internação Pediátrica do HUSM.

2.3.Participantes do Estudo

Os participantes foram cuidadores de crianças na faixa etária de seis meses à seis anos e onze meses de idade internadas na Unidade de Internação Pediátrica. No caso de prematuros, foram selecionadas crianças a partir de sua idade corrigida.

Inicialmente 45 crianças internadas na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria, foram selecionadas para participar do estudo.

Os critérios de inclusão foram: que o cuidador conhecesse o repertório alimentar da criança.

Os critérios de exclusão: cuidadores menores de 18 anos e crianças em utilização exclusiva de via alternativa para alimentação, como sondas (nasogástricas, nasoentéricas e gastrostomia), crianças portadoras de sequelas neurológicas e síndrome genética.

Com base nos critérios de inclusão e exclusão, 15 participantes foram excluídos. Resultando assim, em uma amostra de 30 crianças.

2.4. Coleta de dados

A captação dos pais ocorreu por meio do sistema eletrônico da instituição com o acesso aos prontuários de RN internados na Unidade de Internação Pediátrica, para a seleção dos participantes. Desta forma, de acordo com os critérios de inclusão, os cuidadores foram esclarecidos sobre a pesquisa e, por conseguinte, convidados para participar do estudo.

A pesquisa ocorreu de forma presencial, seguindo as diretrizes acordadas pela instituição devido a situação da pandemia da COVID-19.

2.4.1 Anamnese

Inicialmente, os participantes responderam a um questionário próprio elaborado pela pesquisadora para esse estudo (APÊNDICE A), com questões fechadas para favorecer as respostas, sendo aplicado com os cuidadores das crianças, que estavam internadas durante o período de coleta e que realizavam os cuidados com as mesmas, incluindo as ofertas alimentares.

As questões abordadas na anamnese, foram relacionadas a: gestação, intercorrências peri e/ou pós parto, amamentação, uso de complementos, marcos cronológicos como controle cervical e principalmente em relação à alimentação da criança, visando obter um perfil do desenvolvimento cognitivo, motor e linguístico das crianças selecionadas.

2.4.2 Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)

A Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) (ANEXO A) foi selecionada para o presente estudo, uma vez que se trata de uma escala já utilizada mundialmente e que foi traduzida e validada no Brasil em fevereiro de 2021.

Se constitui a partir de uma escala *likert*, composta de números de um a sete, onde os cuidadores realizaram o auto preenchimento, que tem por objetivo classificar os itens, baseado na percepção dos domínios que compõem as possíveis respostas.

A escala apresenta 14 questões que abrangem diversas categorias. Contemplando assuntos referentes ao apetite da criança, desenvolvimento sensorial e motor oral: estratégias utilizadas pelos cuidadores durante a oferta, alimentação e comportamento da criança durante a alimentação (Diniz, 2021).

Segundo a autora, para o preenchimento da triagem leva-se aproximadamente 5 minutos, e o somatório da pontuação pode ser obtido em tempo inferior a 10 minutos. Através da pontuação obtida, pode-se analisar a gravidade dos sintomas indicados, assim como o grau da dificuldade alimentar e a preocupação dos cuidadores. Para analisar e obter tais itens, a pontuação de cada questão é somada chegando em um total bruto, onde é analisada em uma tabela para verificar o escore total (*T-score*).

A interpretação se dá através de pontuações, onde de 61 a 65 pontos é classificado como dificuldades leves, 66 a 70 dificuldades moderadas, e acima de 70 como dificuldades graves (DINIZ, 2021).

A utilização dessa ferramenta visa propiciar uma triagem das crianças internadas na unidade pediátrica, a fim de possibilitar uma avaliação fonoaudiológica precoce, bem como facilitar o diagnóstico de dificuldade alimentar e possibilitar as intervenções adequadas para cada caso.

2.4.3 Instrumento de Rastreio Para o Risco de Disfagia Pediátrica (IRRD-Ped)

O Instrumento de Rastreio Para o Risco de Disfagia Pediátrica (IRRD-Ped) (ANEXO B), foi selecionado para este estudo, uma vez que se trata de um instrumento que permite rastrear de forma eficiente o risco para disfagia em crianças. Este instrumento já foi aprovado na primeira etapa para validação, sendo publicado em outubro de 2020.

O instrumento é composto 23 questões, divididas em três categorias: fatores de risco (8 questões), história clínica (6 questões) e dados referentes a alimentação (9 questões). Nas duas primeiras categorias apresentam pontuações 0 e 1 pontos com respostas de “não” e “sim” respectivamente. Já nos dados referentes à alimentação,

encontra-se respostas: não (0 pontos), sim (1 ponto), às vezes (1 ponto) e sempre (2 pontos). Tendo um total de 31 pontos possíveis. Podendo ser aplicado em crianças de até cinco anos e 11 meses. Segundo as autoras as questões 3 (doenças gastrointestinais) e 21 (alteração na qualidade vocal após a oferta), foram retiradas do instrumento devido ao nível descritivo da amostra ser alto, bem como para aumentar a consistência do instrumento.

Para captação das repostas foi realizada entrevista com os cuidadores, a fim de identificar o perfil da criança, uma vez que os mesmos conhecem seus hábitos e rotina.

A interpretação se deu através de pontuações, onde crianças que apresentem pontuação de 5 ou mais pontos no IRRD-Ped apresentam risco para disfagia (ETGES, 2020).

A utilização dessa ferramenta visa propiciar um rastreio para os riscos em disfagia, visando uma avaliação e acompanhamento fonoaudiológico em relação as dificuldades e manejos necessários e adequados para cada caso.

2.5. Organização e análise dos dados

Os dados quantitativos do questionário foram digitados com dupla digitação independente e organizados no programa Microsoft Excel 2010. A dupla digitação independente foi utilizada para verificação de erros e inconsistências na digitação. A análise dos dados quantitativos realizou-se no programa estatístico SPSS *Statistics*, por meio das medidas de tendência central e de dispersão, como média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo.

2.6 Aspectos éticos

Ao decorrer da pesquisa foram preservados os direitos dos participantes de acordo com as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). A pesquisa se propõem a preservar os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas (BRASIL, 2016). Além disso, foram seguidas as recomendações da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 que dispõe sobre normas e diretrizes para a execução de pesquisa em instituições que compõe o SUS (BRASIL, 2018).

O projeto de pesquisa está registrado no Portal de Projetos da UFSM sob o nº 054498 e foi aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria (GEP/HUSM). Após, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP), por meio da Plataforma Brasil Online, sob o CAAE nº 36765920.7.0000.5346.

As questões éticas previstas compreenderam, no contato inicial, o convite para participação na pesquisa, bem como a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), enfatizando os objetivos da pesquisa, detalhes da participação, preceitos éticos e os direitos dos participantes envolvidos na entrevista. O consentimento foi obtido de forma escrita ou verbal. No caso de obtenção verbal, ocorrerá antes de iniciar a pesquisa e será gravado em gravador digital para fins de comprovação. Estes preceitos seguem o estudo de Padoin et al. (2013), que esclarece o consentimento verbal via telefone e a gravação para registro do mesmo.

De modo a respeitar os preceitos éticos, no contato telefônico é necessário que os entrevistadores se identifiquem e apresentem as instituições afiliadas ao estudo, além do consentimento verbal que deve ser obtido antes de iniciar a pesquisa (PADOIN et al., 2013).

O TCLE informou aos participantes sobre a liberdade de participação espontânea e do direito de desistência, em qualquer momento da pesquisa, atitude que não implicava em qualquer punição. Os benefícios do estudo estão relacionados ao aprimoramento da atenção da mulher e da criança no município de Santa Maria/RS, por meio da redução dos índices de morbimortalidade. Dentre os benefícios indiretos, estão as produções científicas acerca do tema para a construção do conhecimento. Os possíveis riscos referem-se a algum constrangimento que os participantes podem sentir ao responder o questionário. No caso de ocorrer algum constrangimento, a pesquisadora suspenderá a coleta de dados e conversará com o participante do estudo, ouvindo suas ansiedades e angústias frente ao motivo que deflagrou o constrangimento e, se for de sua vontade, será reagendada e retomada esta etapa conforme preferência e disposição do participante. Além disso, foi enfatizada a possibilidade de desistência da participação no estudo, sem nenhuma penalidade.

Ressalta-se que o compromisso ético desta pesquisa implicou na pesquisadora retornar os resultados aos participantes, facultando, assim, um momento de ponderação, de reflexão e de discussão acerca da temática em estudo. Para tanto, foi proposto um encontro, posterior ao término da pesquisa, junto ao serviço, para apresentação dos

principais resultados obtidos. Também, o retorno aos participantes se deu mediante a utilização de redes sociais, de escolha deles. Para aqueles participantes que não tivessem acesso a ela, o retorno se realizou mediante contato telefônico.

Ademais, foi esclarecido que as informações desta pesquisa serão de uso exclusivamente científico e que as gravações serão transcritas e ficarão sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora responsável, professora Dr^a Graciela Dutra Sehnem no período de 5 anos. Após este período, este material será destruído.

Por fim, foi enfatizado o direito de privacidade dos participantes do estudo e de não serem expostos publicamente com qualquer tipo de identificação durante a pesquisa e nas publicações dos resultados, sendo confidencial sua identidade. Assim, também foi assinado o Termo de Confidencialidade dos Dados (APÊNDICE C) pela pesquisadora responsável. Destaca-se os termos éticos foram elaborados de acordo com os preceitos da resolução supracitada.

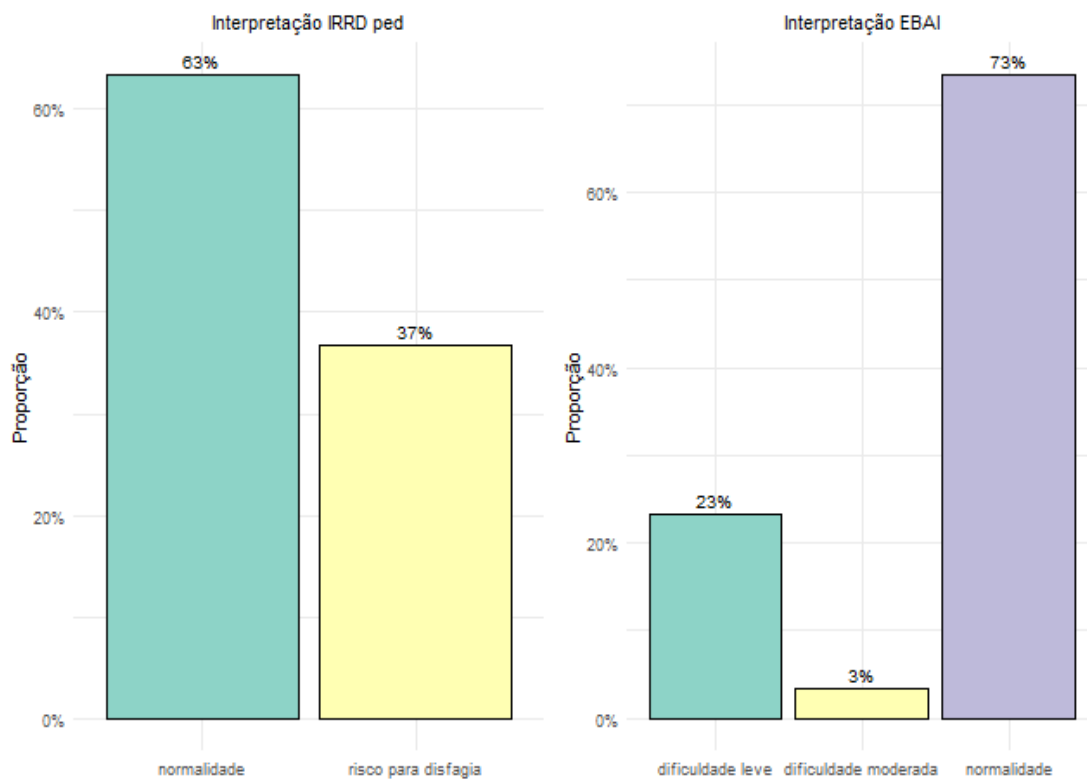
2.7 Análise de Dados:

Os dados coletados foram analisados considerando aspectos descritivos e inferenciais. A análise descritiva visa caracterizar o conjunto de dados, o que foi feito por meio de tabelas de contingência e gráficos, sendo utilizados os gráficos de barras e *boxplot*. A fim de identificar se existe associação entre os escores obtidos nos instrumentos IRRD e EBAI utilizamos a correlação de *Pearson* e posterior teste para identificar se a correlação é não nula. A fim de identificar se há associação entre as interpretações dos instrumentos nas diferentes variáveis categóricas utilizamos o teste exato de *Fisher*. Os testes de associação entre foram entre as variáveis categóricas: sexo e interpretação da IRRD - Ped., sexo e interpretação da EBAI, Introdução Alimentar (IA) e interpretação IRRD – Ped e a IA e a interpretação da EBAI. A fim de verificar se existe diferenças nas médias dos instrumentos utilizados para os diferentes grupos de classificação, utilizamos os testes de comparação de médias com base na estatística F, que corresponde ao teste ANOVA e o Teste de *Welch*, ambos testes paramétricos. Os pressupostos de normalidade para estes testes foram avaliados por meio do teste de *Shapiro Wilk*. Nos casos em que os pressupostos não foram atendidos, versões não paramétricas alternativas como o teste de *Kruskall-Wallis* e *Mann-Whitney* foram utilizados. Considerou-se resultados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

Na Figura 1, evidencia-se na escala EBAI que 73% das crianças foram classificadas dentro do padrão de normalidade, havendo 23% com dificuldade leve e apenas 3% com dificuldade moderada. Quando analisamos o IRRD – Ped verificou-se que 63% encontram-se dentro da normalidade, enquanto 37% apresentam risco para disfagia.

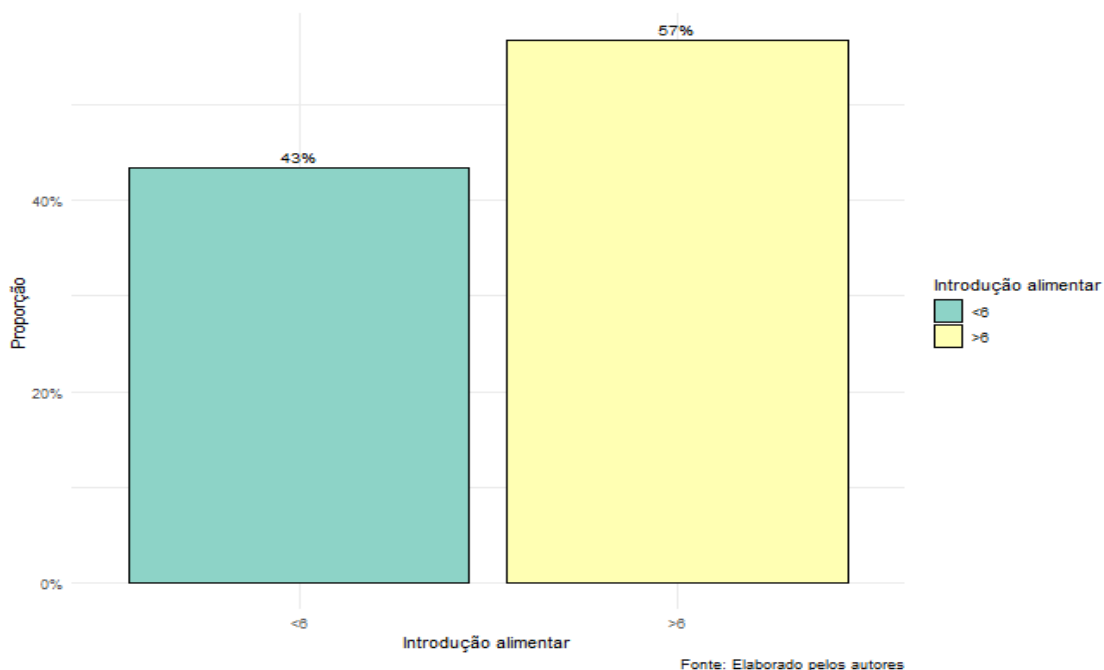
Figura 1 – Apresentação dos percentuais de cada classificação dos Escores para risco alimentar (EBAI) e risco para disfagia (IRRD –Ped):



Fonte: Elaborado pelos autores

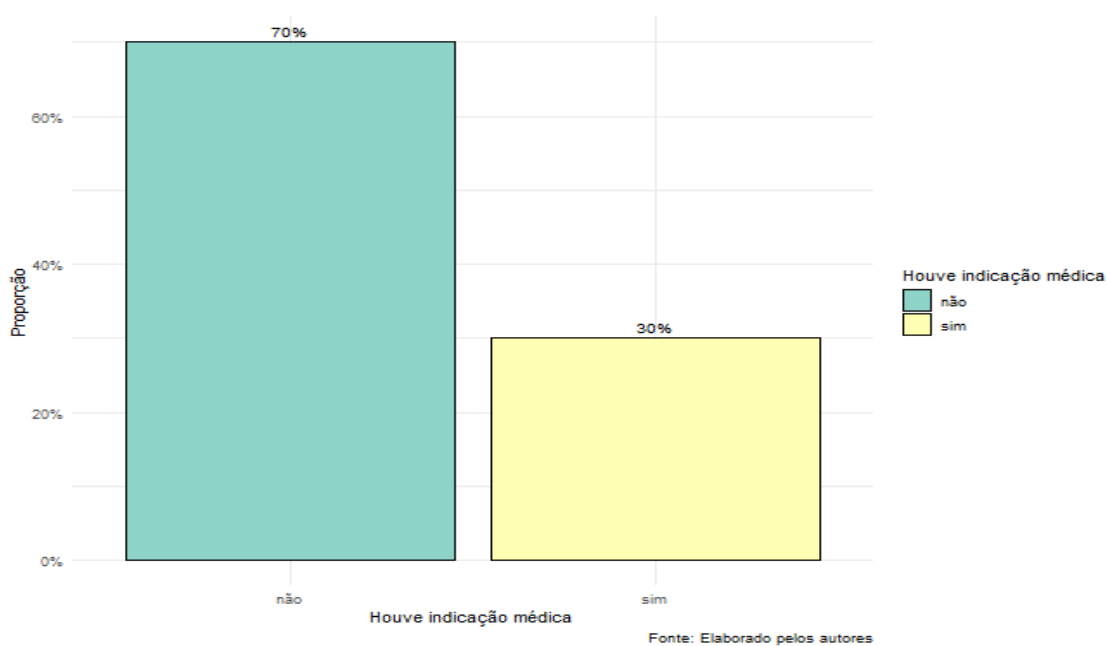
Na Figura 2, pode-se observar que 43% das crianças tiveram introdução alimentar antes dos seis meses, já 57% a introdução alimentar se deu a partir dos seis meses.

Figura 2 – Valores percentuais da variável introdução alimentar de acordo com a faixa etária:



Na Figura 3, identifica-se que houve orientação médica para introdução alimentar em apenas 30% das crianças pesquisadas. Já, para 70%, não houve orientação e/ou os cuidadores referiram ter realizado por livre escolha.

Figura 3 – Valores percentuais quanto a indicação para a introdução alimentar:



Ao analisar a Tabela 1, observa-se que dentre as meninas, aproximadamente, 74% delas apresentaram normalidade, enquanto nos meninos 46% deles estava com risco de disfagia.

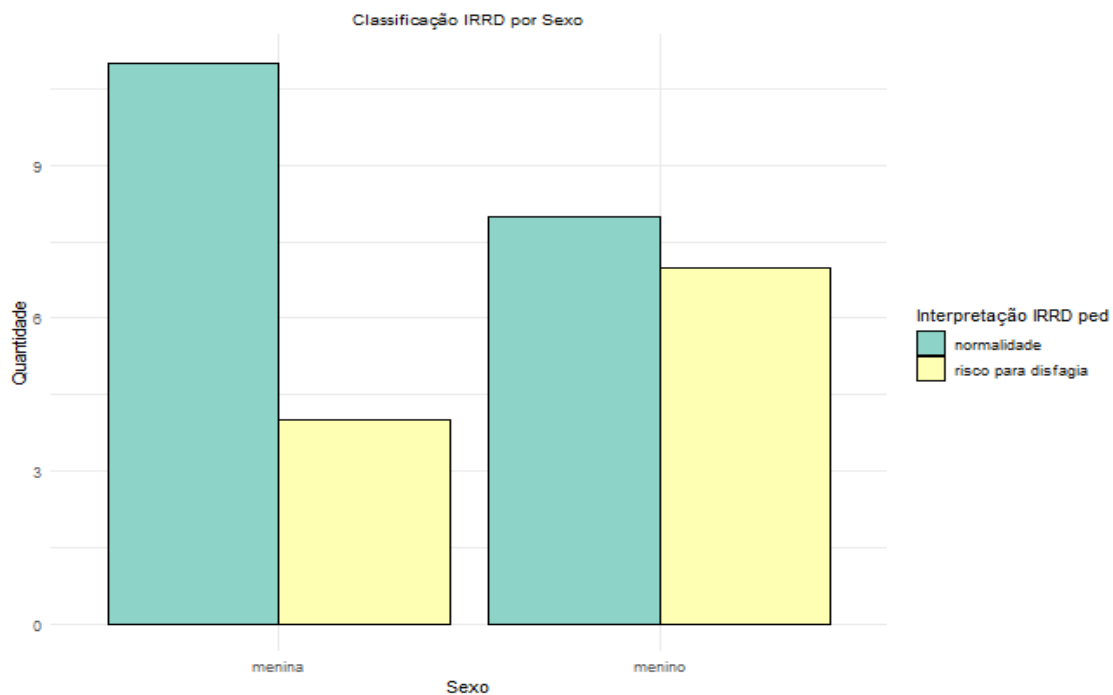
Tabela 1 - Percentuais observados nas categorias das variáveis sexo e risco para disfagia:

Sexo	Interpretação IRRD - Ped	
	normalidade	risco para disfagia
menina	0.733	0.267
menino	0.533	0.467

Fonte: Elaborado pelos autores

Ao observar a Figura 4 e a Tabela 1 (supracitada) nota-se que nos meninos não há diferenças consideráveis entre as duas categorias de interpretação da variável IRRD - Ped. Evidencia-se que há uma menor quantidade de meninas categorizadas com risco para disfagia.

Figura 4 – Frequências absolutas nas categorias das variáveis interpretação para risco para disfagia e sexo:



Na Tabela 2, são apresentados os percentuais das classificações do escore IRRD - Ped (normalidade e risco para disfagia), em cada classificação da Introdução Alimentar (antes dos seis meses (< 6) e após os seis meses (> 6)).

Tabela 2 – Percentuais observados nas categorias das variáveis introdução alimentar e risco para disfagia:

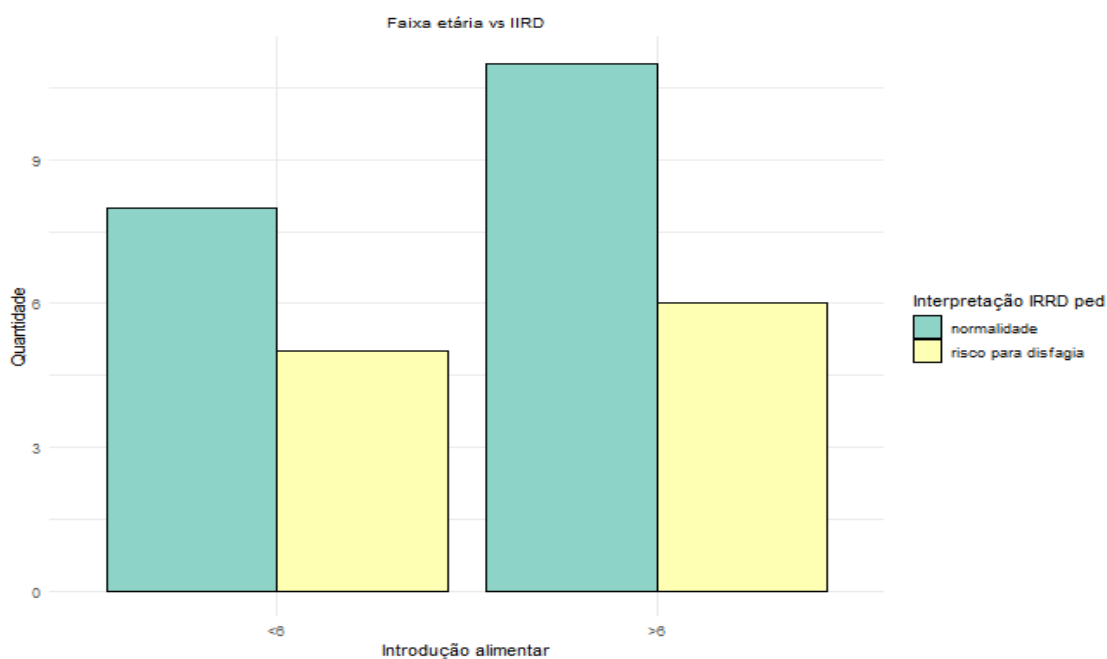
Introdução alimentar	Interpretação IRRD - Ped	
	normalidade	risco para disfagia
<6	0.615	0.385
>6	0.647	0.353

Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação a faixa etária da introdução alimentar, ambas as faixas etárias tem classificações semelhantes em relação ao risco para disfagia em termos percentuais, aproximadamente 39% e 36% respectivamente.

Na Figura 5, é possível observar as diferenças em termos absolutos, onde são apresentados os percentuais das classificações quanto a interpretação para risco para disfagia na categoria da variável introdução alimentar (< 6 meses e > 6 meses). Apesar de, nesta figura, destacar-se a normalidade entre crianças que tiverem a introdução alimentar feita após 6 meses, em termos proporcionais o resultado é similar, como observado na Tabela 3, a seguir.

Figura 5 – Frequências absolutas das faixas etárias de introdução alimentar e risco para disfagia:



Fonte: Elaborado pelos autores

Na Tabela 3, são apresentados os percentuais das variáveis classificação para dificuldade alimentar e sexo.

Tabela 3 – Percentuais observados nas categorias das variáveis sexo e dificuldade alimentar:

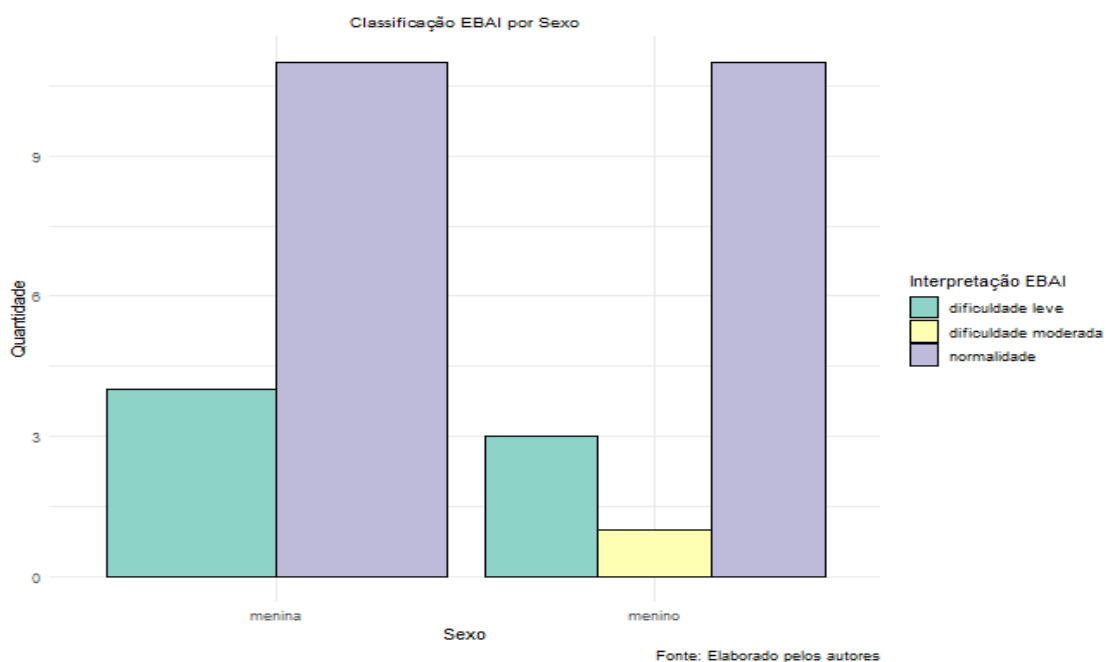
Sexo	Interpretação EBAI		
	dificuldade leve	dificuldade moderada	normalidade
menina	0.267	0.000	0.733
menino	0.200	0.067	0.733

Fonte: Elaborado pelos autores

Ao analisar a Tabela 3, percebe-se semelhança na distribuição das proporções nas classificações de dificuldade alimentar entre meninos e meninas, porém o sexo masculino apresentou uma classificação como dificuldade moderada.

Já na Figura 6, são apresentadas as frequências observadas para a classificação da variável dificuldade alimentar em cada sexo.

Figura 6 – Frequências absolutas nas categorias da variável interpretação da dificuldade alimentar por sexo:



Ao analisar a Figura 6 observa-se que a maior frequência de classificações de dificuldade alimentar é a de normalidade, em ambos sexos. Assim como, evidencia-se que não houve classificação de dificuldade severa em ambas variáveis sexo.

Na Tabela 4, são apresentados os percentuais das classificações do escore de dificuldade alimentar, em cada categoria da variável introdução alimentar.

Tabela 4 – Percentuais das categorias das variáveis introdução alimentar e a interpretação de dificuldade alimentar:

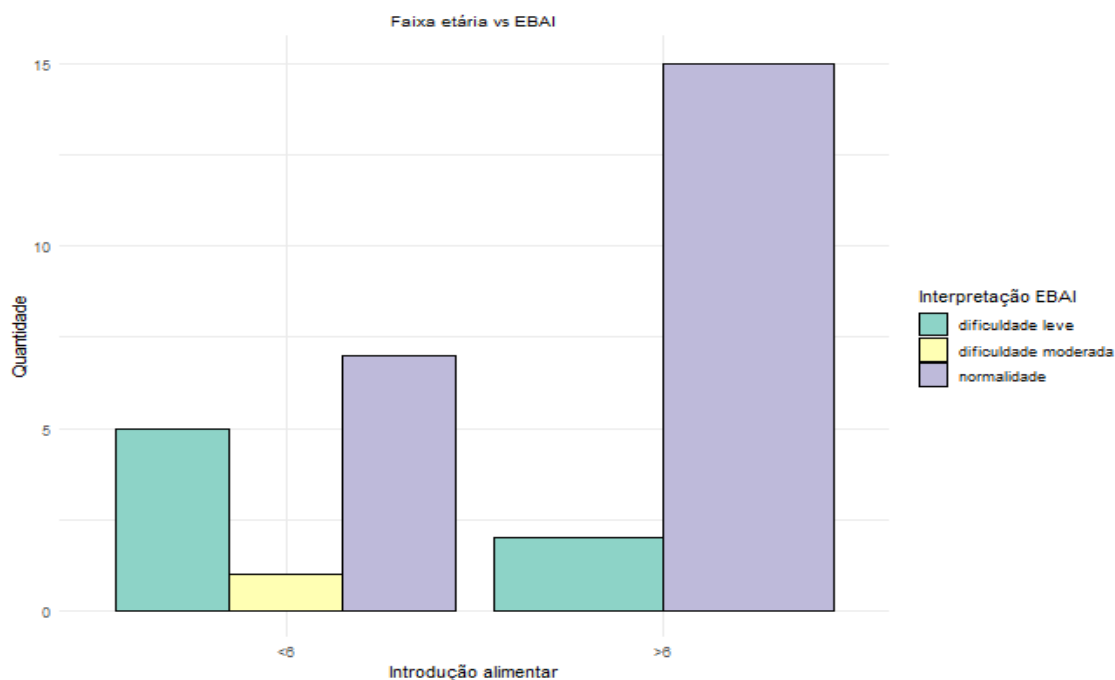
Introdução alimentar	Interpretação EBAI		
	dificuldade leve	dificuldade moderada	normalidade
<6	0.385	0.077	0.538
>6	0.118	0.000	0.882

Fonte: Elaborado pelos autores

Na Tabela 4, verifica-se a diferença nas classificações de dificuldade alimentar dentro das classificações de introdução alimentar. Para a classificação dificuldade leve, temos aproximadamente 39% das crianças que iniciaram a alimentação antes dos 6 meses e apenas 11% para os que iniciaram após 6 meses. Ainda, a classificação normalidade é mais frequente entre os que iniciaram a introdução alimentar após 6 meses. Ressalta-se que pelo gráfico 2, em termos numéricos, foi discreta a diferença na divisão dos indivíduos, sendo que 38% apresentaram dificuldade leves para introdução alimentar antes dos seis meses.

Na Figura 7, são apresentadas graficamente as frequências das variáveis classificação de dificuldade alimentar em cada classificação da variável introdução alimentar:

Figura 7 – Frequências absolutas nas categorias da variável interpretação dificuldade alimentar por categorias do período de introdução alimentar:



Fonte: Elaborado pelos autores

Ao examinar a Figura 7, evidencia-se presença de uma criança com classificação de dificuldade moderada quando a introdução alimentar ocorreu antes dos seis meses. Entretanto, tal fator não foi observado quando a introdução alimentar se deu a partir dos seis meses.

Na Tabela 5, são apresentados os percentuais observados entre as classificações das variáveis introdução alimentar e indicação médica.

Tabela 5 – Percentuais observados nas categorias das variáveis introdução alimentar e a indicação médica:

Introdução alimentar	Houve indicação alimentar	
	não	sim
<6	0.769	0.231
>6	0.647	0.353

Fonte: Elaborado pelos autores

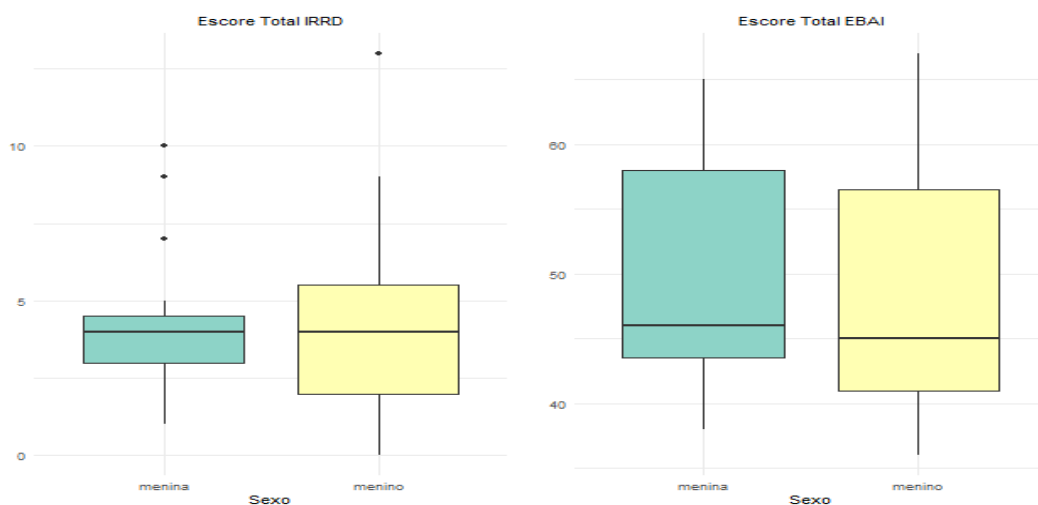
Ao analisar a Tabela 5, é possível identificar que para introdução alimentar antes de 6 meses quase 80% das crianças não tiveram indicação médica. Já, entre crianças que tiveram a introdução alimentar após 6 meses, 64.7% também não tiveram indicação médica.

A seguir, na Figura 8, serão apresentados os gráficos *boxplot*. Os *boxplot* são diagramas em forma de caixas, que têm por objetivo demonstrar valores mínimos e máximos, divididos em quartis, mediana e *outliers*. No *boxplot* a parte central do gráfico contém os valores que estão entre o primeiro quartil e o terceiro quartil, ou seja, níveis de variância (desvio padrão). As hastes inferiores e superiores se estendem, respectivamente, do primeiro quartil até o menor valor, limite inferior, e do terceiro quartil até o maior valor.

Do valor mínimo até o início da caixa, estão representados 25% dos dados, já dentro da caixa estão representados mais 50% dos dados, e por fim, a haste superior representa os outros 25% restantes. Os *outliers* são valores atípicos dentro dos valores totais da amostra, demonstrados através pontos ou asteriscos, acima ou abaixo dos *boxplot*.

Em seguida, serão exibidos os valores absolutos para as variáveis dificuldade alimentar e risco para disfagia considerando os escores nas diferentes variáveis categóricas, sendo elas sexo e introdução alimentar.

Figura 8 - Gráficos *boxplot* das variáveis risco para disfagia e dificuldade alimentar, considerando os escores totais, nas duas categorias da variável sexo:

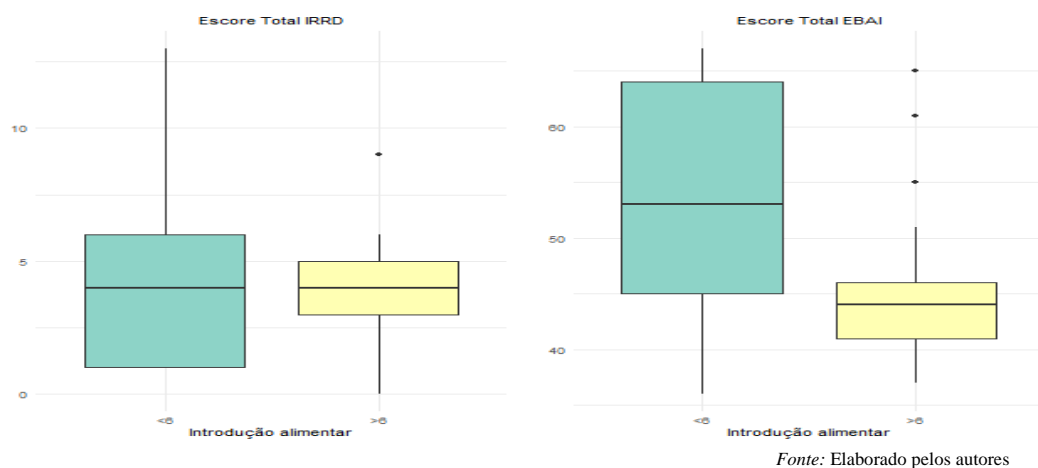


Fonte: Elaborado pelos autores

Na Figura 8, são apresentados os gráficos *boxplot* para as variáveis risco para disfagia e dificuldade alimentar, considerando o escore total atingido, nas categorias meninos e meninas. Pode-se observar, considerando a variável sexo, nos gráficos para o risco de disfagia a existência de três meninas classificadas como *outliers*, assim como um menino. É possível identificar que o valor mediano do risco de disfagia para ambos os sexos são semelhantes, mas a variabilidade entre os meninos é maior. Para a variável dificuldade alimentar não há indivíduos classificados como *outliers*, porém verifica-se uma assimetria positiva em ambos os sexos.

Na Figura 9, são apresentados os gráficos *boxplot* para as variáveis de risco para disfagia e dificuldade alimentar, considerando o escore total atingido, nas categorias da introdução alimentar antes de 6 meses (< 6) e após 6 meses (> 6).

Figura 9 - Gráficos de *boxplot* das variáveis risco para disfagia e dificuldade alimentar, considerando os escores totais, nas duas categorias da variável introdução alimentar:



Fonte: Elaborado pelos autores

Para a variável de risco para disfagia, observa-se que o tempo mediano é similar nas duas categorias de introdução alimentar, no entanto para indivíduos com introdução alimentar realizada antes de 6 meses a variabilidade da variável de risco para disfagia é maior. Já nos indivíduos em que a introdução alimentar ocorreu após os 6 meses temos a presença de uma observação discrepante, também chamado *outlier*.

Para a variável dificuldade alimentar, observa-se que a variabilidade entre indivíduos com introdução alimentar iniciada antes de 6 meses é maior do que entre os que tiverem a introdução alimentar feita após 6 meses. Entretanto, identifica-se a presença de 3 observações (pontos) discrepantes nas crianças em que ocorreu a introdução alimentar após os seis meses. Ainda, em termos de valores medianos, podemos observar que as medianas das duas categorias são expressivamente diferentes.

Para verificar a existência de associação entre as variáveis sexo e as interpretações das medidas dificuldade alimentar e risco para disfagia inicialmente, foi verificada a possibilidade de os escores totais seguirem uma distribuição normal. Também, foi avaliado a existência de correlação entre os escores totais da dificuldade alimentar e risco para disfagia, assim como, se existiam diferenças entre as médias dos escores totais dentro das categorias das variáveis selecionadas.

O teste para a associação entre as categorias da variável sexo e as interpretações de risco para disfagia forneceu um p-valor de 0.45, assim portanto, logo não há evidências que as interpretações do risco para disfagia estão associadas ao fato de ser menino ou menina.

O teste para a associação entre as categorias da variável sexo e as interpretações de dificuldade alimentar forneceu um p-valor > 0.9 . Portanto, não há evidências que as interpretações de dificuldade alimentar estão associadas ao fato de ser menino ou menina.

O teste para a associação entre as faixas etárias de início da introdução alimentar e as interpretações de risco para disfagia forneceu um p-valor > 0.9 . Desse modo, não há evidências que as interpretações para o risco para disfagia estão associadas ao fato de a introdução alimentar ter sido iniciada antes ou após 6 meses.

O teste para a associação entre as faixas etárias de início da introdução alimentar e as interpretações de dificuldade alimentar forneceu um p-valor de 0.055. Logo, ao nível de significância de 10% existem evidências de associação entre as categorias das variáveis, ou seja, há associação entre as interpretações de dificuldade alimentar e o fato da introdução alimentar ser iniciado antes dos 6 meses ou depois dos 6 meses.

A correlação permite quantificar o grau de relacionamento linear entre duas variáveis, entretanto não exprime relações de causa e efeito, onde valores positivos indicam mesmo comportamento linear entre as variáveis e valores negativos comportamento inversos, assim objetivou-se verificar se as alterações sofridas por uma variável são acompanhadas por alterações na outra.

A correlação amostral entre os escores foi dada por 0.47, para verificação foi utilizado o teste de Correlação de *Pearson*. O teste forneceu um p-valor de 0.009, assim existem evidências de que a correlação entre as variáveis de dificuldade alimentar e risco para disfagia é não nula, portanto pode-se afirmar que alterações na variável de dificuldade alimentar é acompanhada por alterações na variável de risco para disfagia e vice-versa.

A fim de avaliar estatisticamente as diferenças entre os escores de dificuldade alimentar e risco para disfagia e para as diferentes interpretações (classificações) utilizou-se para comparar as médias dos escores totais, a metodologia de análise de variância (ANOVA) ou seu equivalente não-paramétrico, caso os pressupostos não fossem garantidos.

Caso os pressupostos não fossem atendidos, seria realizado o teste de não-paramétrico de *Kruskall-Wallis* para substituir a ANOVA. Na variável interpretação de dificuldade alimentar há apenas um indivíduo com dificuldade moderada, esta observação foi eliminada, por não haver repetições suficientes nessa categoria. Assim sendo, foram testadas as diferenças das médias da variável para risco para disfagia considerando as diferentes interpretações de dificuldade alimentar (dificuldade leve e normalidade).

Foi utilizado a ANOVA (teste t de *Welch*) para conferir um dos pressupostos que é a normalidade dos erros. Posteriormente, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, para verificar esse mesmo pressupostos.

Na Tabela 6, são apresentados os p-valores associados ao teste de normalidade dos erros para os testes envolvendo o risco para disfagia e dificuldade alimentar.

Tabela 6 – Verificação da normalidade:

Teste de Normalidade	
Escores	P-valor
IRRD –Ped	0.024*
EBAI	0.1143

Fonte: Elaborado pelos autores

Para o teste de normalidade os erros relacionados ao teste de comparação de médias relacionadas as médias de dificuldade alimentar nas diferentes categorias de interpretações do risco para disfagia o p-valor do teste é dado por 0.024, portanto com nível de significância de 5% rejeita-se a hipótese de normalidade. Para o caso da comparação de médias do risco para disfagia nas categorias de interpretações de dificuldade alimentar o p-valor do teste é dado por 0.114, logo a hipótese de normalidade não é rejeitada.

Na Tabela 7, são apresentados os p-valores para o teste de homocedasticidade, ou seja, homogeneidade dos erros. Nas médias do escore total de dificuldade alimentar das categorias de interpretações para o risco para disfagia o p-valor do teste é dado por 0.936, portanto não se rejeita a hipótese de homocedasticidade, assim como para as médias no escore total do risco para disfagia das categorias de interpretação de dificuldade alimentar.

Tabela 7 – Verificação de homocedasticidade:

Teste de Homocedasticidade	
Escores	P - valor
IRRD - Ped	0.936
EBAI	0.534

Teste estatístico: teste de *Barlett*

Fonte: Elaborado pelos autores

Para o caso das médias do escore total para o risco para disfagia nas classificações quanto a interpretação de dificuldade alimentar foi possível aplicar a ANOVA, uma vez que não se rejeita nenhum dos pressupostos. Entretanto, o teste de médias do escore total de dificuldade alimentar considerando as diferentes interpretações do risco para disfagia, se fez necessário o uso do teste de *Kruskall-Wallis* para verificar se havia diferença entre as médias dos grupos, já que o pressuposto de normalidade não foi atendido, conforme tabela 8

Tabela 8 – Média do Escore de dificuldade alimentar por classificação para risco para disfagia:

Interpretação IRRD-Ped	Média do escore EBAI	Grupos
normalidade	45.6	A
risco para disfagia	55.5	B

Teste estatístico: teste de *Kruskall-Wallis*

Fonte: Elaborado pelos autores

Para o teste de diferença de médias no escore total de dificuldade alimentar considerando as classificações quando as interpretações do risco para disfagia, o p-valor do teste *Kruskall-Wallis* é dado por 0.005. Logo há evidências de que as médias da variável dificuldade alimentar considerando os grupos das diferentes interpretações de risco para disfagia diferem estatisticamente.

Para as interpretações de dificuldade alimentar e as suas respectivas médias no escore total de risco para disfagia, aplicou-se a ANOVA que fornece um p-valor de 0.363. Portanto não existe evidências para rejeitar a hipótese nula, ou seja, não podemos afirmar que as médias da variável risco para disfagia considerando os grupos de interpretações de dificuldade alimentar apresentam diferença com significância estatística.

Tabela 9 - Média do Escore de risco para disfagia por classificação de dificuldade alimentar:

Interpretação EBAI	Média do escore IRDD - Ped	Grupos
dificuldade leve	4.71	a
normalidade	3.68	a

Teste estatístico: teste de ANOVA

Fonte: Elaborado pelos autores

A fim de verificar as médias das variáveis de interesse de dificuldade alimentar e risco para disfagia, nos dois grupos da variável sexo (grupo 1: menino e grupo 2: menina) e na variável introdução alimentar (grupo 1: com introdução alimentar após 6 meses e grupo 2: com introdução alimentar antes de 6 meses) foi utilizado o teste t de *Welch*.

Para realização do pressuposto de normalidade foi utilizado novamente o teste de *Shapiro-Wilk*, para testar normalidade nos grupos, para verificar se seria utilizado o teste t de *Welch*, caso o pressuposto de normalidade seja atendido, ou se seria utilizado o seu equivalente não paramétrico, o teste de *Mann-Whitney*.

Para utilizar o teste t para comparação de médias, seria preciso que o pressuposto de normalidade nos dois grupos fosse atendido. Na Tabela 10, são apresentados os p-valores associados ao teste de normalidade dos escores de interesse em cada um dos grupos de classificação. Percebe-se que nenhuma variável tem normalidade nos dois grupos. Assim sendo, foi utilizado um teste não-paramétrico equivalente ao teste T de *Welch*, que é o teste de *Mann-Whitney*.

Tabela 10 - Resultados do teste de normalidade para os grupos de interesse:

Teste de Normalidade		
Escores	Classificação da Variável	P – valor
EBAI	Menino	0.021*
EBAI	Menina	0.124
EBAI	>6	0.018*
EBAI	<6	0.143
IRRD-Ped	Menino	0.089
IRRD-Ped	Menina	0.041*
IRRD-Ped	>6	0.167
IRRD-Ped	<6	0.033*

Teste estatístico: teste de *Mann-Whitney*

Fonte: Elaborado pelos autores

Analisando a tabela, é possível notar que os valores observados são bem próximos em ambos instrumentos. Esses valores são os valores amostrais, é de interesse saber se esse comportamento pode ser assumido para a população. Nesse sentido, foi testado se as médias populacionais dos grupos são iguais.

Em relação à comparação do escore total de dificuldade alimentar nos grupos de meninos e meninas, o p-valor do teste foi 0.533. Assim, não existe evidências de que as médias dos escores brutos de dificuldade alimentar diferem entre os grupos de meninos e de meninas.

Para a comparação das médias de escore total do risco para disfagia nos grupos da variável sexo, obtivemos um p-valor, > 0.99. Portanto, a hipótese nula não é rejeitada e não existe evidências de que as médias dos escores brutos para risco para disfagia diferem entre meninos e meninas.

Sendo assim, em relação as duas categorias da variável sexo, não existem indícios de que os valores médios dos escores de interesse para risco para disfagia e dificuldade alimentar diferem entre meninos e meninas.

Na Tabela 11, apresenta-se as médias para as variáveis dificuldade alimentar e risco para disfagia por sexo.

Tabela 11 - Média dos escores das variáveis dificuldade alimentar e risco para disfagia por sexo:

Sexo	Média Escore Total EBAI	Média Escore Total IRDD - Ped
menina	50.1	4.20
menino	48.3	4.27

Fonte: Elaborado pelos autores

Note que para o caso de dificuldade alimentar, existe uma diferença numérica que se mostra expressiva. Se faz necessário avaliar se essa diferença é significativa estatisticamente, o que foi feito por meio do teste de hipóteses.

Para a comparação das médias do escore de dificuldade alimentar entre as classificações da introdução alimentar obteve-se um p-valor 0.044. Logo, há evidências para rejeitar a hipótese nula, portanto há evidências para afirmar que as médias dos escores totais de dificuldade alimentar são diferentes para crianças que tiveram a introdução alimentar iniciada antes dos 6 meses e os que esta foi iniciada após os 6 meses.

Na Tabela 12, são apresentadas as médias média dos escores das variáveis dificuldade alimentar e risco para disfagia nas duas classificações da introdução alimentar.

Tabela 12 - Média dos escores por Introdução alimentar:

Introdução alimentar	Média Escore Total EBAI	Média Escore Total IRDD - Ped
<6	53.8	4.38
>6	45.7	4.12

Fonte: Elaborado pelos autores

Para o teste de comparação de médias do escore de risco para disfagia nas categorias da introdução alimentar obteve-se um p-valor de 0.833. Desse modo, a hipótese nula não é rejeita. Portanto não há evidências de que as médias dos escores brutos de risco para disfagia diferem nas duas classificações da variável introdução alimentar.

4. DISCUSSÃO

Durante as últimas décadas pode-se observar um aumento de estudos na literatura quanto a disfagia orofaríngea e as dificuldades alimentares pediátricas, entretanto, frequentemente, se dá de forma isolada suprimindo as circunstâncias associadas a alimentação e a deglutição.

Segundo Almeida et al. (2017), a maioria dos instrumentos atuais para rastreio da disfagia orofaríngea se concentram na identificação deste sintoma na população adulta. Em relação a dificuldades alimentares pediátricas, ainda são escassos os protocolos disponíveis, uma vez que quando existem, na grande maioria, ainda precisam cumprir as etapas de validação psicométrica. Ou seja, pouco se sabe sobre o impacto da disfagia na

área pediátrica, assim como a eficiência das intervenções, em relação ao tempo, na qualidade de vida e na saúde das crianças nestas condições.

As dificuldades alimentares são um problema com consequências negativas para a criança, assim como de alto impacto clínico (THOYRE et al., 2018; GONZÁLEZ, 2016; YANG, 2017). De acordo com Berlim et al. (2010), os principais fatores encontrados são: falha de crescimento (*failure to thrive*), letargia, desnutrição, atraso no desenvolvimento, aspiração, admissão para unidade de internação, procedimentos médicos invasivos, podendo levar a morte, em casos mais graves. As dificuldades alimentares podem refletir de forma significativa nas relações familiares, gerando estresse durante os momentos de refeição (SANCHEZ et al., 2015), causando prejuízos em muitos elementos da vida e do bem-estar geral da criança, assim como de sua família.

A alimentação é uma função muito complexa, que envolve aspectos de condição social, ambiental e familiar, assim como motivação e emoções da criança e de seu cuidador (JUNQUEIRA, 2017). No estudo de Kesner et al. (2015), observou-se que 30% das crianças podem encontrar desafio nesse processo, mesmo em crianças com desenvolvimento normal. Já em crianças com alteração no desenvolvimento é possível encontrar 80% com distúrbios alimentares (WILLIAMS, WITHERSPOON, KAVSAK, PATTERSON, & MCBLAIN, 2006).

No presente estudo, com crianças típicas, observou-se resultado próximo ao relatado na literatura, uma vez que encontrou-se 26% de crianças com dificuldade alimentar em sua totalidade, sendo divididas entre dificuldades leves (23%) e dificuldades moderadas (3%). Já, em relação ao risco para disfagia, verificou-se um valor de 37% para crianças para o risco, um pouco acima quando comparado a dificuldade alimentar.

No Brasil e em países em desenvolvimento, por vezes, os exames objetivos nem sempre estão disponíveis. Assim sendo, a avaliação clínica não instrumental tem importante valor no diagnóstico do paciente disfágico. Entretanto, ainda há uma escassez de dados sobre o assunto, bem como de estudos (MIRANDA & FLACH, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2009) no Brasil, é comum a interrupção do aleitamento materno já no primeiro mês de vida com variação de 13,8% a 17,8%. O início da alimentação complementar precocemente quando ofertada antes do completo desenvolvimento fisiológico da criança, pode trazer intercorrências gastrointestinais devido à diminuição dos fatores protetores do leite materno (VARGAS & SOARES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A introdução precoce dos alimentos pode ser prejudicial à saúde da criança, uma vez que sua composição não é apropriada para o organismo da mesma, o que pode acabar desencadeando uma série de complicações, tais como: alergias, anemia ferropriva, sobrecarga renal, deficiência de cobre, zinco, vitamina A, C, E, ácido fólico e gorduras essenciais (ômega 3 e ômega 6) (MACHADO et al., 2014).

A alimentação complementar foi introduzida a partir dos seis meses de idade em 57% das crianças do presente estudo. Entretanto, observou-se que 43% das crianças tiveram a introdução alimentar antes dos seis meses, sendo que em casos de prematuros, por vezes, não foi realizada a correção da idade para a oferta.

Autores declaram que a antecipação da introdução de alimentos complementares inicialmente parece ser influenciada pelas percepções das mães sobre as necessidades do seu bebê (ALDER et al. 2004). Este fato vai ao encontro dos achados nesse estudo, uma vez que a grande maioria das crianças (70%) não recebeu orientação/indicação médica para a realização da introdução alimentar. Na presente pesquisa ao questionar os cuidadores sobre as procedências de informações para introdução de alimentação complementar, a maioria dos responsáveis citou o médico, o segundo mais citado foram os familiares e o terceiro mais citado foi enfermeiro.

Quanto à prevalência do sexo masculino no risco para a disfagia em frequência absoluta, ela é maior quando comparado ao sexo feminino, dados já descritos anteriormente em estudos. Entretanto, apesar da diferença, os valores não foram estatisticamente significantes. Em relação a dificuldade alimentar, observou-se que as meninas apresentaram maior índice para dificuldade leve, entretanto os meninos apresentaram classificação de dificuldade moderada. Assim como no risco para disfagia, os valores não foram estatisticamente significantes.

Quando analisado os escores totais atingidos, pode-se observar que o valor da mediana, ou seja, a média dos sexos foi semelhante, entretanto a variabilidade (desvio padrão) foi maior nos meninos. Já na variável de dificuldade alimentar, observou-se uma assimetria positiva, uma vez que a média se encontra próxima ao primeiro quartil, em ambos os sexos, ou seja, ambos apresentaram uma distribuição semelhante.

Em relação a introdução alimentar e risco para disfagia, neste estudo pode-se observar que para as crianças que a introdução alimentar ocorreu antes dos seis meses, a média foi semelhante as crianças tiveram a introdução alimentar após os seis meses. Entretanto o desvio padrão foi superior antes dos seis meses de introdução alimentar. Verificou-se também que na introdução alimentar e dificuldade alimentar, as crianças que

as mães aguardaram os seis meses para iniciar a introdução alimentar, em relação aos escores totais, houve uma menor variabilidade, ou seja, o desvio padrão foi menor quando comparado as crianças que tiveram a introdução alimentar antes dos seis meses. Todavia, apesar de as crianças com introdução alimentar antes dos seis meses, apresentarem uma variância de resultados maior, não foram observados valores discrepantes, fato encontrado em duas crianças com introdução alimentar a partir dos seis meses.

Durante a revisão para esta pesquisa não foram encontrados estudos que utilizassem os dois protocolos de forma concomitante como os aplicados neste estudo. Assim sendo, pode-se observar que há associação entre os dois protocolos, entre as interpretações de dificuldade alimentar e introdução alimentar.

Portanto, para melhor reabilitação dos indivíduos com dificuldades alimentares os cuidados não devem ser unicamente de uma área profissional. Deve-se levar em consideração as particularidades do indivíduo, visando enxergar e tratá-lo como um todo. Assim, considera-se imprescindível o trabalho multidisciplinar para obtenção de resultados positivos no tratamento das dificuldades alimentares e risco para disfagia.

Quando há abrangência de uma equipe multidisciplinar, de forma conjunta, ocasiona-se um tratamento mais rápido e eficaz. O médico trata os problemas orgânicos do paciente, o fonoaudiólogo verifica se há alguma dificuldade de sucção, mastigação ou deglutição, e o nutricionista realiza a terapia nutricional e avaliação antropométrica (OWEN et al., 2012; EDWARDS et al., 2015).

5. CONCLUSÃO

No presente trabalho, pode-se observar que a maioria das crianças não tiveram a orientação quanto a introdução alimentar, independentemente do tempo em que ocorreu a introdução alimentar. Os valores quanto ao risco para disfagia apresentaram percentuais aproximados referentes a introdução alimentar. Já em relação a dificuldade alimentar, observou-se que os semelhança na distribuição entre os sexos, entretanto nos meninos houve a classificação moderada.

Outro fator observado foi o nível de variância em relação a introdução alimentar foi maior nas crianças que tiveram a introdução alimentar antes dos seis meses. O mesmo ocorre quando comparado os sexos. Assim como, evidenciou-se que há correlação quando comparado as escalas utilizadas.

A avaliação, por meio dos protocolos utilizados, demonstrou efetividade em crianças típicas, conseguindo servir como rastreio para identificar distúrbios alimentares, uma vez que, em crianças sem sinais clínicos, por vezes, é mais difícil a identificação, pois não apresentam alterações visíveis.

Muitos estudos utilizam os protocolos para crianças não típicas, entretanto o presente estudo pretendeu verificar se quando aplicado como ferramenta de rastreio em uma unidade pediátrica conseguiria identificar todos os pacientes que apresentassem distúrbios alimentares independentemente de sua história pregressa. Assim sendo, pode-se observar que mesmo sem apresentar diferenças estatísticas entre os dados analisados, ambos protocolos atingiram seu objetivo de rastreio. Isso facilita a identificação de pacientes com distúrbios, bem como manejos de cada caso, cumprindo a finalidade de acelerar o diagnóstico.

Deste modo, pode-se observar que mesmo em crianças típicas, houve índices de dificuldade alimentar e para risco para disfagia, mesmo estas não sendo estatisticamente significantes. É importante ressaltar que se faz necessário maiores estudos sobre a repercussão dos distúrbio alimentares, visando facilitar a identificação precoce dos casos, assim como tratamento adequado.

6. REFERÊNCIAS

ABREU CLM, FISBERG M. **A inapetência na infância. Recusa alimentar: o que fazer com a criança que não come?** Alimentação na Infância 2003;2:1-8.

ALDER EM, WILLIAMS FL, ANDERSON AS, FORSYTH S, FLOREY CV, VAN DER VELDE P. **What influences the timing of the introduction of solid food to infants?** Br J Nutr. 2004;92(3):527-31. <http://dx.doi.org/10.1079/BJN20041212>. PMID:15469658.

ALMEIDA, T. M.; *et al.* **Instrumento de rastreio para disfagia orofaríngea no Acidente Vascular Encefálico - Parte I: evidências de validade baseadas no conteúdo e nos processos de resposta.** Codas, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 1-9, 17 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016** que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2016c, p. 9. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580 de 22 de março de 2018.** 2018b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2021.

BERLIN KS, DAVIES WH, SILVERMAN AH, WOODS DW, FISCHER EA, RUDOLPH CD. **Assessing children's mealtime problems with the mealtime behavior questionnaire.** Child Health Care. 2010;39:142-56. <https://doi.org/10.1080/02739611003679956>

DINIZ, P.B. **Adaptação transcultural e validação da escala Montreal Children's Hospital Feeding Scale para o português falado no Brasil.** 2019. 55 p. Tese (Doutorado em Ciências Pneumológica) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em <[file:///C:/Users/amand/Downloads/Patr%C3%ADcia%20Barcelos%20Diniz%20tese%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/amand/Downloads/Patr%C3%ADcia%20Barcelos%20Diniz%20tese%20(1).pdf)> Acesso em: 19 jan. 2021.

DINIZ, Patricia Barcellos; FAGONDES, Simone Chaves; RAMSAY, Maria. **Adaptação transcultural e validação da montreal children's hospital feeding scale para o português falado no brasil.** Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 39, e2019377, 2021 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822021000100459&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2021. Epub Feb 24, 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019377>.

ETGES, Camila Lucia, BARBOSA, Lisiane De Rosa e CARDOSO, Maria Cristina de Almeida Freitas. **Desenvolvimento do Instrumento de Rastreio Para o Risco de Disfagia Pediátrica (IRRD-Ped)**. CoDAS [online]. 2020, v. 32, n. 5 [Acessado 1 Junho 2021], e20190061. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019061>>. Epub 12 Out 2020. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019061>.

EDWARDS, S.; DAVIS A. M.; ERNST, L. Sitzmann B, Bruce A, Keeler D, et al. Interdisciplinary Strategies for Treating Oral Aversions in Children. **JPEN J Parenter Enteral Nutr**, v.39, n.8, p.899-909, 2015.

ESPERON, Julia Maricela Torres. **Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170027, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100101&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2021. Epub Feb 16, 2017. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170027>.

FEWTRELL M, et al. **Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition**. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Jan;64(1):119-132. doi: 10.1097/MPG.0000000000001454. PMID: 28027215.

FISBERG M, TOSATTI AM, ABREU CL. **A criança que não come: abordagem pediátrico-comportamental**. Novembro 2014 vol. 1 num. 4 - 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas. Disponível em: <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/a-criana-que-no-come-abordagem-peditrico-comportamental-11190>.

GEWOLB IH, VICE FL, SCHWIETZER-KENNEY EL, TACIAK VL, BOSMA JF. **Developmental patterns of rhythmic suck and swallow in preterm infants**. Dev Med Child Neurol. 2001 Jan;43(1):22-7. doi: 10.1017/s0012162201000044. PMID: 11201418.

GONZÁLEZ ML, STERN K. **Co-occurring behavioral difficulties in children with severe feeding problems: A descriptive study**. Res Dev Disabil. 2016 Nov;58:45-54. doi: 10.1016/j.ridd.2016.08.009. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27591974.

JACOBI, C., SCHMITZ, G., & AGRAS, W. S. (2008). **Is picky eating an eating disorder?** International Journal of Eating Disorders, 41(7), 626–634. doi:10.1002/eat.20545

JADCHERLA S. **Dysphagia in the high-risk infant: potential factors and mechanisms**. Am J Clin Nutr. 2016 Feb;103(2):622S-8S. doi: 10.3945/ajcn.115.110106. Epub 2016 Jan 20. PMID: 26791178; PMCID: PMC4733255.

JUNQUEIRA, P. (2017). *Por Que meu filho não quer comer? Uma visão além da boca e do estômago*. Bauru, SP: Idea.

KERZNER, B., MILANO, K., MACLEAN JR., W. C., BERALL, G., STUART, S., & CHATOOR, I. (2015). **A practical approach to classifying and managing feeding difficulties**. *Pediatrics*, 135(2), 344-53.

KRISTOFFER S. BERLIN PHD, W. HOBART DAVIES, DEBRA J. LOBATO & ALAN H. Silverman (2009) **A Biopsychosocial Model of Normative and Problematic Pediatric Feeding**, *Children's Health Care*, 38:4, 263-282, DOI: 10.1080/02739610903235984

MACHADO, R. H. V. et al. **Maternal Feeding Practices among children with Feeding Difficulties-Cross-sectional Study in a Brazilian Reference Center**. *Front Pediatr.*, v. 5, 2018.

MARANHAO, HÉLCIO DE SOUSA et al . **Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares progressas e estado nutricional**. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo , v. 36, n. 1, p. 45-51, Mar. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000100045&lng=en&nrm=iso>. access on 22 May 2021. Epub Oct 30, 2017. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00004>.

MIRANDA, Vanessa Souza Gigoski de e FLACH, Katherinea. **Aspectos emocionais na aversão alimentar em pacientes pediátricos: interface entre a fonoaudiologia e a psicologia**. *Psicologia em Estudo* [online]. 2019, v. 24 [Acessado 5 Dezembro 2021] , e45247. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.45247>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.45247>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2012 jun 5]. 108 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Política de Saúde; Organização Panamericana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 2015 jun 2]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guiao.pdf>

NICHOLLS D, BRYANT-WAUGH R. **Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity**. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009 Jan;18(1):17-30. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.008. PMID: 19014855.

OWEN, C.; ZIEBELL, L.; LESSARD, C.; CHUERCHER, E.; BOURGET, V.; VILLENEUVE, H. **Interprofessional group intervention for parents of children age 3 and younger with feeding diffi culties: pilot program evaluation**. *Nutr Clin Pract*, v.27, n.1, p. 129-135, 2012.

ROMMEL N, DE MEYER AM, FEENSTRA L, VEEREMAN-WAUTERS G. **The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution**. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003 Jul;37(1):75-84. doi: 10.1097/00005176-200307000-00014. PMID: 12827010.

ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANCHEZ K, SPITTLE AJ, ALLINSON L, MORGAN A. **Parent questionnaires measuring feeding disorders in preschool children: a systematic review**. *Dev Med Child Neurol*. 2015;57:798-807. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12748>

SKINNER JD, CARRUTH BR, WENDY B, ZIEGLER PJ. **Children's food preferences: a longitudinal analysis**. *J Am Diet Assoc*. 2002 Nov;102(11):1638-47. doi: 10.1016/s0002-8223(02)90349-4. PMID: 12449287.

SUDARSHAN Jadcherla, **Disfagia no lactente de alto risco: fatores e mecanismos potenciais** , *The American Journal of Clinical Nutrition* , Volume 103, Issue 2, fevereiro de 2016, Pages 622S – 628S, <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.110106>

THOMPSON AL, BENTLEY ME. **The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity**. *Soc Sci Med*.2013;97:288---96.

THOYRE SM, PADOS BF, PARK J, ESTREM H, MCCOMISH C, HODGES EA. **The pediatric eating assessment tool: factor structure and psychometric properties**. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66:299-305. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001765>

TUTOR, J. D., & GOSA, M. M. (2011). **Dysphagia and aspiration in children**. *Pediatric Pulmonology*, 47(4), 321–337. doi:10.1002/ppul.21576

VARGAS, V. S.; SOARES, M. C. F. **Alimentação complementar precoce**. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr.*, São Paulo, SP, v. 37, n. 3, p. 269-280, dez. 2012.

VISWANATHAN, S., & JADCHERLA, S. (2020). **Feeding and Swallowing Difficulties in Neonates: Developmental Physiology and Pathophysiology**. *Clinics in Perinatology*. doi:10.1016/j.clp.2020.02.005

WILLIAMS, S., WITHERSPOON, K., KAVSAK, P., PATTERSON, C., & MCBLAIN, J. (2006). **Pediatric feeding and swallowing problems: An interdisciplinary team approach**. *Journal of Dietetic Practice and Research*, 67(4), 185-190.

YANG HR. **How to approach feeding difficulties in young children**. *Korean J Pediatr*. 2017;60:379-84. <https://doi.org/10.3345/kjp.2017.60.12.379>

APÊNDICE A- ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM
CUIDADORES DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Título da pesquisa: Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança.

Objetivo: Analisar o risco de dificuldade alimentar em crianças de seis meses a seis anos e 11 meses em uma unidade pediátrica.

Coordenadora: Prof^a Dr^a Graciela Dutra Sehnem (UFSM).

**Roteiro da entrevista estruturada com cuidadores de crianças internadas em uma
unidade pediátrica**

Data: ____/____/____

Nº entrevista: ____

Entrevistador: _____

Código: _____

Dados pessoais:

1) Nome: _____

2) Parentesco: () mãe/pai () irmão () avós () tios () outro _____

3) Idade: () ≤ 18 anos () 19 a 25 anos () 26 a 34 anos () > 35 anos

4) Escolaridade:

a. () Ensino fundamental completo b. () Ensino fundamental incompleto

c. () Ensino médio completo d. () Ensino médio incompleto

e. () Ensino superior completo f. () Ensino superior incompleto

5) Trabalha: () sim () não

6) Estado civil: a. () Solteiro(a) b. () Casado(a) c. () Divorciado(a) d. () Viúvo(a)

7) A gravidez foi planejada? Sim () Não ()

8) Teve alguma intercorrência (s) clínica (s) durante a gestação? Sim () Não ()

9) Realizou algum(ns) tratamento(s) medicamentoso (s) durante a gestação?

() Sim () Não. Qual _____

- 10) Realizou pré-natal durante a gestação () Sim () Não
 11) Pré-natal iniciou em: () 1o trimestre () 2o trimestre () 3o trimestre

Dados da criança:

- 7) Data de nascimento: __/__/__
 8) Parto realizado: 1.() Hospital clínica 2.() Casa de parto 3.() Outro _____
 9) Via de parto: () vaginal () cesáreo
 10) Nascimento: () a termo () pré-termo () moderado () tardio
 11) Presença de mecônio: () não () sim
 12) Peso ao nascer: () ≤ 1.500 gramas () mais de 1.500 gramas
 13) APGAR: () 0 a 4 no 1º min () 0 a 6 no 5º min () $>$ de 5 no 1º min e $>$ 7 no 5º min
 14) Apresentou alguma intercorrência ao nascer? () não () sim
 15) Se sim, necessitou ir para a UTI neonatal? () não () sim
 16) Presença de síndromes genéticas ou neurodegenerativas: () não () sim

Alimentação da criança:

- 17) Aleitamento em seio materno: () não foi amamentado(a) em SM () $<$ 6 meses
 () de 6 meses a 1 ano () de 1 ano a 2 anos () $>$ 2 anos
 18) Fórmula infantil: () não () sim Qual _____
 19) Utilização da fórmula: () complemento () uso exclusivo
 20) Introdução alimentar: () $<$ 6 meses () $>$ 6 meses
 21) No caso de crianças prematuras a introdução alimentar foi feita pela idade corrigida?
 () não () sim Houve indicação médica? () não () sim Qual? _____
 22) A criança tem preferência por alguma consistência? () não () sim
 23) Consistências: () líquido () pastoso () sólido () não tem preferência
 24) Apresenta sinais de penetração laringotraqueal: () tosse () engasgos () asfixia
 () muda coloração durante oferta () mudança vocal () não apresenta sinais
 25) Horário de oferta dos alimentos: () antes ou após o cuidador () no mesmo horário
 26) Posicionamento da criança durante a oferta: () carrinho () bebê conforto () colo
 () cadeirão () cadeira comum () deitada () outro _____
 26) Forma de oferta dos alimentos: () cuidador oferta com colher ou outro utensílio
 () criança explora o alimento com as mãos () misto das duas ofertas () come sozinho
 27) Utensílios utilizados: () colher de plástico () colher de metal () colher de silicone
 () copo de transição () copo normal () mamadeira
 27) Criança permite que escove os dentes () não () sim
 28) Criança apresenta: () refluxo gastroesofágico () constipação () vômitos frequentes

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES E/OU RESPONSÁVEIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹

Título do projeto Matricial: Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança.

Título do Projeto em Execução: Aplicação de escala de alimentação infantil em crianças internadas em uma unidade hospitalar pediátrica.

Pesquisador responsável: Prof.^a Dr.^a Graciela Dutra Sehnem

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 99656-1012. E-mail: graci_dutra@yahoo.com.br. Endereço: Departamento de Enfermagem. Av. Roraima, nº 1.000, prédio nº 26, 3º andar. Cidade Universitária - Bairro Camobi. CEP: 97010-304. Santa Maria/RS/Brasil.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria.

Eu, Graciela Dutra Sehnem, responsável pela pesquisa “Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança”, convido a adolescente pela qual o(a) senhor(a) é responsável para participar como voluntário(a) deste estudo. Esta pesquisa tem por objetivo: analisar os fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança e identificar as vulnerabilidades de adolescentes puérperas multíparas.

Para sua realização será feito o seguinte: a pesquisa será realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sediado na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul (RS). Os participantes do estudo serão cuidadores de crianças na faixa etária de seis meses a seis anos e 11 meses internadas na unidade pediátrica. A coleta de dados se dará por meio do sistema eletrônico da instituição através do prontuário eletrônico das crianças. A participação constará de responder a entrevista de forma presencial ou remota, de forma individual e voluntária, que será agendada quando a participante puder/quiser. Para a realização da entrevista será utilizado uma anamnese estruturada e, posteriormente, aplicação da Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI).

É possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos. Os possíveis riscos referem-se a algum constrangimento que o cuidador possa sentir ao responder a entrevista. No caso de ocorrer algum desconforto, a entrevista será suspensa e serão ouvidas as ansiedades e angústias, em relação ao que motivou seu constrangimento, e, se for de vontade dele(a) será

¹ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7 andar, sala 763 - CEP 97105-900 - Santa Maria/RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

reagendada e retomada esta etapa conforme preferência e disposição. Caso houver necessidade, o cuidador poderá ser encaminhado para o serviço de psicologia do hospital. Além disso, ela terá o direito de desistir de participar do estudo, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

Os benefícios desse estudo são: a pesquisa poderá aprimorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança no município de Santa Maria/RS, fornecer aos profissionais de saúde conhecimentos acerca dos fatores que possam identificar as dificuldades alimentares em crianças e, também, reduzir os índices das mesmas.

Durante todo o período da pesquisa o(a) senhor(a) e participante terão a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, poderão entrar em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Vocês terão garantida a possibilidade da criança não aceitar participar ou o(a) senhor(a) retirar a permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a participação na pesquisa, caso houver, serão assumidos pelas pesquisadoras. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. O material permanecerá por um período de cinco anos, sob a guarda e responsabilidade da orientadora da pesquisa, na sala 1305 A, localizada no 3º andar, no prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM. Após este período, o material será destruído.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que a participação da adolescente pela qual sou responsável é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais será submetida, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância na participação da adolescente e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do responsável legal

Dr.^a Graciela Dutra Sehnem
Pesquisadora responsável

Santa Maria, _____ de _____ de 20____.

¹ Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, n. 1000 - Prédio da Reitoria, 7 andar, sala 763 - CEP 97105-900 - Santa Maria/RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

APÊNDICE K - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Título do projeto Matricial: Fatores relacionados à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e repercussões na saúde da criança.

Título dos subprojetos:

1. Critérios para a prescrição de fórmula infantil para lactentes na alta hospitalar em um Hospital Universitário no Rio Grande do Sul;
2. Vulnerabilidades de adolescentes puérperas múltiparas;
3. Implicações da alteração de frênilo lingual no aleitamento materno exclusivo;
4. Experiências de mães de prematuros internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal acerca do aleitamento materno no puerpério imediato;
5. Intervenções obstétricas vivenciadas por gestantes de alto risco no centro obstétrico de um hospital universitário.

Pesquisador responsável: Profª Drª Graciela Dutra Sehnem (UFSM)

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde.

Programa de Residência Multiprofissional

Telefone para contato: (55) 9656-1012

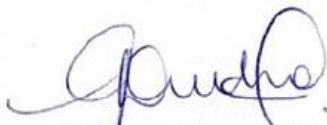
Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevista e gravação do conteúdo por áudio e posterior transcrição, no Hospital Universitário durante o segundo semestre de 2020.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio Centro de Ciências da Saúde, Departamento Enfermagem, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Drª Enfª Graciela Dutra Sehnem. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em ___/___/_____, com o número de registro Caae _____.

Santa Maria, 10 de AGOSTO de 2020.



Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO A: ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL (EBAI)

Escala Brasileira de Alimentação Infantil – EBAI

(Para crianças de 6 meses a 6 anos de idade)

Data _____	Nome da criança _____						
Por favor, circule o número que corresponda a cada item. Observe que o significado dos números varia, não estão sempre na mesma ordem. Por favor, leia cada pergunta com atenção. Obrigada.							
1. O que você acha dos momentos de refeições com a sua criança?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Muito difícil</i>						<i>Fácil</i>
2. Quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Não estou preocupado</i>						<i>Estou muito preocupado</i>
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Nunca tem fome</i>						<i>Tem um Bom apetite</i>
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>No início da refeição</i>						<i>No fim da refeição</i>
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>1-10</i>	<i>11-20</i>	<i>21-30</i>	<i>31-40</i>	<i>41-50</i>	<i>51-60</i>	<i>> 60 min</i>
6. Como a sua criança se comporta durante a refeição?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Se comporta bem</i>						<i>Faz grande bagunça, faz birra, manha</i>
7. A sua criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Nunca</i>						<i>Na maioria das vezes</i>
8. A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Na maioria das vezes</i>						<i>Nunca</i>
9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Nunca</i>						<i>Na maioria das vezes</i>
10. Você precisa forçar a sua criança a comer ou beber?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Na maioria das vezes</i>						<i>Nunca</i>
11. Como é a habilidade de mastigação (ou sucção da sua criança)?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Boa</i>						<i>Muito ruim</i>
12. O que você acha do crescimento da sua criança?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Crescendo pouco</i>						<i>Crescendo bem</i>
13. Como a alimentação da sua criança influencia a sua relação com ela?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>De forma muito negativa</i>						<i>Não influencia nada</i>
14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares?	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Não influencia nada</i>						<i>De forma muito negativa</i>

EBAI – Escala Brasileira de Alimentação Infantil

Nome da criança: _____ Data de nascimento: __/__/__

Data da triagem: __/__/__

Idade: _____

Para obter o escore bruto total:

1. Insira as pontuações dos 7 itens com asterisco na primeira coluna.
2. Inverta as pontuações dos itens com asterisco na 1ª coluna (1↔7, 2↔6, 3↔5, 4↔4, 5↔3, 6↔2, 7↔1) e insira as pontuações invertidas na 2ª coluna.
3. Insira as pontuações dos 7 itens sem asterisco na segunda coluna.
4. Insira as pontuações dos 14 itens na segunda coluna para obter a pontuação total bruta (escore total bruto).

Itens:	
1*	_____
2	_____
3*	_____
4*	_____
5	_____
6	_____
7	_____
8*	_____
9	_____
10*	_____
11	_____
12*	_____
13*	_____
14	_____
Total do escore bruto: _____	

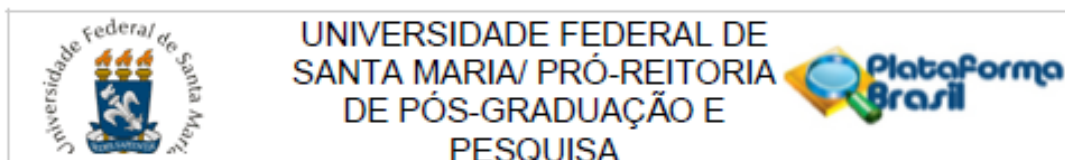
Escore Bruto	Escore T	Escore Bruto	Escore T	Varição do Escore T	Interpretação
14	35	56	68	61 a 65	Dificuldades leves
15	36	57	69	66 a 70	Dificuldades moderadas
16	37	58	70		
17	38	59	71	Acima de 70	Dificuldades severas
18	39	60	72		
19	39	61	72		
20	40	62	73		
21	41	63	74		
22	42	64	75		
23	43	65	76		
24	43	66	76		
25	44	67	77		
26	45	68	78		
27	46	69	79		
28	46	70	80		
29	47	71	80		
30	48	72	81		
31	49	73	82		
32	50	74	83		
33	50	75	83		
34	51	76	84		
35	52	77	85		
36	53	78	86		
37	54	79	87		
38	54	80	87		
39	55	81	88		
40	56	82	89		
41	57	83	90		
42	57	84	91		
43	58	85	91		
44	59	86	92		
45	60	87	93		
46	61	88	94		
47	61	89	94		
48	62	90	96		
49	63	91	96		
50	64	92	97		
51	65	93	98		
52	65	94	98		
53	66	95	99		
54	67	96	100		
55	68	97	101		
		98	102		

ANEXO B: INSTRUMENTO DE RASTREIO PARA O RISCO DE DISFAGIA PEDIÁTRICA (IRDD- PED)

Nome:	Data de Nascimento: / /	
Nome do responsável:	Data: / /	
As questões abaixo são relacionadas à história e informações sobre seu/sua filho(a):		
Nº QUESTÕES	Pontuação	
FATORES DE RISCO		
1 Com quantas semanas de gestação seu/sua filho(a) nasceu?		
Prematuridade moderada 31 – 36 semanas	1	
Prematuridade extrema 24 – 30 semanas	2	
A termo (37 a 42 semanas)	0	
Não sabe	0	
2 Ele(a) possui alguma doença respiratória?		
Não	0	
Sim	1	
3 Ele(a) possui alguma doença gastrointestinal?		
Não	0	
Sim	1	
4 Ele(a) possui alguma doença neurológica?		
Não	0	
Sim	1	
5 Ele(a) possui alguma doença genética (síndrome)?		
Não	0	
Sim	1	
6 Ele(a) possui alguma doença cardíaca?		
Não	0	
Sim	1	
7 Ele(a) possui alguma alteração anatômica (malformação) na região da cabeça e do pescoço?		
Não	0	
Sim	1	
8 Ele(a) costuma ficar resfriado(a) com frequência?		
Não	0	
Sim	1	
HISTÓRIA CLÍNICA		
9 Ele(a) já apresentou pneumonia?		
Não	0	
Sim	1	
10 Ele(a) já ficou intubado(a) por 48 horas ou mais?		
Não	0	
Sim	1	
11 Ele(a) já fez ou faz uso de traqueostomia?		
Não	0	
Sim	1	
12 Ele(a) já fez ou faz uso de sonda para alimentação?		
Não	0	
Sim	1	

13 Ele(a) tem perdido peso?	
Não	0
Sim	1
14 Ele(a) possui dificuldade para ganhar peso?	
Não	0
Sim	1
DADOS SOBRE A ALIMENTAÇÃO	
15 Ele(a) apresenta dificuldades para se alimentar?	
Não	0
Sim	1
16 Ele(a) apresenta tosse quando está comendo ou bebendo algum alimento?	
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
17 Ele(a) apresenta engasgo quando está comendo ou bebendo algum alimento?	
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
18 Você observa restos de alimento dentro da boca ou perda deles para fora da boca quando ele(a) se alimenta?	
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
19 Você observa que a saliva fica parada dentro da boca ou escapa para fora da boca de seu/sua filho(a)?	
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
20 Você observa saída de alimento pelo nariz quando seu/sua filho(a) está comendo ou bebendo algo?	
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
21 Você observa mudanças na voz ou choro durante ou após a alimentação?	
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
22 Você observa mudanças na respiração, como esforço, cansaço ou ruído respiratório, durante ou após a alimentação?	
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
23 Uma refeição de seu/sua filho(a) dura mais de 30 minutos?	
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
TOTAL	

ANEXO C: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES RELACIONADOS À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DA CRIANÇA

Pesquisador: Graciela Dutra Sehnem

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36785920.7.0000.5348

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.288.294

Apresentação do Projeto:

Estudo vinculado ao curso de Residência Multiprofissional da UFSM, caracteriza-se como um projeto matricial composto por cinco subprojetos, sendo um estudo transversal com metodologia quantitativa e qualitativa.

A seleção dos participantes será realizada nos seguintes serviços do HUSM: Maternidade, Unidade de Atenção à Saúde da Mulher, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e o Serviço de Arquivo Médico (SAME).

Para a etapa quantitativa, serão selecionados prontuários de puérperas que tenham sido diagnosticadas com gestação de alto risco, identificadas por meio do CID-10 no prontuário da paciente. Será utilizado como instrumento para a coleta de dados um questionário para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e conhecer as intervenções obstétricas vivenciadas por gestantes de alto risco no centro obstétrico de um hospital universitário. Para tanto, abordou-se os seguintes aspectos: dados da gestante, dados de internação, acompanhamento do trabalho de parto, dados do parto, dados do recém-nascido, dados do pós-parto e eventos sentinelas.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763

Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com