UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

VITÓRIA OLIVEIRA SANTOS NETA

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INSTRUMENTO DE RASTREAMENTO PARA DIFICULDADES ALIMENTARES PEDIÁTRICAS E/OU DISFAGIA OROFARÍNGEA NA INFÂNCIA

Marília
2021

VITÓRIA OLIVEIRA SANTOS NETA

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INSTRUMENTO DE RASTREAMENTO PARA DIFICULDADES ALIMENTARES PEDIÁTRICAS E/OU DISFAGIA OROFARÍNGEA NA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, para obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia. Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

Orientadora: Dra. Roberta Gonçalves da Silva
Co-orientadora: Dra. Patrícia Junqueira

Marília
2021

Neta, Vitória Oliveira Santos
N469v

Validação de conteúdo de instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância / Vitória Oliveira Santos Neta. -- Marília, 2021

71 f. : tabs.

Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília
Orientadora: Roberta Gonçalves da Silva
Coorientadora: Patrícia Junqueira

1. Comportamento alimentar. 2. Transtornos de deglutição. 3. Alimentação. 4. Programas de rastreamento. 5. Estudos de validação. I. Título.

VITÓRIA OLIVEIRA SANTOS NETA

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INSTRUMENTO DE RASTREAMENTO PARA DIFICULDADES ALIMENTARES PEDIÁTRICAS E/OU DISFAGIA OROFARÍNGEA NA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, para obtenção do título de Mestre em Fonoaudiologia.

Área de concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

Linha de pesquisa: Prevenção, Avaliação e Terapia em Fonoaudiologia.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____
Drª Roberta Gonçalves da Silva. Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica. Docente da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", UNESP – Marília, SP.

2º Examinador: _____
Profª Drª Luciana Pinato. Doutora em Ciências Morfofuncionais. Docente da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", UNESP – Marília, SP.

3º Examinador: _____
Drª Paula Cristina Cola. Doutora em Bases Gerais de Cirurgia. Docente da Universidade de Marília, UNIMAR. – Marília, SP.

Marília, 10 de junho de 2021

A **Deus**, que sempre me guiou e amparou em todos os momentos com zelo imensurável, sem Ele de forma alguma chegaria até aqui. Agradeço às bênçãos diárias, bondade, paz e amor, durante toda a graduação até a conclusão do mestrado.

Aos meus pais, **Leia** e **Eliseu**, gratidão eterna por serem meus incentivadores, meu apoio e refúgio durante toda minha formação pessoal e profissional. Desde a infância me ensinaram grandes valores, o maior deles a fé, combustível para alcançar o sonhado caminho.

A minha tia **Rute**, gratidão eterna por tanto amor e incentivo depositados. Apesar da distância em quilômetros, sempre esteve de alguma forma perto.

Com amor!

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior** – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia** da Unesp de Marília por todo auxílio para finalização desse trabalho.

À minha orientadora **Dra. Roberta Gonçalves da Silva**, pelo carinho, acolhimento, confiança e paciência depositados. Foram muitos os aprendizados, não apenas acadêmicos, mas também sobre empatia e humanidade. Agradeço pelas incontáveis contribuições profissionais e pessoais. Minha eterna gratidão, respeito, carinho e admiração.

À minha co-orientadora **Dra. Patrícia Junqueira**, por sempre compartilhar seus preciosos conhecimentos e ter contribuído de forma incrível com este trabalho. Sinto-me honrada por essa parceria.

Às professoras **Dra. Luciana Pinato** e **Dra. Paula Cola** por aceitarem compor a banca examinadora desta pesquisa com valiosas contribuições.

Aos amigos integrantes do Laboratório de Disfagia – LADIS, pelo companheirismo, conhecimentos, experiências e risos compartilhados, fundamentais para minha formação profissional e pessoal.

Aos **docentes**, **funcionários**, **doutorandos, mestrandos, graduandos** e **amigos** do Departamento de Fonoaudiologia da UNESP, pela convivência durante este tempo, por todas as situações compartilhadas e/ou por fazerem parte em algum momento da minha trajetória.

À **Dra. Paula Cola**, **Dr. Francisco Agostinho** e **voluntários** do lindo projeto “Amor de Criança”, por me permitirem acompanhar os atendimentos e exames de

Videofluoroscopia de Deglutição (VFD), tenho tamanha gratidão pelo acolhimento e conhecimento compartilhado.

Aos meus amigos e irmãos unespianos **Juliana Lupo, Isabela Metzner, Giovana Dias, Mayara Assis, Isabela Tiezi, Vitor Binhardi, Heloísa dos Anjos, Rita Giriboni, Elissa Cremasco, Ana Luiza** e **Sarah Alonso**, por tornarem meus dias mais leves, pelo companheirismo, força nos momentos difíceis, ombro quando precisei, assim como pelas inúmeras risadas e momentos inesquecíveis, estarei sempre na torcida celebrando a vitória de cada um. Amo vocês.

À querida Aliança Bíblica Universitária de Marília, gratidão a cada um que conheci por meio dela e por ser minha família em Marília. Deus sabe do que precisamos e os colocou na minha vida neste percurso, pois sem vocês não seria possível, em especial meus amigos e irmãos **Soane Paz, Sâmylla Vaz, Lucas Lima, Raquel Cavalcante, Miriã Missão, Laís Bernardo, Thiago Ferreira, Michele Lima, Anna Russier** e **Mery Ellen**. Amo vocês.

Aos **voluntários** que participaram desta pesquisa. Sem vocês, o presente trabalho não seria possível.

As minhas amigas e irmãs, **Talita Gonçalves**, **Nayara Ropele**, **Ana Paula**, **Amanda Santos** e **Grazielly Ferreira**. Nossa amizade tem cheiro de colo de Deus. Amo vocês.

Aos meus **familiares**, não preciso citar nomes, pois cada um esteve próximo de alguma forma sabe tamanha gratidão e amor. Sempre me apoiaram, e apesar da distância em quilômetros estiveram de alguma forma perto me motivando e na torcida. Amo vocês.

“Pois tudo, absolutamente tudo, nos céus e na terra, visível e invisível (...) todas as coisas começam Nele e Nele encontram seu propósito.”

Colossenses 1:16

RESUMO

Introdução: As dificuldades alimentares pediátricas (DAP) e as disfagias orofaríngeas na infância são freqüentes na prática interdisciplinar pediátrica, sendo fundamental que essas dificuldades e/ou alterações na biomecânica de deglutição sejam identificadas precocemente e potencializem o diagnóstico diferencial na infância. **Objetivo:** Este estudo teve por objetivo elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de rastreamento para identificar dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na primeira infância. **Método:** As etapas descritas no método seguiram o protocolo de validação *Standards for Educational and Psychological Testing (*1999). Na primeira fase foi elaborada a versão inicial do instrumento baseada na revisão de literatura e a busca realizada pelo pesquisador nas bases de dados *Pubmed, Lilacs e Scielo*, com os descritores em inglês "*feeding behavior; deglutition disorders, feeding, mass screening, validation studies, evaluation, dysphagia, children* e, em português, comportamento alimentar, transtornos de deglutição, alimentação, programas de rastreamento, estudos de validação, avaliação, disfagia, crianças". Posteriormente 10 juízes, dentre eles fonoaudiólogos e outros profissionais da área da saúde, participaram da avaliação do instrumento e avaliaram o conteúdo verificando sua clareza e pertinência, produzindo a segunda versão do instrumento. Foi elaborada ficha de análise para que os juízes pudessem identificar se a questão era adequada ou não com espaço para sugestões quando julgassem necessárias. Realizada análise estatística descritiva, por meio do índice de validade de conteúdo (IVC) calculado para cada item do instrumento e para o conjunto de itens, foram aceitos valores acima de 0,78. Após avaliação dos juízes, a banca de especialista composta pelos autores analisou as sugestões e a tomada de decisão seguiu a concordância entre eles. **Resultados:** A busca na literatura resultou na primeira versão do instrumento com 26 questões. Na análise dos juízes o IVC individual para as questões variou de 0,90 a 1,0 e o IVC total foi de 1,0. Após avaliação dos juízes a banca de especialistas analisou as sugestões e modificou a elaboração escrita de 10 questões, retirou sete questões e a terceira versão permaneceu com 19 questões. **Conclusão:** O instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia possui validade de conteúdo, porém necessita de validação completa para que possa ser utilizado com acurácia para rastrear e encaminhar precocemente essa população para o diagnóstico.

Palavras-chave: Comportamento alimentar, Transtornos de deglutição, Alimentação, Programas de rastreamento, Estudos de validação.

ABSTRACT

Introduction: The pediatric feeding disorders (PFD) and/or oropharyngeal dysphagia in childhood are frequent in pediatric interdisciplinary practice, and it is essential that these disorders identified early and enhance the differential diagnosis in childhood. **Objective:** This study aimed to develop and validate the content of a screening tool to identify pediatric feeding disorders and / or oropharyngeal dysphagia in early childhood. **Method:** The steps described in the method followed the Standards for Educational and Psychological Testing (1999) validation protocol. In the first phase, the initial version of the instrument was elaborated based on the literature review and the search performed by the researcher in the databases Pubmed, Lilacs and Scielo, with the descriptors in English “feeding behavior; deglutition disorders, feeding, mass screening, validation studies, evaluation, dysphagia, children and, in Portuguese comportamento alimentar, transtornos de deglutição, alimentação, programas de rastreamento, estudos de validação, avaliação, disfagia, crianças”. Subsequently, 10 judges, including speech language pathologist and other health professionals, participated in the evaluation of the tool and evaluated the content by checking its clarity and relevance, producing the second version of the tool. An analysis form was prepared so that the judges could identify whether the question was adequate or not, with space for suggestions when they deemed necessary. Descriptive statistical analysis was performed and through the content validity index (CVI) calculated for each item of the instrument and for the set of items, and values above 0.78 were accepted. After evaluating the judges, the expert panel composed by the authors analyzed the suggestions and the decision making followed the agreement between them. **Results:** The literature search resulted in the first version of the screening tool with 26 questions. In the analysis of the judges, the individual CVI for the questions ranged from 0.90 to 1.0 and the total CVI was 1.0. After evaluating the judges, the panel of experts analyzed the suggestions and modified the written elaboration of 10 questions, removed seven questions and the third version remained with 19 questions. **Conclusion:** The screening tool for pediatric feeding disorders and/or dysphagia has content validity, however it needs complete validation to screen and refer this population early for diagnosis.

Keywords: Feeding behavior, Deglutition disorders, Feeding, Mass screening, Validation studies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização da área da titulação, tempo de experiência profissional e profissão dos juízes……...40

Quadro 2 - Frequência dos parâmetros relacionados presentes nos estudos e/ou instrumentos de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância……..43

Quadro 3 - Questões presentes no instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância após a revisão de literatura e posteriormente encaminhada ao grupo de juízes…….44

Quadro 4a - Descrição das sugestões dadas pelos juízes nas questões do instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância…….46

Quadro 4b - Descrição das sugestões dadas pelos juízes nas questões do instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância……..47

Quadro 5 - Modificações realizadas na elaboração das questões após sugestões dos juízes e concordância entre a banca de especialistas……....48

Quadro 6 - Questões após análise das sugestões dos juízes e consenso entre os especialistas……...49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Parâmetros encontrados nos estudos e/ou instrumentos de rastreamento e de avaliação clínica relacionados às dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância……..42

Tabela 2 - Índices de validação de conteúdo do instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância……..45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AERA	*American Educational Association*
APA	*American Psychological Association*
DAP	Dificuldades Alimentares Pediátricas
DDS	*Dysphagia Disorders Survey*
GMFCS	*Gross Motor Functional Classification Scale*
IRRD-Ped	Instrumento de Rastreamento para o Risco de Disfagia Pediátrica
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVC-I	Índice de Validade de Conteúdo Individual
IVC-T	Índice de Validade de Conteúdo Total
MCH-FS	*Montreal Children's Hospital Feeding Scale*
NCME	*National Council on Measurement in Education*
PED	*Pediatric Feeding Disorders*
PC	Paralisia Cerebral
PAD-PED	Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica
pEAT-10	*Pediatric Eating Assessment Tool-10*
RGE	Refluxo Gastroesofágico
SD	Síndrome de Down
TEA	Transtorno do Espectro Autista
VFD	Videofluoroscopia da Deglutição
VFSS	*Videofluoroscopic Swallow Study*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO……15
2 OBJETIVO……19
3 REVISÃO DE LITERATURA……20
3.1 Incidência e/ou prevalência de dificuldades alimentares pediátricas……20
3.2 Incidência e/ou prevalência de disfagia orofaríngea na infância……25
3.3 Estudos e instrumentos de rastreamento e/ou avaliação para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância……32
4 MÉTODO……38
4.1 Aspectos éticos……38
4.2 Etapas da elaboração do Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou de Disfagia Orofaríngea na Infância (RADAPEDI)……38
4.3 Fase 1 - Planejamento e desenvolvimento da primeira versão do Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou de Disfagia Orofaríngea na Infância (RADAPEDI)……38
4.4 Fase 2 - Investigação das evidências de validade baseadas no conteúdo e desenvolvimento da segunda versão do Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou de Disfagia Orofaríngea na Infância (RADAPEDI)……39
5 RESULTADOS……42
6 DISCUSSÃO……50
7 CONCLUSÃO……54
REFERÊNCIAS……55
APÊNDICES……62
Apêndice A……62
Apêndice B……64
Apêndice C……65
Apêndice D……71

1 INTRODUÇÃO

Alimentar-se é um ato crucial para o desenvolvimento humano e um comportamento aprendido. Nele satisfazem-se além das necessidades nutricionais, fontes de afeto, prazer, socialização e transmissão cultural (VIANA et al., 2008). A infância é uma etapa de grande importância para a alimentação, pois nela desenvolvem-se as preferências e padrões alimentares (BIRCH; FISHER, 1998), os quais podem persistir na idade adulta (ASHCROFT et al., 2007). Ao longo desse período as crianças interagem com os adultos e o ambiente alimentar, expandindo suas habilidades e usufruindo dos alimentos e momentos de refeição (JUNQUEIRA et al., 2015).

No entanto, diferentes grupos de crianças passam por perturbações nesse ciclo, resultantes de distintas doenças de base ou de inúmeros outros fatores como alterações sensoriais, estruturais, físicas ou até mesmo apresentam pouca habilidade devido às restritas ofertas de estímulos e alimentos em seu cotidiano. Além disto, as dificuldades na coordenação sensório-motora oral podem interferir na capacidade de sugar, deglutir ou mastigar os alimentos, desorganizações sensoriais podem desencadear desconforto durante a alimentação, assim como as alterações gastrointestinais podem ocasionar aos indivíduos a associação negativa entre alimento e desejo de comer (PATEL et al., 2002; ÖSTBERG; HAGELIN, 2010; FAITH et al., 2013; JUNQUEIRA et al., 2015; MODING; STIFTER, 2016). Portanto, as diferentes questões etiológicas para o surgimento de Dificuldades Alimentares Pediátricas (DAP) e/ou outros transtornos de deglutição podem gerar distintas sintomatologias.

Em relação às DAP há estudos de diferentes regiões do mundo que concluíram que essas dificuldades são muito comuns (ARTS-RODAS; BENOIT, 1998; BOROWITZ; BOROWITZ, 2018; FISBERG, 2018). As especialidades da área da saúde como a Gastroenterologia, Pediatria e a Fonoaudiologia, dentre outras, têm recebido frequentemente a população infantil com queixa de dificuldade de alimentação e/ou de disfagia orofaríngea, tornando necessário o diagnóstico diferencial e a tomada de decisão individualizada para esses casos (ALMEIDA et al., 2012). Tais alterações quando persistentes podem resultar em condições graves, como as deficiências nutricionais, atraso no desenvolvimento, baixo crescimento, complicações intestinais e

impacto na dinâmica familiar envolvendo aspectos como excessivo estresse (OLIVE, 2004; SULLIVAN et al., 2007).

As DAP se caracterizam pela condição em que determinada criança não apresenta ingestão oral adequada para a idade associada à alguma disfunção médica, nutricional, da habilidade alimentar e/ou psicossocial (GODAY et al., 2019). Esta condição pode estar acompanhada de determinados comportamentos apresentados pela criança como a diminuição na quantidade, variedade ou tipo de alimentos. Também é comum que ocorram respostas comportamentais e emocionais nos momentos de refeição, tais como fuga, recusa alimentar, ou respostas fisiológicas como vômitos, constipação e até mesmo diarréias (HYMAN, 1994; KERWIN, EICHER; GELSINGER, 2005; WILLIAMS, RIEGEL; KERWIN, 2009).

A seletividade e o medo da alimentação também são categorizados entre os principais comportamentos em crianças com dificuldades alimentares, ressaltando que podem expressar diferentes níveis. Sejam leves ou graves, as dificuldades alimentares merecem atenção com necessidade de diretrizes para preveni-las e resolvê-las. Para a psicologia do comportamento essas dificuldades podem ser definidas como a reação frente aos estímulos externos, que deve ser compreendida em diferentes graus de complexidade de forma associada ao contexto em que ocorre (TODOROV, 2012). Nessa perspectiva, DAP podem manifestar-se, como recusa alimentar que se caracteriza como uma perturbação do comportamento alimentar, frente às novas ofertas alimentares não habituais no ambiente (DOVEY et al., 2008). A recusa alimentar é um comportamento caracterizado pela redução da variabilidade ou quantidade de alimentos e não aceitação de categorias alimentares inteiras. Seja pelo tipo de textura, sabor ou temperatura. Não há aceitação em certos pedaços ou consistências. Comumente se observa comportamentos de fuga, resistência e medo quando os alimentos são apresentados. As crianças dentro desse quadro alimentam-se de forma distinta aos outros membros da família, se recusando a diferentes formas de apresentação dos alimentos que costuma consumir, assim como dos utensílios normalmente utilizados (JUNQUEIRA, 2018).

Já nos transtornos específicos da deglutição, como na disfagia orofaríngea, há alteração em uma ou mais das fases da deglutição, com presença de tosse e/ou engasgos ao alimentar-se, perda de peso, desidratação, pneumonias ou outros

problemas pulmonares, como sintoma de alguma etiologia de base. A disfagia orofaríngea refere-se a sintomas ou alterações que gerem dificuldades no transporte do bolo alimentar durante seu percurso desde a boca ao estômago e com possíveis complicações multifatoriais (SANTINI, 2001; CLAVÉ et al., 2006; HAFNER et al., 2007; DANIELS; ANDERSON; WILLSON, 2012). São resultantes de alterações neurológicas ou estruturais, podendo ocorrer em diferentes faixas etárias, e variadas condições médicas. Além disso, a disfagia pode provocar complicações nos aspectos nutricionais, pulmonares, no prazer alimentar e integração social do indivíduo (ADAMS et al., 2003).

Nas dificuldades de alimentação e/ou disfagia orofaríngea na infância muitos sinais podem ser comuns, tais como alteração sensório-motora oral, tempo de refeição prolongada, seleção de alimentos e quantidade diferente do padrão habitual da família, alteração na mastigação dentre outros (MATSUO; PALMER, 2008; ORTIZ, 2010; LUCHESI; CAMPOS; MITUUTI, 2018).

Além disso, há determinada constância na clínica fonoaudiológica de casos que inicialmente solicitam a investigação para disfagia orofaríngea e nos quais está também presente a história pregressa de seletividade ou recusa alimentar, seja naqueles em que há histórico de doença do refluxo gastroesofágico, alterações neurológicas ou síndromes genéticas e outros distintos diagnósticos (MANIKAM; PERMAN, 2000; MANNO et al., 2005).

Desta forma, as DAP e/ou disfagia orofaríngea na infância podem impactar de forma grave na condição clínica geral da criança. Dentre essas complicações a serem consideradas, estão os possíveis efeitos sob a comunicação bidirecional entre o sistema nervoso central e o sistema nervoso entérico, denominada eixo intestino-cérebro, tendo em conta as conseqüências que as dietas restritivas desses indivíduos podem trazer sobre sua microbiota intestinal (QUIGLEY, 2017). A respeito da relação intestino-cérebro distintos estudos já observaram seu papel vital para o desenvolvimento adequado do indivíduo e que fatores agressores agem diretamente nessa relação, ocasionando diversas comorbidades (SILVESTRE, 2016; NESI; FRANCO; CAPEL, 2020).

Portanto, considerando o impacto das dificuldades alimentares e deglutição na condição nutricional, pulmonar, intestinal e na qualidade de vida, torna-se fundamental que o rastreamento dessas condições seja realizado por todas as equipes em contato

com a população infantil, visando o diagnóstico precoce e a correta tomada de decisão (VIANA et al., 2008). Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam identificar precocemente as dificuldades de alimentação e/ou disfagia orofaríngea no cenário da atenção primária sendo necessária a aplicação de um instrumento único que permitisse esta identificação (GREER et al., 2007; KERZNER et al., 2015; PERRY et al., 2015).

O Ministério da Saúde do Brasil em seu Manual de Rastreamento destaca a relevância da identificação precoce de determinadas condições por meio desses instrumentos de rastreamento no cotidiano das equipes de profissionais atuantes. Dentre seus benefícios estão à facilidade na aplicação e baixo custo (BRASIL, 2010).

No entanto, embora existam alguns instrumentos de rastreamento para disfagia orofaríngea na infância, são mais escassos aqueles direcionados à identificação precoce das dificuldades alimentares pediátricas. Além disto, ressalta-se a importância dos aspectos psicométricos voltados à validação dos instrumentos, processo dificilmente concluído em todas as suas etapas pela maioria dos instrumentos encontrados (ALMEIDA; BUHLER; LIMONGI, 2014; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; SOYER et al., 2017). Outra questão relevante, observando a alta freqüência de DAP e de disfagia orofaríngea na infância, é a ausência de instrumentos que tenham por objetivo identificar precocemente os dois quadros em um só rastreamento, dando maiores chances à criança de ser precocemente atendida em suas necessidades, visando potencializar o encaminhamento ao diagnóstico.

Portanto, este estudo teve por objetivo elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de rastreamento para identificar dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na primeira infância.

2 OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de rastreamento para identificar dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Incidência e/ou prevalência de dificuldades alimentares pediátricas

As DAP na primeira infância são tema abordado por diversas áreas do conhecimento, no entanto, são várias as terminologias utilizadas havendo pouco consenso na literatura (ALMEIDA, et al., 2012; FISBERG, 2018). Além disto, são poucos os dados estatísticos sobre a incidência e/ou prevalência das dificuldades alimentares pediátricas. Os critérios diagnósticos usados pelos autores são variáveis, o que dificulta inclusive a comparação entre os diferentes estudos (KOZIOŁ-KOZAKOWSKA; PIÓRECKA; SCHLEGEL-ZAWADZKA, 2018; COLE et al., 2018).

Lindberg et al. (1994) compararam bebês que desenvolveram recusa alimentar no primeiro ano de vida com um grupo controle saudável em relação à alimentação. Os bebês foram recrutados a partir de dois estudos populacionais. O primeiro por meio de questionário com os pais residentes de Uppsala, Suécia, e segundo por meio de dados relatados por enfermeiras do Centro de Saúde Infantil. Foram incluídas 11 crianças (8 meninas e 3 meninos) por meio do questionário com os pais e 13 crianças (11 meninas e 2 meninos) do Centro de Saúde Infantil. Os bebês com recusa alimentar apresentaram baixo peso até 2 anos de idade. A recusa alimentar foi associada a problemas de desmame, também a relatos de seus pais sobre menor consumo de comida, a maior frequência de refeições, a problemas psicossociais na família, a percepções menos positivas dos pais, dificuldade do bebê e comportamentos problemáticos. Concluíram que os achados têm relevância para a identificação e compreensão dos fatores relacionados à recusa alimentar.

Pliner e Loewen (1997) estudaram o temperamento e a dificuldade alimentar de crianças e utilizaram o termo neofobia alimentar como a relutância em ingerir alimentos desconhecidos. Participaram deste estudo 81 pares de irmãos (idade entre 5 a 11 anos) e suas mães. Foram coletados dados das crianças, a partir de medidas de neofobia comportamental, temperamento e gosto por novos alimentos e familiares. Os autores verificaram a relação entre diminuição da neofobia comportamental e idade, e correlações positivas entre ambas as medidas de neofobia e as dimensões do temperamento da emoção, timidez e reações negativas aos alimentos. Verificaram

que o sexo masculino apresentou maior preferência por alimentos familiares de gosto agradável e novos alimentos de sabor ruim do que as meninas. Para mães, ambas as medidas de neofobia foram relacionadas a reações negativas aos alimentos e não relacionadas a qualquer outra dimensão do temperamento. Concluíram que para as crianças, novos alimentos não são tão diferentes de outros novos estímulos, e que a neofobia alimentar não é simplesmente um hábito, mas um comportamento que está embutido em outros aspectos do temperamento.

Carruth et al. (2004) estudaram a prevalência de bebês e crianças com dificuldades alimentares pediátricas, preditores e sua associação com energia e ingestão de nutrientes, uso de grupo de alimentos e o número de ofertas. Foi realizado estudo transversal com bebês e crianças (de quatro a 24 meses). Amostra nacional aleatória de 3.022 bebês e crianças. A análise estatística foi realizada por meio do teste t. A porcentagem de crianças identificadas com dificuldades alimentares pediátricas em relação à alimentação por seus cuidadores aumentou de 19% para 50% de quatro a 24 meses. Crianças com dificuldade alimentar foram relatadas em todas as idades para ambos os sexos, todas as etnias e faixas de rendimento familiar. Em um dia, tanto as crianças com dificuldades alimentares pediátricas quanto as que não apresentavam encontraram-se ou excederam a energia apropriada para a idade atual e a recuperação dietética recomendada. As crianças mais velhas foram mais propensas a apresentarem mais dificuldade alimentar. Aquelas com percentuais de pesos mais altos para idade foram menos propensas a apresentarem dificuldade alimentar pediátrica. O maior número de vezes que os cuidadores ofereceram novo alimento antes de decidir se a criança não gostava foram três para cinco. Concluíram que os profissionais da área precisam estar cientes de que os cuidadores que notam a dificuldade alimentar pediátrica na criança pela qual são responsáveis são semelhantes em gênero, etnia e rendimento familiar. E ainda que, ao oferecer um novo alimento, os cuidadores precisam ofertá-lo mais vezes do que o comum para aumentarem a aceitação desse alimento.

Mascola, Bryson e Agras (2010) estudaram a incidência, prevalência, persistência e características de dificuldades alimentares pediátricas. Foi realizado estudo prospectivo com 120 crianças, de 2 a 11 anos, acompanhadas dos pais. Os autores verificaram que em qualquer idade, de 13% a 22% das crianças costumavam

ter dificuldade alimentar pediátrica. A prevalência aumentou, indicando para os autores que a dificuldade alimentar pediátrica é muitas vezes um problema com duração de mais de 2 anos. Os pais de crianças com dificuldade alimentar pediátrica falaram com mais frequência que seus filhos consumiam uma variedade limitada de alimentos, requeriam alimentos preparados de maneiras específicas e expressavam fortes gostos e aversões por comida, e que sentiam em alguns momentos com raiva quando os alimentos eram negados. Os autores concluíram que a dificuldade alimentar pediátrica é uma preocupação predominante dos pais e pode permanecer durante a infância. Neste estudo não foram observados efeitos significativos no crescimento, no entanto, os autores sugerem que as manifestações apresentadas merecem atenção médica.

Meyer et al. (2014) analisaram a ocorrência de dificuldades alimentares em crianças com alergias gastrointestinais induzidas por proteínas alimentares, a associação com sintomas gastrointestinais e extra-intestinais e o número de alimentos eliminados da dieta. Foi realizada análise observacional retrospectiva em pacientes atendidos entre 2002 e 2009 no Hospital Infantil *Great Ormond Street*, Departamento de Gastroenterologia, Londres. Foram incluídos os registros médicos dos quadros clínicos das crianças. As DAP foram avaliadas usando critério estabelecido por Wright et al. 2007. As DAP foram definidas pela presença de comportamento como empurrar a comida para longe, virar a cabeça quando comida é oferecida, fechar a boca quando a comida é oferecida, engasgos com alimentos mais texturizados, segurar a comida na boca, cuspir comida, jogar comida no chão e chorar durante as refeições. Foram coletados dados de 437 crianças. Constataram que ter manifestações extra-intestinais estava significativamente associado à presença de dificuldades alimentares. Concluíram que manifestações clínicas como vômito, constipação, sangramento retal, perda de peso e presença de manifestações extra-intestinais, além do número de alimentos evitados esteve associada às dificuldades alimentares na população estudada.

Maximino et al. (2016) apresentaram resultados da implantação do serviço de referência em atendimento multidisciplinar exclusivo para dificuldades alimentares na infância e adolescência. Fizeram uso de um protocolo idealizado para assistência ambulatorial de pacientes entre zero e 19 anos com queixas de dificuldades

alimentares, sem diagnósticos psiquiátricos associados e com consentimento dos responsáveis. O protocolo consistiu no atendimento de pediatra, fonoaudióloga e nutricionista em uma mesma consulta, com observação dos atendimentos e discussão multiprofissional posteriormente. Realizaram categorização diagnóstica e de estilos parentais. A análise estatística foi feita via SPSS v21, utilizando frequência de distribuição (%), média ± desvio padrão, teste Qui-quadrado e ANOVA. Consideraram nível de significância em 5%. A amostra foi composta por 56 crianças, 67,9% do sexo masculino, menores de 5 anos (75%), sendo a seletividade alimentar o diagnóstico mais frequente (30%). Em 30% dos casos houve associação a alterações orgânicas. A queixa apresentou surgimento em média aos 18 meses. Foram observadas alterações fonoaudiológicas na fala (29%) e na motricidade oral (32%). A avaliação antropométrica apresentou média de eutrofia, e dietética identificou ingestão de proteínas lácteas acima das recomendações (18g/dia). Concluíram que os resultados sugerem a necessidade de equipe multiprofissional nos casos de dificuldade alimentar na infância e adolescência, destacam também a importância e necessidade de continuidade de estudos na área no país.

Maranhão et al. (2017) analisaram a prevalência de DAP em pré-escolares, sua associação com fatores epidemiológicos, práticas alimentares pregressas e repercussão sobre o estado nutricional. Foi realizado estudo transversal com aplicação de questionário às mães de 301 crianças de dois a seis anos de creches públicas e privadas em Natal, Rio Grande do Norte, em 2014 e 2015. As dificuldades alimentares foram identificadas segundo critérios propostos por Kerzner (2009), incluindo os perfis de “ingestão altamente seletiva”, “criança agitada com baixo apetite”, “fobia alimentar” e “criança com distúrbio psicológico ou negligenciada”. A DAP foi encontrada em 37,2% dos casos analisados, com predomínio de “ingestão altamente seletiva” (25,4%). Não houve associação entre DAP e práticas alimentares. Não houve diferença entre as médias de escore para os grupos com e sem DAP. A faixa etária de cinco a seis anos apresentou maior ocorrência de DAP e filhos de mães com perfil responsivo tiveram menores chances de apresentarem DAP. Concluíram que a DAP foi de alta prevalência. Não houve repercussão sobre o estado nutricional nem associação às práticas alimentares pregressas. Destacaram que o perfil responsivo das mães foi

fator protetor para as DAP e reforçam a importância do aspecto comportamental e da interação entre mãe e filho.

Kozioł-Kozakowska, Piórecka e Schlegel-Zawadzka (2018) analisaram a prevalência de neofobia alimentar (definem o termo como a tendência de rejeitar alimentos desconhecidos ou novos) em pré-escolares, sua associação com hábitos alimentares, consumo e parâmetros antropométricos. Foi realizado estudo transversal, período de 2012 e 2013. Participaram 325 crianças em idade pré-escolar e seus pais. Os autores utilizaram *a A Child Food Neophobia Scale* para avaliar o nível de neofobia alimentar. Medidas antropométricas foram tomadas para determinar o estado nutricional das crianças e o índice de massa corporal foi calculado com base em gráficos de crescimento poloneses. Aplicaram o Wilcoxon e o coeficiente de correlação de classificação de Pearson para comparar o nível de neofobia alimentar e a frequência de consumo de produtos alimentares e ingestão de nutrientes. Dentre os resultados, a neofobia baixa foi observada em 12,3% e neofobia alta em 10,8% das crianças examinadas. Não foram observadas diferenças nos parâmetros antropométricos de acordo com o nível de neofobia alimentar. Concluíram que altos níveis de neofobia estão associados à variação da dieta e podem aumentar o risco de deficiências nutricionais em crianças.

Pados et al. (2021) buscaram sintetizar de forma quantitativa os dados disponíveis sobre a prevalência de dificuldade de alimentação em crianças com idade até 4 anos que nasceram prematuras. Foi realizada busca na literatura nas bases PubMed, CINAHL e PsycInfo. Limitaram a pesquisa somente ao idioma inglês e entre os anos de publicação 2000 a 2020. Para ser incluído, o artigo teve que relatar a prevalência de dificuldade de alimentação oral em crianças nascidas prematuramente, e a idade da criança no momento do estudo estar entre a idade corrigida de termo completo e 48 meses. Dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão, os autores extraíram dados sobre tamanho da amostra e subamostras por idade gestacional e/ou idade da criança no momento do estudo; definição da dificuldade de alimentação; medidas utilizadas para avaliação da alimentação; idade gestacional no momento do nascimento; idade da criança na época do estudo; critérios de exclusão do estudo; e prevalência da dificuldade de alimentação. Foram selecionados 22 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. A prevalência geral foi de 42% de dificuldade de

alimentação. Relataram que a prevalência não foi significativamente distinta entre idade gestacional nem por idade da criança no momento do estudo. Os autores destacam que foram poucos os estudos que utilizaram avaliações psicometricamente sólidas da alimentação. Concluem que a dificuldade alimentar tem alta prevalência em crianças prematuras nos primeiros 4 anos de vida, de forma não associada ao grau de prematuridade. Destacam que os profissionais que atendem esse público devem considerar o rastreamento da dificuldade de alimentação durante a primeira infância.

3.2 Incidência e/ou prevalência de disfagia orofaríngea na infância

Para alguns autores a incidência de disfagia orofaríngea na população pediátrica está aumentando e está relacionada ao crescimento da taxa de sobrevivência dos prematuros, com baixo peso ao nascer e com complexas condições médicas (SILVA-MUNHOZ; BÜHLER; LIMONGI, 2015). Na população pediátrica, esse dado varia de 33% a 80% em crianças com transtornos do desenvolvimento. Ressalta-se que os dados sobre incidência de disfagia orofaríngea na população pediátrica ainda são escassos (LEFTON-GREIF, 2008).

Matsaniotis, Karpouzas e Gregoriou (1967) realizaram um dos primeiros estudos a respeito dos transtornos de deglutição em grupo heterogêneo de crianças com acometimento neurológico. Participaram 27 crianças nascidas a termo as quais tinham histórico de broncopneumonias de repetição, dentre elas 18 com Paralisia Cerebral (PC) atetóide, três com incoordenação faríngea transitória, uma com neuropatia hereditária e cinco delas sem diagnóstico conhecido, sendo nesse grupo levantada hipótese de hipotonia dos músculos faríngeos. Foram utilizadas radiografias para excluir anormalidades anatômicas e verificar o desvio do alimento para as vias aéreas inferiores. Após o estudo, cinco crianças passaram a utilizar sonda para alimentação e na sequência foi introduzida alimentação com mudança na consistência alimentar. Os autores concluíram que indicação de gastrostomia deveria ser considerada em casos mais graves e com pneumonias recorrentes.

Matsaniotis et al. (1971) estudaram o mecanismo da deglutição em 44 crianças, com idades entre 6 dias e 6 meses, que foram internadas por um período de 6 meses na Clínica Pediátrica da Universidade de Atenas devido engasgos ou vômitos

persistentes durante as refeições. Esses bebês passaram por exame físico completo e radiológico. Em cada bebê, o reflexo de vômito, tônus muscular e reflexos tendinosos foram avaliados. Também foi realizada ausculta do tórax durante deglutição. Das 44 crianças avaliadas, 23 delas apresentaram aspiração traqueobrônquica. Concluíram que a incidência de aspiração foi alta, no entanto, declinou com o aumento da idade. Os resultados segundo os autores sugerem que a condição tem um prognóstico benigno e que pode estar relacionada à imaturidade neuromuscular no início da vida.

Reilly, Skuse e Poblete (1996) determinaram a prevalência das dificuldades de alimentação e da disfunção motora oral em 49 crianças com paralisia cerebral (PC) de distintos graus de desempenho motor. A faixa etária foi dentre 12 a 72 meses de idade. O comprometimento motor foi dividido como leve a moderado e moderadamente grave à grave, com base em escala criada pelos autores, por meio de questionário, entrevistas e protocolos de observação do comportamento alimentar nos domicílios. Os autores verificaram que mais de 90% dos casos apresentaram disfunção motora oral sendo que 36,2% foram classificadas como disfunção motora oral grave, 21,3% moderada e 34% leve. Concluíram que a utilização de avaliação padronizada possibilitou encontrar a maioria das crianças com disfunção motora oral clinicamente significativa. As refeições observadas foram mais breves do que o relatado pelas mães, e isso, combinado com a gravidade da disfunção motora oral, dificultava para algumas crianças o alcance da ingestão nutricional satisfatória. Segundo os autores o estudo mostra a importância de observar a alimentação no ambiente domiciliar.

Kohr et al. (2003) estudaram a incidência e os fatores de risco que contribuem para a disfagia em pacientes pediátricos após procedimentos cardíacos devido a intervenções como intubação e ecocardiografia transesofágica. Participaram deste estudo 50 pacientes pós-cirurgia cardiológica. O diagnóstico de disfagia foi feito por fonoaudiólogo por meio de avaliação clínica da deglutição. Foi detectada disfagia em 9 (18%) dos 50 pacientes. Os fatores de risco identificados foram idade inferior a 3 anos, intubação antes da operação, intubação por mais de 7 dias e operação para lesões obstrutivas do lado esquerdo. O tamanho da sonda ecocardiográfica transesofágica em relação ao peso do paciente mostrou-se preditivo de disfagia. Foi observada paralisia de pregas vocais em 4 (8%) dos 50 pacientes no pós-operatório. Fatores relacionados à aspiração ocorreram em 2 pacientes (4%). Na alta, foi indicada alimentação via

sonda nasogástrica em 6 pacientes (12%), e alimentação espessada foi recomendada para 3 (6%) dos 50 pacientes. Concluíram que fatores como idade inferior a 3 anos, tempo de intubação prolongado e operação para obstruções do lado esquerdo foram fatores de risco para disfagia neste estudo, assim como houve relação entre tamanho da sonda de ecocardiografia transesofágica utilizada e peso do paciente. Foi sugerida adequação de sondas, monitoramento de sinais de disfagia pré e pós-operatória com encaminhamento imediato para o fonoaudiólogo, a fim de reduzir a morbidade do paciente, tempo de internação e a necessidade de uso prolongado de sonda nasogástrica.

Jesus, Friche e Cunha (2008) estudaram a prevalência e características da disfagia orofaríngea em pacientes pediátricos atendidos no serviço de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Propuseram identificar as características individuais dos pacientes, os sintomas clínicos de disfagia, o tipo de disfagia e a via de alimentação, além de relacionar a ocorrência de disfagia ao diagnóstico médico, descrever o tempo médio de internação, identificar o número e o tipo de encaminhamentos realizados na ocasião da alta hospitalar. A pesquisa foi realizada por meio de coleta de dados de 49 prontuários de crianças internadas no setor de pediatria e que receberam atendimento fonoaudiológico no ano de 2006. Foram coletados dados referentes às características individuais e clínicas dos pacientes no período de abril a maio de 2008. Os dados foram analisados utilizando os testes Exato de Fisher e Qui Quadrado, considerando nível de significância inferior a 5%. Dos 49 prontuários consultados 24 (49%) pacientes eram do sexo masculino e 25 (51%) do sexo feminino. A idade dos pacientes variou entre 1 dia de vida e 17 anos. A prevalência de disfagia orofaríngea foi de 87,8% (43), sendo que os principais sinais e sintomas encontrados foram: vedamento labial deficiente (46,9%); presença de estase oral (42,9%); sucção débil (28,6%); alteração de mobilidade da língua (26,5%); sialorreia (22,4%); alteração de mobilidade de lábio (20,4%); atraso no disparo do reflexo de deglutição 20,4%; estase em recessos faríngeos (16,3%); penetração (10,2%); aspiração do alimento (10,2%) e presença de engasgos (8,2%). Quanto à via alternativa utilizada para a alimentação, 34 (69,4%) utilizaram sonda nasogástrica e 9 (18,4%) utilizaram via oral exclusiva durante o período de internação; na ocasião da alta hospitalar 27 (60%) utilizaram via oral e 3 (6,1%) utilizaram sonda nasogástrica. O

tempo de internação variou entre 10 e 224 dias, 18 (36,7%) pacientes receberam 1 encaminhamento à alta hospitalar e 1 (2,0%) paciente recebeu 8 encaminhamentos, sendo que os encaminhamentos mais freqüentes foram para neurologista (32,7%), fisioterapia (20,4), fonoaudiólogo (16,3%) e pneumologistas (12,2%). Encontraram associação estatisticamente significante entre disfagia orofaríngea e alterações das fases preparatória, oral, faríngea e alterações estruturais do sistema estomatognático. Concluíram que houve alta prevalência de disfagia nos pacientes atendidos neste serviço.

Lagos-Guimarães et al. (2016) verificaram a ocorrência de pneumonia aspirativa em crianças com PC após Videofluoroscopia de Deglutição (VFD). Foi realizado estudo transversal prospectivo. Participaram 103 crianças com PC, encaminhadas para VFD uma semana após retornarem para exame médico devido sinais e sintomas de pneumonia. O grupo do estudo foi composto por 46 meninas (44,66%) e 57 meninos (55,34%), com idades entre 0 e 14 anos. No total, 84 (81,5%) apresentavam disfagia, sendo 24 (23,3%) graves, 8 (7,7%) moderadas e 52 (50,4%) disfagias leves. Nenhuma das crianças apresentou pneumonia por aspiração ou complicações infecciosas durante VFD ou após o procedimento. Concluíram que na população estudada embora 32 indivíduos tenham apresentado aspiração traqueal durante a VFD não houve nenhum caso de pneumonia aspirativa.

Stanley et al. (2018) verificaram a incidência de disfagia e problemas de alimentação em bebês com Síndrome de Down (SD). Foi realizada revisão retrospectiva de prontuários de 174 bebês, com idades entre 0 e 6 meses, de uma clínica especializada. Encontraram indicativos clínicos de disfagia e problemas de alimentação em 57% (100 de 174) dos bebês, que justificaram o encaminhamento para o *Videofluoroscopic Swallow Study* (VFSS); 96 de 174 (55%) apresentavam algum grau de disfagia oral e/ou faríngea e 69 de 174 (39%) apresentavam disfagia grave o suficiente para justificar a recomendação de alteração da consistência do leite materno, fórmula ou alimentação não oral. Os bebês com determinadas comorbidades tiveram risco significativo de disfagia. Concluíram que todos os bebês com SD devem ser avaliados clinicamente quanto a problemas de alimentação e deglutição. Sendo identificadas alterações, deve-se considerar uma avaliação adicional com VFSS para identificação de disfagia e modificações adicionais na alimentação.

Scott, Lam e MacArthur (2019) descreveram as características, sintomas e prevalência de disfagia em crianças com laringomalácia e examinaram a eficácia da supraglotoplastia na alimentação. Realizaram estudo retrospectivo de pacientes com laringomalácia que participaram de um estudo de deglutição de bário modificado em centro médico pediátrico acadêmico terciário entre 1º de março de 2014 e 1º de março de 2018. Dentre os resultados, das 44 crianças a média de idade foi de 96 dias. Houve predomínio do sexo masculino (66%). A maioria das crianças apresentou estridor (93%) e dificuldade de alimentação (86%), sendo que 50% relataram baixo ganho de peso. Apresentam penetração ou aspiração no estudo de deglutição de bário modificado 57%. Foram submetidos à supragloplastia 57% dos pacientes. No pós-operatório, 92% obtiveram resultados positivos nos sintomas de disfagia. Os autores concluíram que a disfagia foi prevalente entre parte das crianças com laringomalácia. De acordo o estudo, crianças sintomáticas podem se beneficiar de uma avaliação da deglutição para ajudar a determinar a necessidade de outras intervenções e crianças submetidas a supraglopoplastia para laringomalácia podem apresentar resultados positivos no quadro de disfagia, no entanto, os autores sugerem investigação mais aprofundada em busca de resultados mais claros a respeito da supraglotoplastia e seu efeito sob a deglutição.

Hoffmeister, Zaborek e Thibeault (2019) avaliaram a incidência, os fatores de risco e o impacto da disfagia pós-extubação em pacientes pediátricos. Foi realizado um estudo de coorte observacional retrospectivo a amostra conteve 372 pacientes, faixa etária entre 0 a 16 anos internados entre o período de 2011 e 2017. Os pacientes foram incluídos se tivessem sido extubados na unidade de terapia intensiva e alimentados por via oral em 72 horas. Foi feita revisão nos para determinar o quadro da disfagia. Os autores observaram disfagia pós-extubação em 29% dos pacientes. Para cada hora de intubação, a chance de disfagia pós-extubação aumentou 1,7%, idade menor que 25 meses aumentou as chances de disfagia pós-extubação em mais de 2 vezes. Quando controlaram idade, diagnóstico, número de condições crônicas complexas e estado de disfagia, os pacientes com disfagia tiveram um aumento no tempo total de internação de 10,95 dias. A disfagia pós-extubação aumentou as chances de gastrostomia ou sonda nasogástrica no momento da alta. Concluíram que o estudo constatou que a disfagia pós-extubação está associada ao

aumento do tempo entre a extubação e a alta e à chance de gastrostomia ou sonda nasogástrica no momento da alta.

Streppel et al. (2019) identificaram a prevalência e tipo de alterações de deglutição em crianças com cânula de traqueostomia. Realizaram estudo retrospectivo, com 44 crianças submetidas a um tubo de traqueostomia no hospital infantil Erasmus. Foi realizada avaliação por fonoaudióloga especializada. O teste *Modified Evans Blue Dye, o Videofluoroscopic Swallowing Study* e a *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing* foram revisados em relação às diferentes fases da deglutição, em particular os sinais de aspiração. Dentre os resultados, 31 (70%) crianças com cânula de traqueostomia apresentaram problemas na fase oral e/ou faríngea da deglutição. No total, 19 (43%) crianças aspiraram. Concluíram que a maior parte das crianças apresentaram alterações nas distintas fases da deglutição, existindo alto risco de aspiração.

Wong et al. (2020) caracterizaram a disfagia observada em lactentes com síndrome da deleção 22q11.2. Foi realizado estudo restrospectivo revisando prontuários de bebês com síndrome de deleção 22q11.2 submetidos a estudos videofluoroscópicos da deglutição, de 1º de junho de 2008 a 1º de janeiro de 2018 em um hospital infantil terciário. Os autores coletaram dados demográficos e achados videofluoroscópicos da deglutição. Foram identificados 44 pacientes, 52% eram do sexo feminino e a média de idade nos estudos videofluoroscópicos da deglutição foi de 71 dias. No decorrer da vida, 30% dos pacientes tiveram cerca de um episódio de pneumonia, 66% tiveram colocação de sonda nasogástrica e 41% necessitaram de colocação de tubo gastrostomia, 93% apresentavam disfagia na fase oral e 89% disfagia na fase faríngea. Vinte e dois pacientes (50%) demonstraram evidências de penetração. Dezoito pacientes (41%) apresentaram aspiração traqueal. Dos pacientes que apresentaram aspiração traqueal, 83% aspiraram de forma silente, três pacientes (7%) apresentaram disfunção de abertura do esfíncter esofágico superior. Concluíram que maioria dos bebês com síndrome de deleção 22q11.2 encaminhados para estudos de deglutição demonstraram evidência de disfagia nas fases oral e faríngea com alterações na fisiologia da deglutição ainda não documentados em outros estudos segundo os autores. Ressaltaram que mais de 80% das crianças do estudo apresentaram aspiração traqueal "silenciosa". Sugerem que a identificação imediata é

fundamental para essas crianças tenham intervenção precoce e redução de maiores complicações.

3.3 Estudos e instrumentos de rastreamento e/ou avaliação para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância

Jacobi et al. (2003) buscaram validar o conceito de dificuldade alimentar relatada pelos pais, usando medidas baseadas em observações no laboratório, para identificação de precursores da criança e dos pais e concomitantes da dificuldade alimentar. Monitoraram 135 crianças desde o nascimento até 5,5 anos. As medidas comportamentais da dificuldade alimentar foram obtidas a partir de refeições padronizadas com idades de 3,5 e 5,5 anos no laboratório e em casa. Precursores infantis foram às medidas de comportamento de sucção infantil e os precursores dos pais foram à desinibição da alimentação, a restrição alimentar, a insatisfação corporal e o índice de massa corporal. As atitudes e os comportamentos relatados pelos pais, considerados relacionados à escolha e aos concomitantes dos pais, foram retirados do Questionário de Alimentação de Stanford. O temperamento da criança foi avaliado pelo *Children's Behavior Questionnaire*. Os indivíduos dificuldade alimentar ingeriram menos alimentos e tiveram maior probabilidade de evitar vegetais; as meninas com dificuldade alimentar diminuíram sua ingestão calórica entre as idades de 3,5 e 5,5 anos, enquanto todas as outras crianças aumentaram sua ingestão calórica; nenhum dos precursores parentais incluídos estava significativamente relacionado. Identificaram que os indivíduos com dificuldade alimentar demonstraram um padrão de sucção diferente com menos sucções por sessão de alimentação nas semanas 2 e 4. As crianças com dificuldade alimentar apresentaram mais efeitos negativos relatados pelos pais do que as crianças sem dificuldade alimentar. Concluíram que a dificuldade alimentar relatada pelos pais está associada a um padrão consistente de alimentação inibida e seletiva a partir da infância.

Silvério et al. (2005) verificaram a ocorrência das dificuldades alimentares em crianças com mielomeningocele e a importância da atuação fonoaudiológica nestes casos. Foram avaliadas 49 crianças diagnosticadas com mielomeningocele, 21 do gênero masculino e 28 do gênero feminino, entre 8 meses e 3 anos de idade.

Utilizaram para avaliação da alimentação um protocolo criado para o estudo, que foi adaptado do protocolo de avaliação miofuncional orofacial do Setor de Fonoaudiologia da Associação de Assistência à Criança Deficiente de São Paulo. Realizaram avaliação fonoaudiológica da alimentação e, na análise dos dados, elegeram parâmetros referentes à sensibilidade intra-oral, presença de recusa alimentar, náusea e/ou desconforto, e consistência alimentar mais espessa ingerida. Foi observado hipersensibilidade de língua (65,3%) e palato (57,8%), presença de náusea e/ou desconforto (73,5%) e recusa alimentar (79,6%) na maioria das crianças. Verificaram que as alterações apresentadas pelas crianças com mielomeningocele tornam o momento da alimentação ausente de prazer e geram conflitos entre o cuidador e criança. Concluíram que a ocorrência da hipersensibilidade intra-oral e recusa alimentar prejudica a alimentação, sendo de fundamental importância a intervenção fonoaudiológica precoce em crianças com mielomeningocele.

Rocha e Delgado (2007) descreveram a intervenção fonoaudiológica para a adequação da função alimentar por meio da avaliação e tratamento do sistema estomatognático e suas funções. O estudo foi feito a partir do relato de caso de um recém-nascido pré-termo com gastrosquise o qual foi alimentado por sonda, atendido na Neonatologia do Hospital Luterano, no período de 29/03/2005 a 22/04/2005. A avaliação fonoaudiológica foi realizada, seguindo o protocolo padronizado do serviço de Neonatologia. Dentre os itens presentes no protocolo foram citados como fatores de risco a etiologia, uso de via alternativa de alimentação, estado de alerta sucção e deglutição. Encontraram que quanto ao sistema estomatognático a respeito de: postura, conformação e mobilidade dentro da normalidade; reflexos orais presentes; força e ritmo adequados na sucção não nutritiva; alteração na sensibilidade oral com reflexo nauseoso anteriorizado e exacerbado; sinal de estresse de alteração respiratória durante a sucção nutritiva na mamadeira; e dificuldade de pegar o seio materno. No estudo foram realizadas três sessões com intervenção fonoaudiológica, uma vez por semana, sendo a enfermagem orientada a continuidade na estimulação oral nos demais dias. Foram dadas orientações à mãe. Concluíram que o paciente do relato recebeu alta sem alterações orais e mamando no seio materno com complementação de mamadeira. Os autores destacaram a importância do trabalho fonoaudiológico na função alimentar.

Almeida, Bühler e Limongi (2014) desenvolveram o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED) para identificar as alterações na dinâmica da deglutição em crianças, caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração/aspiração laringotraqueal, avaliar o impacto da disfagia na funcionalidade da alimentação e auxiliar o fonoaudiólogo na tomada da conduta. No PAD-PED os autores consideraram todas as etapas do desenvolvimento das funções estomatognáticas e do processo de transição alimentar, desde o primeiro mês de vida até os sete anos e onze meses de idade. Apresentaram como conclusão uma escala de grau de comprometimento para disfagia pediátrica, fornecendo ao fonoaudiólogo parâmetros para a determinação da gravidade da disfagia em cada caso.

Junqueira et al. (2015) relataram um caso clínico de criança com dois anos e seis meses, atendida por equipe multidisciplinar com dificuldades alimentares. O quadro foi caracterizado por recusa alimentar, tempo prolongado das refeições, defesa sensório-oral, reflexo de vômito anteriorizado e dificuldade na mastigação. A criança não se alimentava sozinha, nem participava das refeições familiares. Apresentava refluxo gastroesofágico (RGE) alergia à proteína do leite de vaca e tosse seguida por vômito. Foi realizada avaliação fonoaudiológica por meio de um Programa de Refeição Compartilhada baseando-se em Morris e Klein (2000). Dentre os aspectos contidos no Programa de Refeição Compartilhada consideraram conforto sensório-motor oral, desconforto gastrointestinal-físicos, vivência e rotina alimentar. Após foi definida conduta e planejamento terapêutico. Os autores relataram que a paciente passou a realizar as refeições com a família e participar das rotinas sociais de alimentação. Descreveram que houve redução do tempo de refeição e a que recusa alimentar foi eliminada, com benefícios significativos nos aspectos sensório-motores-orais. Concluíram que o programa utilizado junto à equipe multidisciplinar foi eficaz para o diagnóstico e tratamento da dificuldade alimentar da paciente.

Sheppard, Hochman e Baer (2014) descreveram as propriedades psicométricas do *Dysphagia Disorder Survey (DSS)* desenvolvido para avaliar crianças e adultos. O DDS é dividido em duas partes, onde a primeira descreve aspectos relacionados ao ganho de peso, habilidade de comer sozinho, adaptação de consistências, utensílios e suporte corporal para alimentá-los e a segunda parte abrange a competência alimentar e de deglutição. A amostra foi composta por 654 indivíduos, faixa etária entre 8 e 82

anos, com deficiência intelectual e de desenvolvimento. O DDS demonstrou validade convergente quando comparado aos julgamentos de deglutição e gravidade do quadro de alimentação feitos por especialistas clínicos em deglutição. Concluíram que os resultados do estudo sugerem que o DDS é um teste confiável e válido para identificar e descrever distúrbios de deglutição em crianças e adultos com deficiência de desenvolvimento.

Kerzner et al. (2015) descreveram uma classificação e forma de gerenciamento para dificuldades alimentares pediátricas, unindo considerações mais recentes de especialistas, médicos e psicológicos. Propuseram a representação da alimentação por uma pirâmide, com base nas preocupações expressas pelos pais sobre o comportamento alimentar de seus filhos e classificaram em três principais categorias: aqueles que não comem o suficiente (apetite limitado); aqueles que comem uma variedade inadequada de alimentos (ingestão seletiva); e aqueles com medo de comer (medo de alimentar), tais categorias contém subcategorias com espectro variando de leve a grave. Concluíram que a classificação proposta pode permitir que o profissional tome uma decisão com eficiência.

Toyama e Agras (2016) usaram comportamentos alimentares infantis relatados pelos pais para identificar sua persistência. Os participantes foram coletados da amostra do "*Stanford Infant Growth Study",* um estudo prospectivo do desenvolvimento infantil. Dos 216 bebês, 86 foram identificados com alimentação exigente. Os quais foram separados em dois grupos: seletivos de curto prazo (n = 40) e persistentes (n = 46). Dentre os resultados, o estudo apontou três questões principais e importantes relacionadas à alimentação: "Seu filho é tem alimentação exigente?"; "Ele tem gostos fortes em relação à comida?"; "Seu filho aceita novos alimentos prontamente?" Concluíram que os resultados forneceram a primeira etapa do processo, favorecendo a detecção de alimentação exigente persistente em crianças e possibilitando a intervenção em idade precoce. Os autores sugerem a necessidade de mais estudos.

Soyer et al. (2017) utilizaram o *Pediatric Eating Assessment Tool-10* (pEAT-10) e avaliaram a validade do pEAT-10 para prever aspiração em crianças com atresia esofágica. Foi realizado estudo prospectivo, participaram 40 crianças. As quais foram avaliadas quanto à idade, sexo, tipo de atresia, presença de anomalias associadas, tipo de reparo esofágico, tempo de tratamento definitivo e início da alimentação oral.

Dentre os resultados, a sensibilidade e especificidade de pEAT-10 para prever aspiração foram 88% e 77%, e os valores preditivos positivo e negativo foram 22% e 11%, respectivamente. Concluíram que o pEAT-10 é uma ferramenta válida, simples e confiável para prever a aspiração em crianças com atresia de esôfago. Sugerem que pacientes com pontuações pEAT-10 mais altas devem ser submetidos a avaliação detalhada da deglutição para adequar estratégias de alimentação mais seguras.

Bell et al. (2019) elaboraram e validaram a primeira ferramenta de triagem para dificuldades de alimentação, deglutição e desnutrição destinada a crianças com Paralisia Cerebral (PC). Realizaram estudo observacional transversal, incluíram 89 crianças com PC, 63 sexo masculino e 26 feminino, entre 2 a 19 anos de idade, em todos os níveis da GMFCS (*Gross Motor Functional Classification Scale)*. Crianças com via de alimentação alternativa, hospitalizadas e/ou gravemente doentes foram excluídas. Os pais responderam 33 perguntas sobre as habilidades de alimentação, deglutição e estado nutricional de seus filhos antes das avaliações do estudo. O questionário foi desenvolvido com base nas *'Red Flags'* de Arvedson para dificuldades de alimentação, contribuições de dois painéis consultivos de especialistas internacionais e descobertas anteriores. As perguntas abordaram saúde respiratória, duração da alimentação, estresse associado à alimentação, estado nutricional e fatores gastrointestinais. Uma pergunta sobre o comportamento nas refeições e duas escalas analógicas visuais de 10 cm para a dificuldade geral de comer e a dificuldade geral de beber foram incluídas. A alimentação e deglutição foram avaliadas por fonoaudiólogos especialistas em disfagia, de forma padronizada. Foi feito encaminhamento a VFD quando observaram dois ou mais sinais clínicos sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. A alimentação foi pontuada utilizando o *Dysphagia Disorders Survey (DDS).* O grupo foi classificado como bem nutridas ou desnutridas de moderado a grave, com base na Avaliação Nutricional Global Subjetiva em pediatria. A ferramenta foi validada usando uma abordagem de validação cruzada de 10 vezes, onde o conjunto de dados foi dividido aleatoriamente em 10 subconjuntos mutuamente exclusivos de tamanho aproximadamente igual. Cada um dos 10 subconjuntos foi omitido por vez e as estatísticas de diagnóstico foram calculadas para os dados restantes. Os autores encontraram que as dificuldades alimentares impactaram na segurança da deglutição em 26 crianças (29%) e 26 crianças (29%) estavam

desnutridas moderada ou severamente. A ferramenta final de 4 itens apresentou alta sensibilidade e especificidade para identificar crianças com PC com dificuldades de alimentação e deglutição (81% e 79%, respectivamente) e desnutrição (72% e 75%, respectivamente). A ferramenta identificou com sucesso 100% das crianças com desnutrição grave e 100% daquelas classificadas pelo Sistema de classificação de capacidade de beber nível IV ou V. Concluíram que a ferramenta pode permitir a identificação, avaliação e gerenciamento dos aspectos propostos nas crianças com PC.

Lázaro, Siquara e Pondé (2019) elaboraram itens e realizaram a validade de conteúdo e de uma Escala de Comportamento Alimentar do Autismo. Foi analisada validade do conteúdo por uma equipe multidisciplinar. A escala foi aplicada de forma verbal e individualizada a pais para ajuste semântico. A primeira versão da escala foi respondida por 298 pessoas, após análise dos componentes principais com uma rotação Varimax. Dentre os resultados, dos 53 itens iniciais, 33 mostraram-se válidos para a avaliação e três foram acrescentados, compondo a segunda versão, respondida por 130 pessoas. Dos 35 itens que permaneceram, 26 mostraram-se válidos para a avaliação do atributo e foram distribuídos em sete dimensões: motricidade na mastigação, seletividade alimentar, habilidades nas refeições, comportamento inadequado relacionado às refeições, comportamentos rígidos relacionados à alimentação, comportamento opositor relacionado à alimentação, alergias e intolerância alimentar. A estrutura final da escala ficou composta por 26 itens, distribuídos em sete fatores, apresentando um valor geral de confiabilidade de 0,867. Concluíram que a escala visa identificar as dimensões do comportamento alimentar que se encontram alteradas e pode proporcionar um direcionamento mais específico em relação à terapêutica, sendo possível utilizá-la também para mensurar sua evolução.

Diniz e Fagondes (2019) realizaram estudo para traduzir, adaptar e validar a *Montreal Children´s Hospital Feeding Scale* (MCH-FS) para a Língua Portuguesa do Brasil. A versão brasileira da escala, originalmente validada e testada no Canadá, foi desenvolvida a partir das etapas: (a) tradução, (b) montagem de versão unificada, (c) teste da versão em inglês e da versão unificada em português, (d) retrotradução, (e) análise por *experts* e autora do questionário original, e (f) aplicação da versão final em estudo. A escala foi aplicada em 242 pais/cuidadores responsáveis pela alimentação de crianças, de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, no período compreendido

entre de fevereiro a maio de 2018, sendo 174 no grupo controle e 68 no grupo dos casos. As propriedades psicométricas avaliadas foram validade e confiabilidade. No grupo dos casos, 79% dos pais relataram dificuldades alimentares, e no grupo controle, 13%. Para os autores a versão brasileira da escala MCH-FS apresenta consistência interna com Alpha de Cronbach de 0,79, com o ponto de corte sugerido, que é de 45, sensibilidade do Raw escore foi de 79,4%, especificidade de 86,8%, e a área sob a curva ROC do Raw escore foi de 0,87. Concluíram que os dados obtidos na validação da escala de triagem MCH-FS para o português do Brasil evidenciaram medidas psicométricas adequadas podendo neste contexto ser utilizada para auxiliar a identificação das DAP em crianças brasileiras.

Etges et al. (2020) desenvolveram um Instrumento de Rastreamento para o Risco de Disfagia Pediátrica (IRRD-Ped) para a identificação de crianças com risco para disfagia, em ambiente hospitalar. O IRRD-Ped é constituído por 23 questões após revisão da literatura. Proposto para ser aplicado aos responsáveis. O IRRD-Ped foi enviado a juízes para análise. Para verificar a validade de critério, aplicou-se o IRRD-Ped aos responsáveis por crianças internadas e, posteriormente, realizou-se, com estas crianças, avaliação clínica da deglutição, através do Protocolo de Avaliação da Disfagia Pediátrica (PAD-PED). Os sujeitos foram separados em dois grupos (com disfagia e com deglutição normal), sendo verificada a associação entre as questões do IRRD-Ped e o resultado do PAD-PED, por meio do teste qui-quadrado de Person ou exato de Fisher. Definiu-se o ponto de corte para presença de risco para disfagia através da Curva ROC. A confiabilidade do IRRD-Ped foi verificada pelo coeficiente α de Cronbach. Dentre os resultados, foi constituída uma amostra de 40 crianças com média de idade de 3,7 meses. Verificou-se associação estatisticamente significativa em oito itens do instrumento. O ponto de corte para o risco de disfagia foi de cinco pontos (sensibilidade = 100% e especificidade = 80%). Concluíram que os resultados encontrados foram satisfatórios, dessa forma sugerem o prosseguimento ao processo de validação do IRRD-Ped.

4 MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Instituição Educacional, pelo parecer de número 3.484.417 (Apêndice A). Ressalta-se que todos os critérios éticos foram seguidos.

Todos os participantes receberam informações pertinentes ao projeto, objetivos da pesquisa, explicação detalhada sobre os procedimentos que foram utilizados, resguardo da privacidade, consentimento sobre a participação na pesquisa e a utilização dos dados para fins científicos. Foram também convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2 Etapas da elaboração do Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou de Disfagia Orofaríngea na Infância (RADAPEDI)

A metodologia proposta respaldou-se nos critérios de validade de conteúdo determinados na teoria dos *Standards* sugerida pela *American Educational Association (AERA), American Psychological Association (APA) e National Council on Mensurement in Education (NCME)* (AERA; APA; NCME, 1999). A validade de conteúdo corresponde ao grau de acúmulo de todas as evidências reunidas reforçando a interpretação dos escores do teste proposto, sendo assim constituída pelo conjunto dessas evidências que determinam a confiabilidade da interpretação dos escores dos testes. Dentre os tipos de validade propostos pelos *Standards* foi utilizada neste estudo as evidências baseadas somente no conteúdo.

4.3 Fase 1 - Planejamento e desenvolvimento da primeira versão do Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou de Disfagia Orofaríngea na Infância (RADAPEDI)

Para elaborar a primeira versão do instrumento foi realizada a fase 1. Previamente foram estabelecidas as definições teóricas de rastreamento, dificuldades alimentares pediátricas, seletividade alimentar, recusa alimentar e disfagia orofaríngea.

Foi realizada ampla revisão de literatura, visando verificar todos os possíveis instrumentos de rastreamento, ou até mesmo de avaliação, existentes na literatura para dificuldades alimentares e/ou de deglutição na população infantil. Foram utilizadas bases de dados das principais fontes de informação científica e selecionados os idiomas Inglês e Português, sem restrição da data de publicação. As palavras-chave e descritores utilizados em inglês foram: *feeding behavior; deglutition disorders, feeding, mass screening, validation studies, evaluation, dysphagia, children* e, em português, comportamento alimentar, transtornos de deglutição, alimentação, programas de rastreamento, estudos de validação, avaliação, disfagia, crianças, em distintas combinações para que fosse encontrado o maior número de estudos.

Após a seleção dos artigos foram extraídos todos os itens presentes nos instrumentos e estudos da área saúde que mais se aproximassem do tema dificuldades alimentares pediátricas, disfagia orofaríngea e aspectos recorrentes na literatura que caracterizassem o quadro, visando à construção do instrumento.

Posteriormente, os autores realizaram a revisão das questões a fim de verificar a clareza da redação, bem como se os itens propostos convergiam com os achados da literatura.

4.4 Fase 2 - Investigação das evidências de validade baseadas no conteúdo e desenvolvimento da segunda versão do Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou de Disfagia Orofaríngea na Infância (RADAPEDI)

Na Fase 2 foi realizada investigação da validade de conteúdo. As evidências baseadas no conteúdo procuram a expressão dos itens do teste e investigam se estes abrangem o domínio do que se pretende avaliar. Envolvendo aspectos como tema, escrita, formato dos itens e questões, a serem avaliados por juízes com experiência na área.

Para a validade de conteúdo neste estudo foi realizado convite a um grupo de 10 juízes, composto por profissionais com experiência em dificuldades de alimentação e/ou disfagia orofaríngea infância, sendo eles fonoaudiólogos e/ou das demais áreas da saúde conforme descreve o quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Caracterização da área da titulação, tempo de experiência profissional e profissão dos juízes

Características	**N**	**%**
Titulação		
Somente Graduação	1	10%
Especialização	2	20%
Mestrado	3	30%
Doutorado	4	40%
Tempo de experiência na área de Disfagia e/ou Dificuldades Alimentares Pediátricas		
01 à 09 anos	4	40%
10 à 19 anos	2	20%
Mais de 20 anos	4	40%
Profissão		
Terapeuta Ocupacional	1	10%
Pediatra	1	10%
Fonoaudiólogo	7	70%
Nutricionista	1	10%

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Foi realizado convite via e-mail aos juízes para participação, o qual teve descrita carta explicando os objetivos do estudo, anexo questionário contendo itens para caracterizar sua formação e tempo de experiência profissional, protocolo elaborado para a avaliação da validade de conteúdo e termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices B, C, D e E). Os participantes preencheram e enviaram seus termos de consentimento livre e esclarecido, caracterização acadêmica e profissional e suas análises sobre o instrumento.

Foi realizada orientação aos juízes em relação à análise dos itens, se estes estão adequados ou não, verificando sua clareza e pertinência. Quanto à clareza, foi observada se a estrutura e redação dos itens estavam compreensíveis e se

explicitaram de forma adequada às questões a serem medidas. A respeito da pertinência, os juízes verificaram se os itens retratavam os conceitos envolvidos e se estes tinham relevância para os objetivos propostos. Quando julgaram um item inadequado, os juízes foram orientados a justificarem e sugerirem mudanças no local designado. Foi separado espaço no final do protocolo onde os juízes puderam deixar comentários, acrescentar itens que não foram observados e registrar aspectos considerados importantes por eles e que não estavam no instrumento.

As respostas dos juízes foram analisadas por meio do índice de validade de conteúdo (IVC) para determinação da aceitação das questões pelos juízes. O IVC foi calculado para cada item do instrumento por meio do índice de validade de conteúdo individual (IVC-I) e para o conjunto de itens, por meio do índice de validade de conteúdo total (IVC-T) e foram aceitos valores acima de 0,78. Embora o IVC apresentado tenha sido superior a 0,78 ocorreram sugestões que a banca de especialistas em consenso definiu como a segunda versão do instrumento.

5 RESULTADOS

Os parâmetros que constavam nos estudos e/ou instrumentos revisados na literatura foram descritos com presença (+) ou ausência (-) na tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Parâmetros encontrados nos estudos e/ou instrumentos de rastreamento e de avaliação clínica relacionados às dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância.

Itens	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
Nível de alerta	--	--	+	--	+	+	--	--	--	--	--	--	--
Sucção	+	+	+	+	--	--	--	--	--	--	--	+	--
Dificuldade de deglutição	--	+	--	--	+	+	+	--	+	--	+	--	--
Escape Oral anterior	--	+	--	+	--	--	--	--	--	--	--	--	+
Tosse	--	--	--	+	+	--	+	--	+	--	+	--	+
Vômito	--	+	--	--	+	--	+	--	--	+	+	+	--
Choro ou irritação	--	+	--	--	+	--	--	--	+	+	--	+	--
Doença de base	--	+	+	+	+	--	+	--	--	--	--	--	+
Pneumonia	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	+	--	+
Perda de Peso	--	--	+	+	+	+	+	--	--	--	+	--	+
Cansaço	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	+	--	+
RGE	--	--	--	--	+	--	+	--	--	--	+	--	--
Via alternativa alimentar	--	--	+	+	--	--	--	--	--	--	--	--	+
Mastigação	--	+	--	+	+	+	--	--	--	+	--	+	--
Preferência por alimentos específicos	+	+	--	--	+	+	+	+	--	+	+	--	--
Aceitação de novos alimentos	+	--	--	--	+	--	+	+	--	+	--	--	--
Demanda de repetição da oferta	--	--	--	--	+	--	--	+	--	--	--	+	--
Aceitação de tocar e provar	--	--	--	--	+	--	+	--	--	--	--	--	--
Seleção de alimentos por tempo determinado	--	--	--	--	+	--	--	+	--	+	--	--	--
Participação das refeições em família	--	--	--	--	+	--	--	--	--	--	--	+	--
Fuga, luta ou medo	--	+	--	--	--	--	+	--	--	--	--	--	--
Não aceitação devido textura, sabor ou temperatura	--	+	--	+	--	--	+	--	--	--	--	--	--
Tempo para alimentar-se	+	--	--	+	--	--	+	+	--	+	+	+	+
Impacto na nutricional no crescimento e desenvolvimento	--	--	--	+	+	+	+	--	+	--	+	+	--
Utensílios	--	--	--	+	+	+	--	--	--	+	--	--	--
Estresse familiar durante refeição	+	--	--	--	+	--	+	--	--	--	+	+	--

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Legenda: 1-Jacobi et al. (2003); 2-Silvério et al. (2005); 3-Rocha e Delgado (2007); 4- Almeida, Bühler e Limongi (2014); 5-Junqueira et al. (2015); 6-Sheppard, Hochman e Baer (2014); 7-Kerzner et al. (2015); 8-Toyama e Agras (2016); 9-Soyer et al. (2017); 10-Lázaro, Siquara e Pondé (2019); 11-Bell et al. (2019); 12-Diniz; Fagondes (2019); 13-Etges et al. (2020). + presente – ausente.

Quadro 2 – Frequência dos parâmetros relacionados presentes nos estudos e/ou instrumentos de rastreamento para dificuldades pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância.

Itens	**Frequência dos itens**
1. Nível de alerta	3 (23,07%)
2. Sucção	5 (38,46%)
3. Dificuldade de Deglutição	6 (46,15%)
4. Escape Oral Anterior	3 (23,07%)
5. Tosse	6 (46,15%)
6. Vômito	6 (46,15%)
7. Choro ou Irritação	5 (38,46%)
8. Doença de base	6 (46,15%)
9. Pneumonia	2 (15,38%)
10. Perda de Peso	7 (53,84%)
11. Cansaço	2 (15,38%)
12. RGE	3 (23,07%)
13. Via alternativa alimentar	3 (23,07%)
14. Mastigação	6 (46,15%)
15. Preferência por alimentos específicos	8 (61,53%)
16. Aceitação de novos alimentos	5 (38,46%)
17. Demanda de repetição da oferta	3 (23,07%)
18. Aceitação de tocar e provar	2 (15,38%)
19. Seleção de alimentos por tempo determinado	3 (23,07%)
20. Participação das refeições em família	2 (15,38%)
21. Fuga, luta ou medo	2 (15,38%)
22. Não aceitação devido textura, sabor ou temperatura	3 (23,07%)
23. Tempo para alimentar-se	8 (61,53%)
24. Impacto nutricional, no crescimento e desenvolvimento	7 (53,84%)
25. Utensílios	4 (30,76%)
26. Estresse familiar durante refeição	5 (38,46%)

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

A seguir no Quadro 3 segue a versão 1 do instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância após a revisão de literatura.

Quadro 3 – Questões presentes no instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância após a revisão de literatura e posteriormente encaminhada ao grupo de juízes.

Questões
1-Mantém-se alerta durante alimentação?
2-Tem dificuldade para sugar?
3-Tem dificuldade para engolir algum alimento?
4-Ao se alimentar, escorre alimento para fora da boca?
5-Tosse antes, durante ou após alimentação?
6-Vomita antes, durante ou após alimentação?
7-Chora ou se irrita durante a alimentação?
8-Tem alguma doença?
9-Já teve pneumonia?
10-Perdeu peso?
11-Apresenta cansaço após a alimentação?
12-Sente a comida voltar para a garganta (refluxo)?
13-Usa via alternativa de alimentação?
14-Refere dificuldade para mastigar algum tipo de alimento?
15-Tem preferência por alimentos específicos?
16-Aceita experimentar novos alimentos?
17-Requer várias apresentações para aceitar novos alimentos?
18-Toca ou prova novos alimentos?
19-Seleciona determinados alimentos por certo tempo?
20-Participa das refeições em família?
21-Tem comportamento de luta, fuga ou medo quando novos alimentos são apresentados?
22-Não aceita determinados alimentos pelo tipo de textura, sabor ou temperatura?
23-Leva muito tempo para terminar uma refeição? (20 minutos, 30 minutos, 40 minutos ou mais)?
24-Há alteração no seu estado nutricional, no crescimento e desenvolvimento?

25-Utiliza os mesmos utensílios nas refeições?

26-A hora da refeição é estressante para a família?

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

Os resultados da análise dos juízes serão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Índices de validação de conteúdo do instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância.

Item	**Número de juízes que consideraram a questão adequada**	**IVC-I**
1-Mantém-se alerta durante alimentação?	10	1,00
2-Tem dificuldade para sugar?	10	1,00
3-Tem dificuldade para engolir algum alimento?	10	1,00
4-Ao se alimentar, escorre alimento para fora da boca?	10	1,00
5-Tosse antes, durante ou após alimentação?	10	1,00
6-Vomita antes, durante ou após alimentação?	10	1,00
7-Chora ou se irrita durante a alimentação?	10	1,00
8-Tem alguma doença?	9	0,90
9-Já teve pneumonia?	10	1,00
10-Perdeu peso?	10	1,00
11-Apresenta cansaço após a alimentação?	10	1,00
12-Sente a comida voltar para a garganta (refluxo)?	10	1,00
13-Usa via alternativa de alimentação?	9	0,90
14-Refere dificuldade para mastigar algum tipo de alimento?	10	1,00
15-Tem preferência por alimentos específicos?	10	1,00
16-Aceita experimentar novos alimentos?	10	1,00
17-Requer várias apresentações para aceitar novos alimentos?	10	1,00
18-Toca ou prova novos alimentos?	10	1,00
19-Seleciona determinados alimentos por certo tempo?	10	1,00
20-Participa das refeições em família?	10	1,00
21-Tem comportamento de luta, fuga ou medo quando novos alimentos são apresentados?	10	1,00
22-Não aceita determinados alimentos pelo tipo de textura, sabor ou temperatura?	10	1,00
23-Leva muito tempo para terminar uma refeição? (20 minutos, 30 minutos, 40 minutos ou mais)?	10	1,00
24-Há alteração no seu estado nutricional, no	9	0,90

crescimento e desenvolvimento?		
25-Utiliza os mesmos utensílios nas refeições?	9	0,90
26-A hora da refeição é estressante para a família?	9	0,90
	IVC-T	**1,00**

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

Conforme apresentado na tabela 2 observou-se que o IVC-I variou de 0,90 a 1,0 e o IVC-T foi de 1,00.

As descrições realizadas pelos juízes sobre a análise de conteúdo para cada questão encontram-se nos Quadros 4a e 4b.

Quadro 4a – Descrição das sugestões dadas pelos juízes nas questões do instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância

Questões	Número de juízes que consideraram a questão inadequada	Sugestões juízes
1-Mantém-se alerta durante alimentação?	0	- A resposta “sim” nesta questão é positiva sendo na maioria das questões negativa. Sugiro modificar a pergunta e tornar a resposta “sim” como negativa; - Acho a palavra “alerta” pouco óbvia para os pais, talvez seja melhor rever e usar uma mais específica, como atento ou algo parecido.
2-Tem dificuldade para sugar?	0	- Caso o protocolo envolver bebê sugiro inserir os termos seio e/ou mamadeira; - Especificar que se aplica a crianças que usam mamadeira ou canudo.
3-Tem dificuldade para engolir algum alimento?	0	-
4-Ao se alimentar, escorre alimento para fora da boca?	0	-
5-Tosse antes, durante ou após alimentação?	0	-
6-Vomita antes, durante ou após alimentação?	0	-
7-Chora ou se irrita durante a alimentação?	0	-
8-Tem alguma doença?	1	- Ter doença é uma pergunta genérica e faz parte da anamnese. Para um instrumento de rastreamento seria melhor perguntas voltadas para os sintomas iniciais; - Sugiro especificar doenças por sistemas (ex.: doença respiratória? Doença gastrointestinal?) ou deixar uma parte aberta para especificação.
9-Já teve pneumonia?	0	- Ter pneumonia muitas crianças têm, sem ter relação nenhuma com alimentação. Sugiro remeter ao episódio de engasgo, após vomitar ou refluxo.
10-Perdeu peso?	0	- Pergunta relevante, mas mal construída tem que haver relação com a dificuldade alimentar porque uma simples gripe a criança perde peso; - Sugiro a pergunta abranger se o paciente perde peso com facilidade ou se ao longo da vida houve flutuação de peso. Assim conseguiremos identificar a dificuldade com o peso mesmo que no momento da aplicação deste rastreio o individuo não esteja em perda de peso. - A questão 24 já aborda o aspecto nutricional colocaria a questão do peso junto a essa questão.

11-Apresenta cansaço após a alimentação?	0	-
12-Sente a comida voltar para a garganta (refluxo)?	0	- Sugiro colocar: “apresenta sinais de refluxo? Ex.: irritabilidade durante/após as refeições, regurgitação, etc. - Adequaria a pergunta uma vez que sente refere a sensação da criança e não observação da mãe, talvez colocar percebe a comida voltar.
13-Usa via alternativa de alimentação?	1	- Quem usa via alternativa de alimentação não precisa ser rastreada, mas tratada; - Sugiro colocar também no passado “usa/usou VAA?”, visto que histórico de uso também poderia afetar o aprendizado alimentar, mesmo que não no momento atual;

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

Quadro 4b – Descrição das sugestões dadas pelos juízes nas questões do instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância.

Questões	**Número de juízes que consideraram a questão inadequada**	**Sugestões juízes**
14-Refere dificuldade para mastigar algum tipo de alimento?	0	-
15-Tem preferência por alimentos específicos?	0	-
16-Aceita experimentar novos alimentos?	0	- A resposta “sim” nesta questão é positiva sendo na maioria das questões negativa. Sugiro modificar a pergunta e tornar a resposta “sim” como negativa.
17-Requer várias apresentações para aceitar novos alimentos?	0	- Essa pergunta é detalhada na questão 21 e 22.
18-Toca ou prova novos alimentos?	0	- Sugiro colocar apenas “prova novos alimentos?”; - A resposta “sim” nesta questão é positiva sendo na maioria das questões negativa. Sugiro modificar a pergunta e tornar a resposta “sim” como negativa; - Acredito ser melhor colocar somente “tocar” o alimento, pois já perguntou acima se aceita experimentar. Tocar e provar são coisas bem diferentes.
19-Seleciona determinados alimentos por certo tempo?	0	-
20-Participa das refeições em família?	0	- A resposta “sim” nesta questão é positiva sendo na maioria das questões negativa. Sugiro modificar a pergunta e tornar a resposta “sim” como negativa; -Adequar a pergunta não está muito clara.
21-Tem comportamento de luta, fuga ou medo quando novos alimentos são apresentados?	0	- Detalha a questão 17.
22-Não aceita determinados alimentos pelo tipo de textura, sabor ou temperatura?	0	- Detalha a questão 18; - Sugiro separar em 03 perguntas: cheiro? Sabor? Temperatura?.
23-Leva muito tempo para terminar uma refeição? (20 minutos, 30 minutos, 40 minutos ou mais)?	0	- Sugiro colocar apenas como referência “mais de 30 minutos”; - Acho que fica muito aberto 20 min, 30 min ou 40. 20 minutos não é tempo prolongado na minha visão; - Para mim não fica claro qual o tempo deve-se considerar adequado: 20min, 30min, 40 min?
24-Há alteração no seu estado nutricional, no crescimento e desenvolvimento?	1	- Questão muito genérica, se você quer rastrear famílias de diferentes contextos sociodemográficos ela é um complicador; - Sugiro separar em duas perguntas: Alteração nutricional? Alteração de desenvolvimento? - Verificar a possibilidade de colocar a questão perda de peso junto a essa; - Desmembraria a questão aqui também. Desenvolvimento em outra pergunta.

25-Utiliza os mesmos utensílios nas refeições?	1	- Questão dúbia, muitas crianças utilizam o mesmo utensílio por estar em desenvolvimento de suas habilidades psicomotoras; - Incluiria a palavra “sempre”: Utiliza “SEMPRE” os mesmos utensílios nas refeições?
26-A hora da refeição é estressante para a família?	1	- Acho que todas as perguntas têm que estar voltadas para o entrevistado; -Acrescentaria a pergunta: Quem o alimenta no dia-a-dia? Come com quem? Come com outras pessoas?

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

Embora as 26 questões tenham sido consideradas adequadas pela maioria dos juízes, foram sugeridos ajustes na elaboração em 17 (65,38%) questões das 26 (100%).

Quadro 5 – Modificações realizadas na elaboração das questões após sugestões dos juízes e concordância entre a banca de especialistas

Questões – versão 1	**Questões – versão 2**
1. Mantém-se alerta durante alimentação?	*1.* ***Mantém-se atento durante alimentação?(modificada)***
2. Tem dificuldade para sugar?	2. Tem dificuldade para sugar?
3. Tem dificuldade para engolir algum alimento?	3. Tem dificuldade para engolir algum alimento?
4. Ao se alimentar, escorre alimento para fora da boca?	4. Ao se alimentar, escorre alimento para fora da boca?
5. Tosse antes, durante ou após alimentação?	5. Tosse antes, durante ou após alimentação?
6. Vomita antes, durante ou após alimentação?	6. Vomita antes, durante ou após alimentação?
7. Chora ou se irrita durante a alimentação?	7. Chora ou se irrita durante a alimentação?
8. Tem alguma doença?	*8.* ***Tem alguma doença neurológica, gastroenterológica ou outra?(modificada)***
9. Já teve pneumonia?	*9.* ***Tem pneumonias frequentes?(modificada)***
10. Perdeu peso?	*10.* **Tem dificuldade para ganhar peso*?(modificada)***
11. Apresenta cansaço após a alimentação?	*11.* ***Apresenta cansaço após a alimentação? (retirada)***
12. Sente a comida voltar para a garganta (refluxo)?	*12.* **Sente a comida voltar para a garganta (*refluxo)? (retirada)***
13. Usa via alternativa de alimentação?	*13.* ***Usa ou usou via alternativa de alimentação?(modificada)***
14. Refere dificuldade para mastigar algum tipo de alimento?	*14.* Refere dificuldade para mastigar algum tipo de alimento?
15. Tem preferência por alimentos específicos?	*15.* Tem preferência por alimentos específicos?
16. Aceita experimentar novos alimentos?	*16.* **Tem dificuldade para experimentar novos alimentos*?(modificada)***
17. Requer várias apresentações para aceitar novos alimentos?	*17.* ***Requer várias apresentações para aceitar novos alimentos? (retirada)***
18. Toca ou prova novos alimentos?	*18.* ***Toca ou prova novos alimentos? (retirada)***
19. Seleciona determinados alimentos por certo tempo?	*19.* ***Escolhe comer alimentos por certo***
20. Participa das refeições em família?	
21. Tem comportamento de luta, fuga ou medo quando novos alimentos são apresentados?	
22. Não aceita determinados alimentos pelo tipo de textura, sabor ou temperatura?	
23. Leva muito tempo para terminar uma refeição? (20	

minutos, 30 minutos, 40 minutos ou mais)? 24. Há alteração no seu estado nutricional, no crescimento e desenvolvimento? 25. Utiliza os mesmos utensílios nas refeições? 26. A hora da refeição é estressante para a família?	***tempo?(modificada)*** *20.* ***Tem dificuldade em participar das refeições em família?(modificada)*** *21.* Tem comportamento de luta, fuga ou medo quando novos alimentos são apresentados? *22.* ***Tem dificuldades para aceitar alimentos pela textura, sabor ou temperatura? (retirada)*** *23.* ***Leva mais que 30 minutos para terminar a refeição? (modificada)*** *24.* ***Há alteração no estado nutricional e no crescimento?(retirada)*** *25.* ***Utiliza os mesmos utensílios nas refeições? (retirada)*** *26.* **A hora da refeição da criança é estressante para a família*?(modificada)***

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

Quadro 6 – Questões após análise das sugestões dos juízes e consenso entre os especialistas

Questões
1. Mantém-se atento durante alimentação?
2. Tem dificuldade para sugar?
3. Tem dificuldade para engolir algum alimento?
4. Ao se alimentar, escorre alimento para fora da boca?
5. Tosse antes, durante ou após alimentação?
6. Vomita antes, durante ou após alimentação?
7. Chora ou se irrita durante a alimentação?
8. Tem alguma doença neurológica, gastroenterológica ou outra?
9. Tem pneumonias frequentes?
10. Tem dificuldade para ganhar peso?
11. Usa ou usou via alternativa de alimentação?
12. Refere dificuldade para mastigar algum tipo de alimento?
13. Tem preferência por alimentos específicos?
14. Tem dificuldade para experimentar novos alimentos?
15. Escolhe comer alimentos por certo tempo?
16. Tem dificuldade em participar das refeições em família?
17. Tem comportamento de luta, fuga ou medo quando novos alimentos são apresentados?
18. Leva mais que 30 minutos para terminar a refeição?
19. À hora da refeição da criança é estressante para a família?

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Foram realizadas modificações na elaboração das perguntas pela comissão de especialista em 10 perguntas e sete foram excluídas finalizando a terceira versão do instrumento nesta etapa de validação com 19 questões.

6 DISCUSSÃO

A disfagia orofaríngea na infância e as dificuldades alimentares pediátricas têm sido estudadas ao longo das últimas décadas, frequentemente de forma isolada e desconsiderando os contextos associados entre a deglutição e a alimentação. No que se refere ao rastreamento da disfagia orofaríngea os instrumentos atuais se concentram em sua maioria para identificar este sintoma na população adulta (MARTINO et al., 2009; SCHROCK et al., 2011; ALMEIDA et al., 2017). Quanto aos instrumentos destinados às dificuldades alimentares pediátricas, estes são escassos e quando presentes em sua maioria não cumpriram todas as etapas de validação psicométrica. Deve-se levar em consideração que a acurácia de um instrumento de rastreamento depende de rigoroso processo de validação, e este demanda tempo e conhecimento teórico sobre o assunto da área e a respeito da metodologia de validação psicométrica de instrumentos de rastreamento ou avaliação para conclusão.

O presente estudo propôs e validou o conteúdo de um instrumento, que poderá ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde, para rastrear pacientes com dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea pediátrica e encaminhá-los, caso seja constatada a identificação do risco, para a avaliação específica que deve ser realizada por um profissional especializado.

Esta discussão inicial abordará a construção dos parâmetros incluídos no instrumento e que constituem o processo de validade de conteúdo do instrumento. Para a construção do instrumento em estudo foram selecionados parâmetros relacionados a aspectos de deglutição e alimentação encontrados nos estudos e/ou instrumentos de rastreamento e/ou avaliação existentes dentro do tema para essa população. Constatou-se que os parâmetros mais freqüentemente encontrados foram o tempo para alimentar-se, preferência por alimentos específicos, dificuldade de deglutição, mastigação, tosse, vômito, perda de peso, doença de base e impacto nutricional, no crescimento e desenvolvimento, evidenciando a importância destes aspectos para a detecção destas alterações (ALMEIDA; BÜHLER; LIMONGI, 2014; ETGES et al., 2020; DINIZ; FAGONDES, 2019). Uma análise mais detalhada dos aspectos mais frequentemente citados nos instrumentos que serviram de base para o constructo desta proposta evidencia que há sempre muito mais citação de aspectos

específicos da dinâmica da deglutição que do comportamento alimentar das crianças, dificultando que exista um rastreamento mais amplo das condições gerais de alimentação e deglutição da criança.

Por sua vez, os parâmetros menos freqüentes observados foram relacionados ao nível de alerta, aceitação para tocar e provar alimentos, fuga, luta ou medo, participação das refeições em família, demanda na repetição da oferta, seleção dos alimentos por determinado tempo, escape oral anterior, pneumonia, refluxo gastroesofágico, via alternativa de alimentação, cansaço, não aceitação devido textura, sabor ou temperatura. Considerando parte dos aspectos menos freqüentemente encontrados nos instrumentos observa-se que as questões do comportamento alimentar são pouco valorizadas no contexto da investigação das dificuldades de deglutição e/ou alimentação. No caso da disfagia orofaríngea é compreensível a ausência das questões comportamentais uma vez que está consolidado que a alteração está no mecanismo da biomecânica da deglutição. Por outro lado, quando estes aspectos não estão contidos em um rastreamento global para a primeira infância, envolvendo questões que possam interferir não somente na deglutição, mas na alimentação, muitos são os casos de dificuldades alimentares pediátricas que ficarão sem diagnóstico precoce (JUNQUEIRA et al, 2015; LAZARO; SIQUARA; PONDE, 2019). Esta questão ratifica o fato de que na prática com a população infantil sempre houve maior preocupação com questões físicas como peso, estatura e quantidade de ingestão de aporte calórico do que as questões psíquicas que permeiam o comportamento alimentar como recusa, fuga e atitudes familiares frente ao processo da alimentação.

Assim, a versão do instrumento de rastreamento originada após revisão da literatura foi composta por 26 questões que foram analisadas pelos juízes especialistas para avaliação da validade de conteúdo. Após análise dos juízes o IVC-I variou de 0,90 a 1,0 mostrando que houve relevante aceitação do conteúdo estruturado nesta etapa. Em comparação a outros estudos sobre validação de instrumentos na área, este achado é discordante da literatura uma vez que em alguns destes outros as análises obtiveram resultados que não atingiram o valor mínimo proposto, indicando maior exclusão de questões ou quando esse valor foi atingido notou-se que foram em sua maioria menor do que o observado neste estudo (PEDREIRA et al., 2016; REVORÊDO

et. al., 2016; ALMEIDA, et. al., 2017). O alto valor do IVC-I desde a primeira versão do RADAPEDI talvez deva ser compreendido no contexto da minuciosa busca pela literatura, bem como pela interface entre os dois diagnósticos a serem rastreados. A presença de sinais presentes nos distúrbios alimentares pediátricos e na disfagia orofaríngea infantil, embora diferentes em alguns aspectos, evidencia particularidades como em questões que envolvem tempo de alimentação, preferência ou aceitação por determinadas consistências e outros. Por outro lado, embora haja convergência em algumas das questões, são as questões específicas centradas no desempenho da deglutição e no desempenho do comportamento alimentar quem garantem o adequado conteúdo para um rastreamento completo.

No entanto, embora em relação ao conteúdo do instrumento os juízes tenham acordado sobre a importância das questões propostas, em 17 (65,38%) questões foram realizadas sugestões centradas na reformulação da pergunta. As sugestões destes juízes para a estruturação gramatical das perguntas foram analisadas pela banca de especialistas, que em consenso reformularam e até mesmo excluíram algumas perguntas.

Esta alta concordância, tanto entre os juízes quanto entre a banca, pode ser reflexo do grande tempo de experiência e formação dos juízes deste estudo nos assuntos abordados. Este aspecto pode ter contribuído para que todos analisassem de homogênea os aspectos recorrentes e relevantes para compor os itens do instrumento proposto nesta etapa de validação. A importância do *expertise* dos juízes e da banca de especialistas no processo de validação de um instrumento é aspecto recorrente nos estudos com este delineamento sugerindo que isto pode proporcionar maior acurácia na avaliação do instrumento (MELO et al., 2011).

Para potencializar a reflexão, ressalta-se que uma das limitações encontradas no desenvolvimento deste estudo esteve relacionada à ausência de consenso sobre as terminologias usadas na definição das dificuldades alimentares pediátricas. Esse processo trouxe dificuldade para a seleção dos estudos envolvendo a DAP, evidenciando ausência de consenso e o que pode trazer ao pesquisador, e até mesmo profissionais da área clínica que buscam mais conhecimento e fundamento, dificuldade na caracterização deste quadro infantil. Outro aspecto trata-se de que neste estudo não

foi possível aprofundar outras etapas de validação do instrumento, o que não nos permite saber a acurácia de sua aplicabilidade.

Por fim, e considerando que este estudo propõe auxiliar os profissionais da área da saúde na detecção das dificuldades alimentares pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância por meio de um instrumento único, espera-se que ao término da validação o instrumento seja confiável o bastante para permitir maiores chances de que a criança receba um encaminhamento ao atendimento especializado e adequado de forma precoce, minimizando o impacto dessas condições na vida desses indivíduos e de suas famílias.

7 CONCLUSÃO

O instrumento de rastreamento para dificuldades alimentares pediátricas e/ou de disfagia orofaríngea possui validade de conteúdo, porém necessita de validação completa para que possa ser utilizado com acurácia para rastrear e encaminhar precocemente essa população para o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

ADAMS, H. P.; *et al*. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke. **Stroke**, Dallas, v. 34, n. 4, p. 1056-1083, abr. 2003.

ALMEIDA, C. A. N.; *et al*. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. **Moreira Jr Editora**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 9, p.340-348, set. 2012.

ALMEIDA, F. C. F.; BÜHLER, K. E. B.; LIMONGI, S. C. O. Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED). Barueri: **Pró-Fono**, 2014.

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.

AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION; AMERICAN PSYCHOLOGY ASSOCIATION; NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION. **Standards for educational and psychological testing.** New York: American EducationalResearch Association, 1999.

ARTS-RODAS, D.; BENOIT, D. Feeding problems in infancy and early childhood: Identification and management. **Paediatrics & Child Health**, Canadá, v. 3, n. 1, p.21-27, 1 jan. 1998.

ASHCROFT, J.; *et al*. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. **EuropeanJournal Of Clinical Nutrition**, London, v. 62, n. 8, p. 985-990, 8 ago. 2007.

BELL, K. L.; *et al*. Development and validation of a screening tool for feeding/swallowing difficulties and undernutrition in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology, Brisbane**, v. 61, n. 10, p. 1175-1181, abr. 2019.

BIRCH, L. L.; FISHER, J. O. Development of eating behaviors among children and adolescents. **American Academy Of Pediatrics, Pennsylvania**, v. 101, n. 2, p. 539-549, jan. 1998.

BOROWITZ, K. C.; BOROWITZ, S. M. Feeding Problems in Infants and Children. **Pediatric Clinics Of North America**, United States, v. 65, n. 1, p.59-72, fev. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, DF, 2010.

CARRUTH, B. R.; *et al*. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. **Journal Of The American Dietetic Association, Cleveland**, v. 104, p. 57-64, jan. 2004.

CLAVÉ, P.; *et al*. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. **Alimentary Pharmacology And Therapeutics**, England, v. 24, n. 9, p.1385-1394, nov. 2006.

COLE, N. C.; *et al*. Home feeding environment and picky eating behavior in preschool-aged children: a prospective analysis. **Eating Behaviors**, Urbana, v. 30, p. 76-82, ago. 2018.

DANIELS, S. K.; ANDERSON, J. A.; WILLSON, P. C. Valid Items for Screening Dysphagia Risk in Patients With Stroke. **Stroke**, Dallas, v. 43, n. 3, p.892-897, mar. 2012.

DINIZ, P. B.; FAGONDES, S. C. **Adaptação transcultural e validação da escala Montreal Children´s Hospital Feeding Scale para o português falado no Brasil**. 2019. 75 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

DOVEY, T. M.; *et al*. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: **A review. Appetite**, United Kingdom, v. 50, n. 2-3, p.181-193, mar. 2008.

ETGES, C. L.; BARBOSA, L. R.; CARDOSO, M. C. A. F. Desenvolvimento do Instrumento de Rastreio Para o Risco de Disfagia Pediátrica (IRRD-Ped). **Codas**, Porto Alegre, v. 32, n. 5, p. 1-8, mar. 2020.

FAITH, M. S. et al. Child Food Neophobia Is Heritable, Associated With Less Compliant Eating, and Moderates Familial Resemblance for BMI. **Obesity**, United States, v. 21, n. 8, p.1650-1655, 2 jul. 2013.

FISBERG, M. Editorial: Feeding Difficulties in Children and Adolescents. **Frontiers In Pediatrics**, Otago, v. 6, p.1-2, 4 mai. 2018.

GODAY, P. S.; *et al.* Pediatric Feeding Disorder. **Journal Of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**, Milwaukee, v. 68, n. 1, p. 124-129, jan. 2019.

GREER, A. J. *et al*. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. **Journal Of Pediatric Psychology,** United States, v. 33, n. 6, p.612-620, 23 out. 2007.

HAFNER, G.; *et al*. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in intensive care unit patients. **European Archives Of Oto-rhino-laryngology**, Germany, v. 265, n. 4, p.441-446, 30 out. 2007.

HOFFMEISTER, J.; ZABOREK, N.; THIBEAULT, S. L. Postextubation Dysphagia in Pediatric Populations: incidence, risk factors, and outcomes. **The Journal Of Pediatrics, Madison**, v. 211, p. 126-133, ago. 2019.

HYMAN, P. E. Gastroesophageal reflux: One reason why baby won't eat. **The Journal Of Pediatrics**, Torrance, v. 125, n. 6, p.103-109, dez. 1994.

JACOBI, C.; *et al*. Behavioral Validation, Precursors, and Concomitants of Picky Eating in Childhood. **Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry**, Palo Alto, v. 42, n. 1, p. 76-84, jan. 2003.

JESUS, L. C.; FRICHE, A. A. L.; CUNHA, V. G. G. **Prevalência e Características da Disfagia em Pacientes Pediátricos Atendidos pelo Serviço de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. 2008. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

JUNQUEIRA, P. Seletividade ou dificuldade alimentar, entenda a diferença. São Paulo: **Instituto Infantil**, 2018. Disponível em: https://institutoinfantil.com.br/seletividade-ou-dificuldade-alimentar-entenda-a-diferenca. Acesso em: 16 out. 2018.

JUNQUEIRA, P.; *et al*. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 1004-1011, jun. 2015.

KERWIN, M. E.; *et al.* Parental Report of Eating Problems and Gastrointestinal Symptoms in Children With Pervasive Developmental Disorders. **Children'S Health Care**, New Jersey, v. 34, n. 3, p. 217-234, set. 2005.

KERZNER, B.; *et al.* A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. **Pediatrics**, Washington, v. 135, n. 2, p. 344-353, 5 jan. 2015.

KERZNER, B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. **Clinical pediatrics**, Washington, v. 48, n. 9, p. 960-965, jul. 2009.

KOHR, L. M.; *et al*. The incidence of dysphagia in pediatric patients after open heart procedures with transesophageal echocardiography. **The Annals Of Thoracic Surgery**, Chicago, v. 76, n. 5, p. 1450-1456, nov. 2003.

KOZIOŁ-KOZAKOWSKA, A.; PIÓRECKA, B.; SCHLEGEL-ZAWADZKA, M. Prevalence of food neophobia in pre-school children from southern Poland and its association with eating habits, dietary intake and anthropometric parameters: a cross-sectional study. **Public Health Nutrition**, Cracóvia, v. 21, n. 6, p. 1106-1114, 18 dez. 2018.

LAGOS-GUIMARÃES, H. N. C.; *et al*. Aspiration pneumonia in children with cerebral palsy after videofluoroscopic swallowing study. **Int Arch Otorhinolaryngol**., v. 20, n. 2, p. 132–137, 2016.

LAZARO, C. P.; SIQUARA, G. M.; PONDE, M. P. Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação. **J. bras. psiquiatr**., Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. 191-199, dez. 2019.

LEFTON-GREIF, M. A. Pediatric Dysphagia. **Physical Medicine And Rehabilitation Clinics Of North America**, Baltimore, v. 19, n. 4, p. 837-851, nov. 2008.

LINDBERG, L.; *et al*. Early food refusal: infant and family characteristics. **Infant Mental Health Journal**, Uppsala, v. 15, n. 3, p. 262-277, 1994.

LUCHESI, K. F.; CAMPOS, B. M.; MITUUTI, C.T. Identificação das alterações de deglutição: percepção de pacientes com doenças neurodegenerativas. **Codas**, Florianópolis, v. 30, n. 6, p.1-10, 29 nov. 2018.

MANIKAM, R.; PERMAN, J. A. Pediatric Feeding Disorders. **Journal Of Clinical Gastroenterology**, Baltimore, v. 30, n. 1, p.34-46, jan. 2000.

MANNO, C. J.; *et al*. Early oral-motor interventions for pediatric feeding problems: What, when and how. **Journal Of Early And Intensive Behavior Intervention**, New Jersey, v. 2, n. 3, p.145-159, 2005.

MARANHÃO, H. S.; *et al*. Dificuldades Alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. **Revista Paulista de Pediatria**, Natal, v. 36, n. 1, p. 45-51, 30 out. 2017.

MARTINO, R.; *et al*. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST). **Stroke**, Toronto, v. 40, n. 2, p. 555-561, fev. 2009.

MASCOLA, A.J.; BRYSON, S. W.; AGRAS, W. S. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. **Eating Behaviors,** Palo Alto, v. 11, n. 4, p. 253-257, dez. 2010.

MATSANIOTIS, N.; KARPOUZAS, J.; GREGORIOU, M.. Difficulty in swallowing, with aspiration pneumonia in infancy. **Archives Of Disease In Childhood**, Atenas, v. 42, n. 223, p. 308-310, 1 jun. 1967.

MATSANIOTIS, N.; *et al*. Aspiration Due to Difficulty in Swallowing. **Archives Of Disease In Childhood**, Atenas, v. 46, n. 250, p. 788-790, 1 dez. 1971.

MATSUO, K.; PALMER, J. B. Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. **Physical Medicine And Rehabilitation Clinics Of North America**, Baltimore, v. 19, n. 4, p.691-707, nov. 2008.

MAXIMINO, P.; *et al.* How to monitor children with feeding difficulties in a multidisciplinary scope? Multidisciplinary care protocol for children and adolescents – pilot study. **Journal Of Human Growth And Development**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 331-340, 28 nov. 2016.

MEYER, R.; *et al*. Feeding difficulties in children with food protein-induced gastrointestinal allergies. **Journal Of Gastroenterology And Hepatology**, Londres, v. 29, n. 10, p. 1764-1769, out. 2014.

MELO, R. P*. et. al*. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-31, jun. 2011.

MODING, K. J.; STIFTER, C. A. Temperamental approach/withdrawal and food neophobia in early childhood: Concurrent and longitudinal associations. **Appetite**, United States, v. 107, p.654-662, dez. 2016.

MORRIS S. E.; KLEIN M. D. Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development. **Pro-ed**; 2000.

NESI, G. A.; FRANCO, M. R.; CAPEL, L. M. M. A disbiose da microbiota intestinal, sua associação no desenvolvimento de doenças neurodegenerativas e seus possíveis tratamentos. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 63306-63326, ago. 2020.

OLIVE, M. L. Assessment & Intervention for Young Children With Non Physiological Feeding Concerns Melissa L. Olive, Ph.D., University of Texas at Austin. **Young Exceptional Children**, Austin, v. 7, n. 4, p.10-19, jul. 2004.

ORTIZ, K. Z. **Distúrbios Neurológicos Adquiridos**: Fala e Deglutição. São Paulo: Manole, 2010.

ÖSTBERG, M.; HAGELIN, E. Feeding and sleeping problems in infancy - a follow-up at early school age. Child: Care, **Health and Development**, Uppsala, v. 37, n. 1, p.11-25, 9 dez. 2010.

PADOS, B. F.; *et al.* Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: a meta-analysis. **Bmc Pediatrics**, Londres, v. 21, n. 1, p. 1-15, 6 mar. 2021.

PATEL, M.; *et al*. An evaluation of food type and texture in the treatment of a feeding problem. **Journal Of Applied Behavior Analysis**, Inglaterra, v. 35, n. 2, p.183-186, 2002.

PEDREIRA, R. B. S.; *et al*. Content validity of the Geriatric Health Assessment Instrument. **Einstein (São Paulo)**, Jequié, v. 14, n. 2, p. 158-177, jun. 2016.

PERRY, R.; *et al*. Food neophobia and its association with diet quality and weight in children aged 24 months: a cross sectional study. **International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity**, London, v. 12, n. 1, p.12-13, 2015.

PLINER, P.; LOEWEN, E. R. Temperament and Food Neophobia in Children and their Mothers. **Appetite**, Toronto, v. 28, n. 3, p. 239-254, jun. 1997.

QUIGLEY, E. M. M. Microbiota-brain-gut axis and neurodegenerative diseases. **Current neurology and neuroscience reports**, v.17, n.12, p. 94, 2017.

REILLY, S.; SKUSE, D.; POBLETE, X. Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey. **The Journal Of Pediatrics**, Londres, v. 129, n. 6, p. 877-882, dez. 1996.

REVORÊDO, L. S.; *et al*. Validação de conteúdo de um instrumento para identificação de violência contra criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, Natal, v. 29, n. 2, p. 205-217, abr. 2016.

ROCHA, M. S.; DELGADO, S. E. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo com gastrosquise. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 55-62, mar. 2007.

SANTINI, S. C. Disfagia neurogênica. *In*: FURKIN, A. M.; SANTINI, C. R. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró Fono, 2001.

SCOTT, B. L.; LAM, D.; MACARTHUR, C. Laryngomalacia and Swallow Dysfunction. **Ear, Nose & Throat Journal**, Portland, v. 98, n. 10, p. 613-616, 23 maio 2019.

SCHROCK, J. W.; *et al*. A Novel Emergency Department Dysphagia Screen for Patients Presenting With Acute Stroke. **Academic Emergency Medicine**, Hoboken, v. 18, n. 6, p. 584-589, jun. 2011.

SHEPPARD, J.J.; HOCHMAN, R.; BAER, C. The Dysphagia Disorder Survey: validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability. **Research In Developmental Disabilities**, Nova Jersey, v. 35, n. 5, p. 929-942, maio 2014.

SILVA-MUNHOZ, L. F.; BÜHLER, K. E. B.; LIMONGI, S. C. O. Comparison between clinical and videofluoroscopic evaluation of swallowing in children with suspected dysphagia. **Codas**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 186-192, abr. 2015.

SILVÉRIO, C. C.; SANT'ANNA T. P.; OLIVEIRA, M. F. Ocorrência de dificuldades alimentares em crianças com mielomeningocele. **Revista CEFAC**, v. 7, p. 75-81, fev. 2005.

SILVESTRE, C. M. R. F. **O diálogo entre o cérebro e o intestino: qual o papel dos probióticos?: revisão de literatura.** Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2016.

SOYER, T.; *et al*. Pediatric Eating Assessment Tool-10 as an indicator to predict aspiration in children with esophageal atresia. **Journal Of Pediatric Surgery**, Ancara, v. 52, n. 10, p. 1576-1579, out. 2017.

STANLEY, M. A.; *et al*. Clinical identification of feeding and swallowing disorders in 0–6 month old infants with Down syndrome. **American Journal Of Medical Genetics Part A**, Indianapolis, v. 179, n. 2, p. 177-182, 27 dez. 2018.

STREPPEL, M.; *et al*. Swallowing problems in children with a tracheostomy tube. **International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology**, Roterdão, v. 124, p. 30-33, set. 2019.

SULLIVAN, P.; *et al*. Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. **Developmental Medicine & Child Neurology**, United Kingdom, v. 42, n. 10, p.674-680, 13 fev. 2007.

TODOROV, J. C. Sobre uma definição de comportamento. **Perspectivas**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 32-37, 2012.

TOYAMA, H.; AGRAS, W. S. A test to identify persistent picky eaters. **Eating Behaviors**, Palo Alto, v. 23, p. 66-69, dez. 2016.

VIANA, V; SANTOS, P. L.; GUIMARAES, M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 9, n. 2, p. 209-231, 2008.

WILLIAMS, K. E.; RIEGEL, K; KERWIN, M. L. Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood: How Often Is It Seen in Feeding Programs? **Children's Health Care**, Hershey, v. 38, n. 2, p.123-136, 10 abr. 2009.

WONG, N. S.; *et al*. Patterns of Dysphagia and Airway Protection in Infants with 22q11.2 - Deletion Syndrome. **The Laryngoscope**, Austin, v. 130, n. 11, p. 2532-2536, 11 out. 2020.

WRIGHT, C. M.; *et al*. How Do Toddler Eating Problems Relate to Their Eating Behavior, Food Preferences, and Growth? **Pediatrics**, Reino Unido, v. 120, n. 4, p. 1069-1075, 1 out. 2007.

Apêndice A

UNESP - FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS - CAMPUS DE MARÍLIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE RASTREIO PARA DIFICULDADES DE ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA

Pesquisador: VITORIA OLIVEIRA SANTOS NETA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15321719.7.0000.5406

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.484.417

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de para o desenvolvimento de validação instrumento científico rastreador no auxiliar do disgnóstico das disfagia orofaríngea nas quais está presente a história pregressa de recusa alimentar. Será sequenciados em três fases: o primeiro momento estará voltados a verificação dos fatores de risco para recusa alimentar e disfagia orofaríngea na população infantil e o rastreio literário existentes; o segundo instrumento se debruça sobre o instrumento para a investigação da validade de conteúdo, realizadas por um grupo de especialistas da área de aderência restrita ao assunto; na última fase (terceira etapa), destina-se ao convite e ao aceite dos profissionais da área da saúde e posterior calibração dos participantes aos objetivos do instrumentos metodológicos. O pesquisador fará as entrevistas, com os respectivos profissionais, de forma individual após cada aplicação. Utilizará escala estruturada e validada de 3 pontos para quantificar as repostas: a) entendi a questão e como aplicar e não tive dúvidas; b) entendi a questão parcialmente e tive dúvidas e/ou dificuldades de compreender a questão e/ou como aplicar e c) não entendi a questão e/ou não soube aplicar. O pesquisador fará as entrevistas direcionadas e a estruturação do instrumento proposto.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem como objetivo a elaboração e validação de conteúdo e o processo de respostas de um instrumento de rastreio para identificar das dificuldades de alimentação e transtornos de

UNESP - FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS - CAMPUS DE MARÍLIA

Continuação do Parecer: 3.494.417

deglutição, na primeira infância;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Considerando o modelo do estudo não se observa riscos aos participantes;

A propositura do presente projeto destaca a relevância no desenvolvimento do instrumento proposto para o rastreio precoce para alternativa auxiliadora para o disgnóstico das disfagia orofaríngea nas quais está presente a história pregressa a recusa alimentar na população alvo pesquisada;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
O presente estudo encontra-se bem delineado com metodologia validada de respaldo literário atualizado. Trata-se de objeto relevante a população alvo e justificativa e resultados esperados coerentes;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Os documentos e termos estão em consonância a resolução 466/12 e suas complementares;

Recomendações:
Não se aplica;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não há pendências ou inadequações. Sugiro a APROVAÇÃO do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:
O CEP da FFC da UNESP de MARÍLIA, em reunião ordinária de 03/07/2019, após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 466/2012, 510/2016 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa, resolve APROVAR o projeto de pesquisa VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE RASTREIO PARA DIFICULDADES DE ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1363166.pdf	09/06/2019 18:06:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JZPS.pdf	09/06/2019 17:52:34	VITORIA OLIVEIRA SANTOS NETA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostopbassinada_vitoria.pdf	06/06/2019 14:17:44	VITORIA OLIVEIRA SANTOS NETA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_plataforma.pdf	04/06/2019 23:36:51	VITORIA OLIVEIRA SANTOS NETA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/05/2019 13:01:42	VITORIA OLIVEIRA SANTOS NETA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

MARILIA, 04 de Agosto de 2019

Assinado por:
SIMONE APARECIDA CAPELLINI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 17.525-900
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)3402-1346 **E-mail:** cep.marilia@unesp.br

UNESP - FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS - CAMPUS DE MARÍLIA

Continuação do Parecer: 3.494.417

Endereço: Av. Hygino Muzzi Filho, 737
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 17.525-900
UF: SP **Município:** MARILIA
Telefone: (14)3402-1346 **E-mail:** cep.marilia@unesp.br

Apêndice B

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO-UNESP MARÍLIA-SP

Rastreio para Identificar Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou Transtornos de Deglutição na Infância (RADAPEDI)

Vitória Oliveira Santos Neta, Patrícia Junqueira e Roberta Gonçalves da Silva

Dados de identificação dos juízes:

Nome:	Idade:
Titulação:	Ano:
Tempo de experiência em disfagia, dificuldades alimentares infantis e/ou neurologia:	Local:

Apêndice C

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO-UNESP MARÍLIA-SP

Rastreio para Identificar Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou Transtornos de Deglutição na Infância (RADAPEDI)

Vitória Oliveira Santos Neta, Patrícia Junqueira e Roberta Gonçalves da Silva

Nome: **DN/ Idade:**
Sexo:

Data aplicação: **Local:**
Nome/área profissional:

QUESTÕES:

1. Mantém-se alerta durante alimentação? SIM ___ NÃO ___
2. Tem dificuldade para sugar? SIM ___ NÃO ___
3. Tem dificuldade para engolir algum alimento? SIM ___ NÃO ___
4. Ao se alimentar, escorre alimento para fora da boca? SIM ___ NÃO ___
5. Tosse antes, durante ou após alimentação? SIM ___ NÃO ___
6. Vomita antes, durante ou após alimentação? SIM ___ NÃO ___
7. Chora ou se irrita durante a alimentação? SIM ___ NÃO ___
8. Tem alguma doença? SIM ___ NÃO ___
9. Já teve pneumonia? SIM ___ NÃO ___
10. Perdeu peso? SIM ___ NÃO ___
11. Apresenta cansaço após a alimentação? SIM ___ NÃO ___
12. Sente a comida voltar para a garganta (refluxo)? SIM ___ NÃO ___
13. Usa via alternativa de alimentação? SIM ___ NÃO ___
14. Refere dificuldade para mastigar algum tipo de alimento? SIM ___ NÃO

15. Tem preferência por alimentos específicos? SIM ___ NÃO ___ÀS VEZES___
16. Aceita experimentar novos alimentos? SIM ___ NÃO ___ÀS VEZES___
17. Requer várias apresentações para aceitar novos alimentos? SIM ___ NÃO ___
18. Toca ou prova novos alimentos? SIM ___ NÃO ___ÀS VEZES___
19. Seleciona determinados alimentos por certo tempo? SIM ___ NÃO___
20. Participa das refeições em família? SIM ___ NÃO ___ÀS VEZES___
21. Tem comportamento de luta, fuga ou medo quando novos alimentos são apresentados? SIM ___ NÃO ___ÀS VEZES___
22. Não aceita determinados alimentos pelo tipo de textura, sabor ou temperatura? SIM ___ NÃO ___ÀS VEZES___
23. Leva muito tempo para terminar uma refeição? (20 minutos, 30 minutos, 40 minutos ou mais)? SIM ___ NÃO ___
24. Há alteração no seu estado nutricional, no crescimento e desenvolvimento? SIM ___ NÃO ___
25. Utiliza os mesmos utensílios nas refeições? SIM ___ NÃO ___

26. A hora da refeição é estressante para a família? SIM ___ NÃO ___

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO-UNESP MARILIA-SP

Rastreio para Identificar Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou Transtornos de Deglutição na Infância (RADAPEDI)

Vitória Oliveira Santos Neta, Patrícia Junqueira e Roberta Gonçalves da Silva

PROTOCOLO ELABORADO PARA AVALIAÇÃO DO CONTÉUDO:

A seguir estão os itens a serem preenchidos referentes a cada questão. Deve ser verificado se estes estão adequados ou não, observando sua clareza e pertinência.

Quando julgar um item inadequado, poderá justificar e sugerir mudanças no local designado.

Questão 1: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Questão 2: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Questão 3: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Questão 4: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Questão 5: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Questão 6: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Questão 7: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Questão 8: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Questão 9: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 10: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 11: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 12: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 13: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 14: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 15: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 16: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 17: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 18: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 19: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 20: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 21: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 22: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 23: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 24: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 25: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Item 26: Responda sim caso tenha observado a presença do tópico abordado no item, e não para ausência deste.

Estruturação coerente:	Sim ( )	Não ( )
Relevante:	Sim ( )	Não ( )
Se não, justifique no espaço a seguir:		

Apêndice D

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Campus de Marília

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Esclarecimentos:

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr (a). está sendo convidado a participar da pesquisa: **"Validação de Conteúdo de Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou Disfagia orofaríngea na Infância"** que tem por objetivo elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de rastreamento para identificar dificuldades alimentares pediátricas e/ou transtornos de deglutição na infância. Essa pesquisa será realizada com fonoaudiólogos e outros profissionais da área da saúde.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em ser juiz avaliador do instrumento relacionado a dificuldades de alimentação e deglutição na infância. O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser devidamente assinado. Os dados poderão ser divulgados em congressos, teses de mestrado ou doutorado e artigos científicos sempre resguardando a identidade dos voluntários.

O(a) Sr(a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Certa em contar com a sua colaboração, me coloco à disposição para quaisquer dúvidas e esclarecimentos.

Vitória Oliveira Santos Neta (19) 981792832.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li, sobre a pesquisa: "Validação de Conteúdo de Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância". Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Eu_____portador do RG_____, concordo em participar voluntariamente de parte da pesquisa "Validação de Conteúdo de Instrumento de Rastreamento para Dificuldades Alimentares Pediátricas e/ou disfagia orofaríngea na infância". Fui esclarecido(a) que posso desistir a qualquer momento, retirando meu consentimento sem que isso traga me prejuízo ou penalidade de nenhuma natureza e que a minha identidade será preservada. Concedo também o direito de retenção e uso dos dados para fins de ensino, divulgação em periódicos e/ou revistas científicas do Brasil e do exterior, mantendo a confidencialidade sobre a minha identidade.

Assinatura:_____Data**:**_____/____/___