

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS – FFC

CAMPUS MARÍLIA

NATHÁLIA ANASTOPULOS DOS SANTOS

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBO ALIMENTAR PEDIÁTRICO E/OU DISFAGIA
OROFARÍNGEA EM AMBIENTE HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Marília – São Paulo

2025

NATHÁLIA ANASTOPULOS DOS SANTOS

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBO ALIMENTAR PEDIÁTRICO E/OU DISFAGIA
OROFARÍNGEA EM AMBIENTE HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC), Campus Marília, para obtenção do título de Doutor(a) em Ciências da Saúde e Comunicação humana.

Área de concentração: Comunicação Humana

Orientador: Prof^ª Dra. Roberta Gonçalves da Silva

Coorientadora: Dra. Déborah Salle Levy

Marília – São Paulo

2025

S237p Santos, Nathália Anastopulos dos
Prevalência de distúrbio alimentar pediátrico e/ou disfagia
orofaríngea em ambiente hospitalar de alta complexidade / Nathália
Anastopulos dos Santos. -- Marília, 2025
139 p.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília
Orientador: Roberta Gonçalves da Silva
Coorientador: Déborah Salle Levy

1. Comportamento Alimentar. 2. Transtorno de deglutição. 3.
Pediátrico. 4. Hospitalar. 5. Pediatria. I. Título.

NATHÁLIA ANASTOPULOS DOS SANTOS

PREVALÊNCIA DE DISTÚRPIO ALIMENTAR PEDIÁTRICO E/OU DISFAGIA
OROFARÍNGEA EM AMBIENTE HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde e Comunicação Humana.

Data da Defesa: Marília, 05 de novembro de 2025

BANCA EXAMINADORA

Orientador:

Profa. Dra. Roberta Gonçalves da Silva. Professor Livre Docente da Graduação e Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Ciências da Saúde e Comunicação Humana do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-FFC/UNESP-Marília-SP.

2º Examinador:

Profa. Dra. Luciana Pinato, Professor Livre Docente da Graduação e Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Ciências da Saúde e Comunicação Humana do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho-FFC/UNESP-Marília-SP.

3º Examinador:

Dra. Sheila Tamanini de Almeida, Docente do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre - Rio Grande do Sul

4º Examinador:

Dr. Ricardo Katsuya Toma, Docente do PG Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Pediatria

Marília – 2025

DEDICATÓRIA

Com todo meu amor e gratidão, dedico esta tese de doutorado a todos os pacientes que cruzaram e que irão cruzar o meu caminho, às suas famílias que confiaram/confiam em meu cuidado e aos momentos de aprendizado e crescimento que compartilhamos juntos.

Em especial, presto homenagem a duas luzes, **Bento Risse e Samuel Rocha** (*in memorian*), que mesmo não estando mais entre nós, deixaram um legado impactante em minha jornada profissional e na minha decisão de seguir este caminho. Esta conquista é também um tributo à memória de vocês. Dedico esta tese também aos pais do Bento Risse, **Mariana e Rafael**, e à mãe do Samuel Rocha, **Andressa**, que mesmo em um dos momentos mais difíceis de suas vidas sempre me apoiaram e encorajaram a estar aqui. Os anos se passaram e não esqueço vocês.

Ao meu Companheiro **Leonardo**, por todo amor, cuidado, disponibilidade, paciência e incentivo para estar aqui hoje. Você e o **Philip** são a minha fortaleza e a personificação do amor incondicional.

Aos meus pais **Carla e José** que mesmo na distância se fazem presentes em todos os meus passos acadêmicos, e que sempre incentivaram a criança sonhadora e curiosa que fui, sempre lembro das falas durante as brincadeiras de que um dia eu me tornaria pesquisadora. Essa conquista também é de vocês.

Aos meus compadres, **Fabiana Yamamoto e Victor Barbieri**, pais da Jóia que me inspira a amar cada vez mais o desenvolvimento infantil meu Afilhado **Pedro**, vocês são presentes em minha vida. Minha tese também é dedicada à vocês que estiveram lado

a lado, me animando nas pausas, incentivando e compreendendo a minha ausência, amo vocês.

Que esta Tese seja um reflexo do compromisso que tenho com a excelência, a compaixão e a dedicação àqueles que inspiram meu trabalho diariamente, vocês!

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi possível graças ao apoio, inspiração e parceria de pessoas especiais que caminharam ao meu lado durante esta jornada científica e pessoal.

À minha orientadora, **Profª Dra. Roberta Gonçalves da Silva**, minha profunda gratidão por ter plantado em meu coração, desde os primeiros passos da graduação e na pesquisa, o amor pela Ciência e pela área em que atuo. Sua trajetória me inspira como mulher, líder e pesquisadora, sendo um exemplo de excelência e humanidade.

À minha co-orientadora, **Dra. Deborah Salle Levy**, pelo olhar clínico sensível e dedicado à população pediátrica, que tanto admiro. Sua força, disponibilidade e comprometimento foram essenciais para a construção deste trabalho e para meu crescimento profissional.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Comunicação Humana** e à **Unesp/Marília**, minha casa desde a graduação, meu agradecimento e carinho por serem o solo onde minhas raízes acadêmicas cresceram e floresceram.

Às professoras que compuseram minha banca examinadora de qualificação de mestrado, **Profa. Dra. Luciana Pinato**, **Dra. Sheila Tamanini de Almeida**, **Dra. Janaina Alencar**, pelas valiosas contribuições e pelo olhar atento à minha pesquisa e por confiarem neste trabalho e me levarem para o momento mais especial de toda minha trajetória acadêmica e profissional que foi a passagem direto para o Doutorado.

À minha banca de qualificação do Doutorado, **Prof^ª. Dra. Célia Maria Giacheti, Dra. Raquel Coube e Dra. Lisiane Barbosa**, agradeço por terem dedicado seu tempo à leitura e análise deste trabalho. Suas contribuições criteriosas, observações que foram essenciais para o aprimoramento deste trabalho e percurso acadêmico.

À minha banca de defesa do Doutorado, **Prof^ª. Dra. Luciana Pinato, Dra. Sheila Tamanini e Dr. Ricardo Toma**, expresso meu agradecimento pelas análises criteriosas e pelas contribuições de elevado rigor acadêmico e clínico, que enriquecem a discussão desta tese e ampliam a consistência metodológica e teórica do estudo

À querida **Dra. Carolina Castelli Silvério**, que, ainda em 2019, acreditou em mim e me incentivou a retornar à Universidade. Sua amizade e apoio constante foram fundamentais para que eu acreditasse que este sonho era possível.

Novamente agradeço a **Dra. Sheila Tamanni de Almeida**, presente em tantos momentos e que a paixão pela pesquisa e pela pediatria uniu de forma tão potente que essa parceria siga nos levando a muitos países, cidades e conquistas.

Aos colegas de trabalho, diretoria e chefia do **Hospital Samaritano Higienópolis**, meu sincero agradecimento por viabilizarem a realização desta pesquisa. Em especial à **Dra. Cintia Toledo** e à **Ms. Luiza Spezzano**, pelo suporte generoso e confiança no meu trabalho.

Aos membros do **Laboratório de Disfagia – LADis UNESP**, pelo companheirismo e troca de saberes ao longo da pós-graduação. Em especial à minha amiga **Dra. Thais Alves**, por sua escuta, amizade e apoio constantes.

Ao meu parceiro de Pós-graduação, **Dr. José Henrique Quirino Moura**, com quem compartilhei aulas, viagens, estudos e tantos dias intensos ao longo destes quatro anos. Sua parceria tornou essa caminhada mais leve, rica e feliz.

Aos amigos que a vida acadêmica e clínica me presenteou, e que compartilharam comigo o amor pela pediatria e pelas pequenas e grandes vitórias destes anos, **Marina Kozik, Ana Carolina Batezini e Ms. Bibiana Fuzer**, meu carinho e gratidão.

Aos meus colegas e amigos, parceiros na clínica da criança com Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP), que contribuíram de forma essencial para a construção desta tese e da minha prática clínica, os gastropediatras **Dr. Gabriel Benevides, Dra. Rafaella Monterlai e Dr. Ricardo Toma**, ao neurologista pediátrico **Dr. Ciro Matsui**, às otorrinolaringologistas **Dra. Dayse Mairinque e Dra. Janaina Rezende**, à pediatra e pneumologista **Dra. Simone Aguiar**, e à nutricionista **Dyandra Loureiro**, meu profundo agradecimento pelo compromisso conjunto com a assistência integral às crianças com DAP. Na clínica da criança com Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), sou grata aos psiquiatras **Dr. Vivaldo Ferreira e Dr. Wagner Gurgel**, às nutricionistas **Dra. Maria Luiza Petty e Ms. Juliana Bergamo**, a terapeuta ocupacional **Carolina Antunes** e à psicóloga **Dra. Maíra Colombarolli**, por caminharmos juntos em uma abordagem verdadeiramente transdisciplinar e centrada na criança. Às minhas parceiras diárias na Clínica, **Fga. Emilia Oliveira e Fga. Gabriela Vieira**, meu carinho e reconhecimento pela dedicação, troca constante e presença diária na construção de um atendimento ético,

acolhedor e tecnicamente sólido. Vocês todos fizeram parte da construção desta tese, da minha trajetória profissional e da essência da minha clínica. Juntos, formamos um grupo único e comprometido, que orgulhosamente chamo de *feeding group*. Obrigada por todas as discussões e por tanto!

Epígrafe

“Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia - se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos.”

(Paulo Freire)

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

(Portaria UNESP no 117/2022 e Instrução AT/PROPG no 02 de 02/12/2022)

Esta pesquisa investiga a alimentação e a deglutição em crianças internadas em um hospital de alta complexidade, com foco na prevalência, características e inter-relações do distúrbio alimentar pediátrico (DAP) e da disfagia orofaríngea (DOP). Ao abordar a importância do diagnóstico precoce e assertivo, o estudo busca sensibilizar profissionais de saúde, familiares e a sociedade sobre a complexidade desses distúrbios e a necessidade de encaminhamento adequado. Além disso, ressalta a relevância de compreender aspectos epidemiológicos para identificar grupos de risco, orientar estratégias de intervenção e otimizar recursos em saúde. A pesquisa também evidencia lacunas na padronização terminológica e na produção científica da área, propondo-se a contribuir para avanços na prática clínica, nas políticas públicas e na construção de diretrizes futuras que impactarão diretamente a sociedade.

**POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH
(UNESP Ordinance No. 117/2022 and AT/PROPG Instruction No. 02 of December 2, 2022)**

This research investigates feeding and swallowing in children hospitalized in a high-complexity hospital, with a focus on the prevalence, characteristics, and interrelationships between Pediatric Feeding Disorder (PFD) and Oropharyngeal Dysphagia (OD). By addressing the importance of early and accurate diagnosis, the study aims to raise awareness among health professionals, families, and society about the complexity of these disorders and the need for appropriate referral pathways. In addition, it highlights the relevance of understanding epidemiological aspects to identify at-risk groups, guide intervention strategies, and optimize health care resources. The research also underscores gaps in terminological standardization and in the scientific output of the field, proposing to contribute to advances in clinical practice, public health policies, and the development of future guidelines that will have a direct impact on society.

RESUMO

Introdução: Os processos de alimentação e deglutição estão intrinsecamente unidos na população infantil, e a presença de distúrbio alimentar pediátrico (DAP) e/ou disfagia orofaríngea (DOP) possui prevalência variável e dependente de fatores múltiplos, com ausência de estudos epidemiológicos robustos que possam conduzir práticas de rastreamento e diagnóstico mais assertivas. **Objetivo:** Identificar, caracterizar e comparar a prevalência de distúrbio alimentar pediátrico e disfagia orofaríngea em lactentes e crianças atendidos em um Hospital de alta complexidade. **Método:** Estudo clínico transversal, observacional, descritivo e retrospectivo-prospectivo, com amostra de conveniência de crianças de 28 dias de vida a 8 anos. Foram selecionadas 1040 avaliações clínicas da alimentação/deglutição do banco de dados institucional e após os critérios de exclusão a amostra foi composta por 400 registros. Após a avaliação da alimentação e/ou deglutição foi aplicada a definição operacional dos diagnósticos, agrupamento dos resultados em grupos com DAP e sem DAP. Para análise estatística foram aplicados, média, mediana e desvio padrão, para as idades. Foram utilizados frequência relativa (percentual), teste Z de duas proporções, o teste Mann-Whitney e o teste de Qui-Quadrado. **Resultado:** A média de idade foi de 1,84 anos (mediana: 1,08; DP: 1,81), sexo masculino (60,5%), diagnósticos etiológicos destacando-se as doenças respiratórias (49,5%) e as neurológicas (34%). A prevalência de DAP (70,8%), com ou sem disfagia, foi maior que de crianças somente com DOP (29,3%) estatisticamente significativa ($p < 0.001$) e o grau de comprometimento da deglutição e do nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição foram variáveis. Quando comparados os grupos com DAP e sem DAP constatou-se que houve diferença estatística significativa para algumas variáveis, tipos de doenças e o nível das escalas de classificação se manteve variável entre os grupos. **Conclusão:** O DAP é uma condição frequente na população pediátrica em Hospital de alta complexidade, com ou sem disfagia orofaríngea e com distintos níveis de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição e grau de comprometimento da deglutição.

Palavras-chave: Comportamento alimentar, deglutição; transtorno de deglutição; pediátrico; epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: The feeding and swallowing processes are intrinsically connected in the child population, and the presence of pediatric feeding disorder (PFD) and/or pediatric oropharyngeal dysphagia (POD) has a variable prevalence and depends on multiple factors, with a lack of robust epidemiological studies that could conduct more assertive screening and diagnosis practices. **Objective:** To identify, characterize, and compare the prevalence of pediatric feeding disorders and oropharyngeal dysphagia in infants and children treated in a highly complex hospital. **Method:** Cross-sectional, observational, descriptive, and retrospective-prospective clinical study, with a convenience sample of children aged 28 days to 8 years. 1040 clinical evaluations of feeding/swallowing were selected from the institutional database and after the exclusion criteria, the sample consisted of 400 records. The assessment of feeding and/or swallowing was carried out with the operational definition of diagnoses, grouping the results into with PFD and without PFD, and for statistical analysis, mean, median, and standard deviation were applied for the ages. Relative frequency (percentage), the two-proportion Z test, the Mann-Whitney test, and the Chi-Square test were used. **Result:** The average age was 1.84 years (median: 1.08; SD: 1.81), male (60.5%), with etiological diagnoses highlighting respiratory diseases (49.5%) and neurological (34%). The prevalence of PFD (70.8%), with or without dysphagia, was higher than that of children only with POD (29.3%), statistically significant ($p < 0.001$) and the degree of swallowing impairment and level of performance of the feeding and/or swallowing were variable. When comparing the groups with PFD and without PFD, it was found that there was a significant statistical difference for some variables, and types of diseases and the level of the classification scales remained variable between the groups. **Conclusion:** Pediatric feeding disorders are a common condition in the pediatric population in highly complex hospitals, with or without oropharyngeal dysphagia and with different levels of feeding and/or swallowing performance and degree of swallowing impairment.

Keywords: Feeding behavior, deglutition; deglutition disorders, pediatric, epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1: *Steps in clinical or bedside feeding and swallowing evaluation for infants and children*64

Figura 2: Fluxograma das etapas de desenvolvimento metodológico.....77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população pediátrica por idade

Tabela 2: Distribuição da população pediátrica por sexo

Tabela 3: Diagnóstico etiológico da população pediátrica

Tabela 4: Distribuição dos marcadores clínicos elencados para dificuldades de alimentação e/ou deglutição na população pediátrica

Tabela 5: Prevalência de distúrbio alimentar pediátrico (DAP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade.

Tabela 6: Prevalência de disfagia orofaríngea pediátrica (DOP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade

Tabela 7: Prevalência do tipo de distúrbio alimentar pediátrico (DAP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade

Tabela 8: Prevalência de disfagia orofaríngea entre o grupo sem DAP e com DAP agudo ou crônico

Tabela 9: Distribuição do grau de comprometimento de deglutição e do nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição nas crianças dessa amostra.

Tabela 10: Comparação entre os grupos com DAP e sem DAP com distintas variáveis qualitativas e marcadores clínicos

Tabela 11: Comparação entre os grupos com e sem DAP com a distribuição dos diagnósticos médicos

Tabela 12: Comparação entre os grupos com e sem DAP com presença do comportamento de recusa alimentar na avaliação clínica ou queixa de recusa anterior à avaliação

Tabela 13: Comparação entre os grupos com e sem DAP com a classificação do grau de comprometimento da deglutição

Tabela 14: Comparação entre os grupos com e sem DAP com o nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição na população pediátrica

Tabela 15: Comparação entre os grupos com DAP agudo e crônico com os níveis de funcionalidade e ingestão da alimentação na população pediátrica

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASHA	<i>American Speech-Language-Hearing Association</i>
AGD	Atraso global do desenvolvimento
CDC	Centros de Doenças dos EUA Controle
CEP	Comitê de ética e pesquisa
CID	Cadastro internacional de doenças
CIF	Classificação internacional de funcionalidade
CRF	<i>Case Report Form</i> / Formulário de Relatório de Caso
DAP	Distúrbio Alimentar Pediátrico
DN	Deglutição Normal
DOG	Disfagia orofaríngea grave
DOL	Disfagia orofaríngea leve
DOM	Disfagia orofaríngea moderada
DOMG	Disfagia orofaríngea moderada grave
DOP	Disfagia Orofaríngea Pediátrica
Dr ^a	Doutora
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico
EDACS	<i>Eating and Drinking Ability Classification System</i>
RGE	Refluxo gastroesofágico
DSM-IV	Manual de diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais 4
DSM-5	Manual de diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais 5
Et al.	E outros
FAS	<i>Feeding Assessment Schedule</i>
FS-IS	<i>Feeding/Swallowing Impact Survey</i>

GTT	Gastrostomia
GMFCS	<i>Gross Motor Function Classification System</i>
IBPs	Inibidores da bomba de prótons
IOT	Intubação orotraqueal
JJ	Jejum
MRIB	<i>Behavior during feeding</i>
NPP	Nutrição parenteral periférica
NPT	Nutrição parenteral total
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Paralisia Cerebral
PedsQL	<i>Pediatric Quality of Life Inventory 4.0</i>
Prof ^a	Professora
SDR	Sucção-deglutição-respiração
SGNA	<i>Subjective Global Nutrition Assessment</i>
SNE	Sonda nasoenteral
SOG	Sonda orgástica
TARE	Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo
TEA	Transtorno do espectro autista
TRIB	<i>Tester's and Maternal Rating of Infant Behaviour during feeding</i>
TCUD	Termo de compromisso para utilização e manuseio dos dados
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho
UTINEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIPED	Unidade de terapia intensiva pediátrica
VAA	Via alternativa de alimentação

VMI	Ventilação mecânica invasiva
VO	Via oral
%	Porcentagem
=	Igual
±	Mais ou menos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	24
HIPÓTESE.....	29
OBJETIVO	30
REVISÃO DE LITERATURA.....	31
1. Definição dos diagnósticos de Dificuldades e Distúrbios de Alimentação e Deglutição em Crianças	31
2. Incidência ou prevalência das Dificuldades e Distúrbios de Alimentação e/ou Disfagia em Pediatria.....	57
MÉTODO	85
1. Aspectos Éticos.....	85
2. Desenho do estudo.....	85
3. Casuística.....	85
4. Método.....	86
4.1 - Etapa 1: Seleção da amostra nos prontuários eletrônicos.....	86
4.2 - Etapa 2: Avaliação Fonoaudiológica Clínica da Alimentação e Deglutição em Pediatria.....	87
4.3 - Etapa 3: Definição operacional do diagnóstico de Distúrbio de Alimentação e/ou Deglutição em Pediatria aplicados neste estudo.....	93
4.4 - Etapa 4: Classificação do Grau de comprometimento da deglutição e do Nível de funcionalidade da alimentação e deglutição em Pediatria	94
5. Análise dos Resultados.....	97
5.1. Análise estatística.....	98
6. Fluxograma metodológico.....	98
RESULTADOS.....	99
TÓPICO 1: Caracterização do perfil demográfico e dos fatores clínicos da população estudada (tabela 1 a 4).....	99
Tabela 1: Distribuição da população pediátrica dessa amostra por idade	99
Tabela 2: Distribuição da população pediátrica por sexo.....	100
Tabela 3: Diagnósticos etiológicos da população pediátrica.....	100
Tabela 4: Distribuição dos marcadores clínicos elencados para dificuldades de alimentação e/ou deglutição na população pediátrica.....	101
TÓPICO 2: Prevalência dos diagnósticos de DAP e DOP, isoladamente e em associação (DAP + DOP), e a prevalência dos graus de comprometimento e níveis de ingestão e funcionalidade da alimentação (tabela 5 a 9).....	102
Tabela 5: Prevalência de distúrbio alimentar pediátrico (DAP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade.....	102
Tabela 6: Prevalência de disfagia orofaríngea pediátrica (DOP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade.....	102

Tabela 7: Prevalência do tipo de distúrbio alimentar pediátrico (DAP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade.	103
Tabela 8: Prevalência de disfagia orofaríngea entre o grupo sem DAP e com DAP agudo ou crônico.....	103
Tabela 9: Distribuição do grau de comprometimento de deglutição e do nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição nas crianças dessa amostra.	104
TÓPICO 3 – Caracterização e comparação entre os grupos diagnósticos (DAP, DOP e população estudada) em relação aos fatores demográficos e clínicos (tabela 10 a 15).	105
Tabela 10: Comparação entre os grupos com DAP e sem DAP com distintas variáveis qualitativas e marcadores clínicos.	105
Tabela 11: Comparação entre os grupos com e sem DAP com a distribuição dos diagnósticos médicos.	106
Tabela 12: Comparação entre os grupos com e sem DAP com presença do comportamento de recusa alimentar na avaliação clínica ou queixa de recusa anterior à avaliação.....	107
Tabela 13: Comparação entre o grupo com DAP e sem DAP com a classificação do grau de comprometimento da deglutição.....	107
Tabela 14: Comparação entre o grupo com DAP e sem DAP com o nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição na população pediátrica.	108
Tabela 15: Comparação entre o grupo com DAP agudo e crônico com os níveis de funcionalidade e ingestão da alimentação na população pediátrica.....	108
DISCUSSÃO	109
CONCLUSÃO	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXO.....	134
1. ANEXO A:	134
APÊNDICE A: TERMO COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS (TCUD).....	137
APÊNDICE B: PROTOCOLO ELABORADO PARA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO.....	139

INTRODUÇÃO

A primeiríssima infância e a infância propriamente dita representam um tempo inigualável de crescimento físico e cognitivo, para que bebês e crianças alcancem seus níveis lineares de desenvolvimento neurológico pleno. Assim, os bebês e crianças devem ser capazes de consumir energia e nutrientes suficientes (DODRILL; GOSA, 2015; LUTTER et al., 2021).

As primeiras necessidades da criança ao nascer relacionam-se com a respiração e com a alimentação (AMAIZU et al., 2008; MILLER et al., 2013; JADCHERLA, 2017; SLANA et al., 2022), e é dentro deste contexto que a função de deglutição se insere. A deglutição não deve ser considerada somente o próprio ato de deglutir, e sim um fenômeno complexo que envolve uma série de ações coordenadas e refinado controle neuromotor de diversos músculos, nervos cranianos e modulação central, presentes desde o período embrionário. Diversos mecanismos asseguram o transporte eficiente e a proteção do trato respiratório durante a deglutição, como o mecanismo de coaptação glótica e a coordenação adequada da sucção/mastigação, respiração e deglutição (ARVEDSON; BRODSKY, 2002; AMAIZU et al., 2008; LEFTON-GREIF, 2008; LAU, 2015; HERNANDEZ, 2018).

Os processos de alimentação e deglutição estão intrinsecamente relacionados (LEFTON-GREIF, 2008). Alimentar-se é um comportamento aprendido e é durante a primeira infância que se desenvolvem as preferências e padrões alimentares (BIRCH; FISHER, 1998; BIRCH et al., 2014; LUTTER et al., 2021). Ao decorrer da infância o comportamento alimentar e as habilidades sensório-motoras orais são expandidas e aprimoradas. Experiências vividas nesses momentos constituem as preferências e padrões para a vida adulta (BIRCH et al., 2014; JUNQUEIRA et al., 2015; NICKLAUS;

SCHWARTZ, 2019; LUTTER et al., 2021; WIGGINS, 2023). Por outro lado, as dificuldades ocasionadas por distintos fatores ocorridos durante este processo, do nascimento à infância, podem comprometer tanto o processo de alimentação quanto a deglutição.

A atuação com a alimentação e a deglutição na população pediátrica é certamente um dos contextos mais desafiadores e interdisciplinares na área da saúde. Historicamente os diagnósticos aplicados neste contexto, e para esta população, tornaram-se um desafio devido à ausência de consenso sobre as terminologias e descritores que abrangem, especificamente, as dificuldades e distúrbios de alimentação e deglutição em crianças, principalmente no Brasil.

Desde 2007 a *American Speech-Language-Hearing Association* - ASHA segue em suas diretrizes de práticas clínicas, atualizada constantemente por meio de seu mapa de evidências, adotou a definição para a área como “Distúrbios de alimentação e deglutição em Pediatria”. O escopo do conteúdo dessas diretrizes são distúrbios de forma única e seu conteúdo compila a alimentação e deglutição em bebês, crianças em idade pré-escolar e crianças em idade escolar até os 21 anos de idade.

Por outro lado, o uso da terminologia sobre as dificuldades/distúrbios de alimentação/deglutição em Pediatria enquanto diagnóstico se faz recente. Em 2013 o diagnóstico do transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE) entrou na literatura médica por meio da sua inclusão no DSM-5, sendo que anterior a ele se encontravam na literatura vários termos com distintas definições. A entrada deste diagnóstico culminou no desafio de englobar as queixas das crianças que apresentavam dificuldades com a alimentação/deglutição, porém muitas crianças ainda não apresentavam todos os critérios necessários para o diagnóstico, mantendo-se a dificuldade na padronização dos termos e classificações diagnósticas. A diretriz atual da ASHA para o atendimento e diagnóstico

dos distúrbios de alimentação e deglutição, inclui o TARE, conforme a definição do DSM-5.

O diagnóstico de Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP) foi recentemente atualizado (ESTREM et al.; 2024); e este foi definido por meio de um consenso entre profissionais com *expertise* na área (GODAY et al.; 2019), sua proposição diagnóstica foi embasada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. Desta forma, o DAP foi reconhecido como um termo diagnóstico universal que supera a dicotomia entre causas "orgânicas" e "não orgânicas". Assim, o DAP caracteriza-se como uma terminologia diagnóstica onde se define: ingestão oral prejudicada e não apropriada para a idade, associada a uma ou mais disfunções em quatro domínios (médico, nutricional, habilidade alimentar e/ou psicossocial) (GODAY et al., 2019). A definição proposta pelos autores entrou na última atualização do cadastro internacional de doenças (CID-11).

Crianças em internações hospitalares apresentam frequentemente mais de um desses domínios comprometidos. A disfagia orofaríngea pediátrica (DOP) é uma destas condições, o seu diagnóstico pode ser incluído nos quatros domínios do DAP (médico, habilidade alimentar, nutrição e psicossocial) e está diretamente relacionada ao prognóstico da alimentação dos pacientes neste *setting*.

Diversas etiologias podem agravar o estado de saúde dessas crianças, trazendo complicações respiratórias, nutricionais, gastroenterológicas e psicológicas (LEFTON-GREIF, 2008; NEWMAN et al., 2008; GODAY et al., 2019 SCHWEMMLE; ARENS, 2019). A prevalência das dificuldades alimentares pediátricas é estimada em 25% a 45% em crianças com desenvolvimento típico e de 33% a 80% nas crianças com algum distúrbio do neurodesenvolvimento. Por outro lado, a incidência de DAP em recém-nascidos prematuros após alta hospitalar varia de 19 a 80% e em bebês, considerados de

alto risco que necessitaram de cuidados intensivos após seu nascimento, a prevalência é estimada em 20,4% (LEFTON-GREIF, 2008; SCHWEMMLE; ROSS; BROWNE, 2013; HOOGEWERF et al., 2017; ARENS, 2019; SLANA et al., 2022; SALATTO et al., 2023).

Estudo recente de prevalência nacional da DAP realizado nos estados de Wisconsin e Arizona nos Estados Unidos (EUA), por meio de um banco de dados, demonstrou que a prevalência anual de DAP foi de 1 em 23 em Wisconsin, 1 em 24 em Arizona e 1 em 37 em na coorte com seguro privado no ano de 2014 (KOVACIC et al., 2021).

Já a prevalência de DOP é descrita na literatura por meio de distintos grupo diagnósticos/etiológicos, faixa etária variável, muitas vezes com frequências centradas na presença de aspiração laringotraqueal e que variam de 18% a 90%. (SOUZA et al. 2017; HORTON et al.; 2017 SCHWEMMLE e ARENS, 2018; NEWMAN et al. 2001; NORMAN et al. 2022).

As manifestações da DAP e DOP são variáveis e podem estar presentes no complexo processo de desenvolvimento da alimentação e/ou em todas as fases da deglutição, associadas ou não a etiologias presentes em diferentes períodos do desenvolvimento infantil.

As etiologias da DAP e DOP apresentam causas multifatoriais, podendo ser clínicas, nutricionais, comportamentais e/ou ambientais (TUTOR; GOSA, 2011; GODAY et al., 2019), e necessitam de acompanhamento da equipe multidisciplinar devido à alta demanda de complexidades clínicas que podem estar associadas (MORRIS et al., 2017; KOVACIC et al., 2021; DEMPSTER et al., 2023).

Recentemente foi proposta uma ferramenta para classificação e coleta de dados de pacientes com o diagnóstico de DAP conforme proposto por Goday et al., 2019, o estudo descreveu o processo de desenvolvimento de um "*Case Report Form - CRF*"

(Formulário de Relatório de Caso) para caracterização de pacientes com DAP. O CRF é um documento especializado usado para apoiar a pesquisa clínica que é orientada por protocolo, abrangente em conteúdo e padronizado para permitir a coleta uniforme de dados (SHARP et al., 2022).

A dificuldade de padronização das terminologias diagnósticas na alimentação e/ou deglutição infantil (ESTREM et al., 2024), assim como a falta de estudos epidemiológicos e a ausência de instrumentos de rastreamento ou protocolos de avaliação validados para esta população que compilem a DOP na DAP, ou que incluam os quatro domínios da DAP, nos leva a ausência do perfil das crianças com diagnóstico de DAP e/ou DOP (BARTON et al., 2018; MARSHALL et al., 2023; ESTREM et al., 2024).

Além disso, são os estudos epidemiológicos que fundamentam as tomadas de decisões mais adequadas em relação à saúde da população e, dessa forma, o conhecimento sobre a incidência e/ou prevalência de doenças e manifestações permite que a área da saúde adquira maior conhecimento da população que atende (BARATA, 2005; LIMA et al., 2008).

Portanto, a compreensão acerca do perfil e das alterações da alimentação e deglutição na população pediátrica deve contribuir para que diferentes *settings* proponham ações que tornem o diagnóstico e a intervenção mais precoces.

Assim, este estudo teve por objetivo identificar a prevalência dos diagnósticos relacionados a alimentação e a deglutição em lactentes e crianças atendidos em um Hospital de alta complexidade e comparar os diagnósticos com distintos fatores demográficos e marcadores clínicos.

HIPÓTESE

O Distúrbio Alimentar Pediátrico é frequente em Hospital de alta complexidade e essas crianças podem apresentar distintos graus de comprometimento e funcionalidade da alimentação/deglutição

OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo identificar a prevalência dos diagnósticos relacionados a alimentação e a deglutição em lactentes e crianças atendidos em um Hospital de alta complexidade e comparar os diagnósticos com distintos fatores demográficos e marcadores clínicos.

REVISÃO DE LITERATURA

1. Definição dos diagnósticos de Dificuldades e Distúrbios de Alimentação e Deglutição em Crianças

Atualmente muitos são os desafios relacionados às terminologias e descritores que abrangem as dificuldades e distúrbios de alimentação e deglutição em crianças. No entanto, em 2019 houve a proposição e realização de um consenso que definiu o Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP) conforme descrito a seguir.

GODAY et al. (2019) realizaram um consenso para elaboração do diagnóstico do Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP), formado por um grupo de especialistas na área que se reuniram em Phoenix, Arizona, em março de 2016. O grupo incluiu médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas e pais de crianças com DAP. O consenso foi baseado em uma revisão abrangente da literatura existente sobre DAP, bem como em discussões e deliberações entre os especialistas participantes. O objetivo foi estabelecer uma definição e um quadro conceitual comum para o DAP, que pudessem ser utilizados por profissionais de saúde e pesquisadores para potencializar a compreensão e o tratamento desse distúrbio. O consenso para o diagnóstico do DAP foi baseado também na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Segundo os autores, na CIF, há um reconhecimento crescente de que os diagnósticos não necessariamente preveem a função e, assim, para os autores a avaliação das limitações funcionais é fundamental para planejar intervenções apropriadas para melhorar a qualidade de vida das crianças com DAP.

Os autores argumentaram que uma classificação que descrevesse os efeitos/sinais/manifestações do DAP frente a função permitiria que os profissionais da saúde e pesquisadores caracterizassem melhor as necessidades desta população de

pacientes heterogêneos, facilitando assim a inclusão de todas as áreas relevantes no tratamento/diagnóstico, e que permitiria que a equipe de saúde usasse uma terminologia comum, precisa e necessária para avançar a prática clínica e a pesquisa. Os autores referiram que o DAP pode afetar profundamente a função física, social, emocional e/ou cognitiva de uma criança, assim como também pode aumentar o estresse do cuidador.

Desta forma, o diagnóstico de DAP foi definido como presença de ingesta inadequada para idade, com queixa maior que duas semanas, e com presença de queixas/dificuldades em um ou mais domínios listados a seguir:

1 - Domínio médico: refere-se a problemas estruturais ou funcionais do sistema gastrointestinal, cardiorrespiratório e neurológico que podem levar à disfagia e/ou disfunção alimentar e nutricional;

2 - Domínio nutricional: refere-se à ingestão inadequada de nutrientes, deficiências nutricionais, necessidade de suplementações;

3 - Domínio das habilidades alimentares: refere-se à capacidade da criança de comer e beber de forma adequada, incluindo habilidades orais, motoras e sensoriais;

4 - Domínio psicossocial: refere-se a fatores emocionais e comportamentais que podem afetar a alimentação da criança, incluindo ansiedade, estresse, trauma, comportamentos alimentares seletivos e restritivos e problemas de relacionamento durante as refeições.

Para os autores o DAP pode ser classificado em agudo (duração inferior a três meses) e crônico (duração igual ou superior a três meses).

No entanto, muito antes deste consenso as definições para DAP e DOP foram descritas de formas distintas, e a revisão da literatura a seguir visa promover maior entendimento sobre a pesquisa desenvolvida e segue a ordem cronológica das definições utilizadas anteriormente ao consenso acima mencionado.

ARVEDSON (1998) definiu a disfagia orofaríngea pediátrica como dificuldade em qualquer fase da deglutição que afeta a ingestão adequada de alimentos e líquidos. Em seu estudo a autora também relata que a disfagia pode ser causada por uma variedade de fatores, incluindo doenças neurológicas, anormalidades estruturais, distúrbios metabólicos e efeitos colaterais de medicamentos.

MATHISEN et al. (1999) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os problemas de alimentação em bebês com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e a dificuldade da oferta alimentar de seus cuidadores. Os autores definiram os problemas de alimentação como presença de recusa alimentar, regurgitação, vômitos, distúrbio de deglutição (disfagia), comportamento alimentar exigente e resistência durante à alimentação. Para os autores, esses problemas poderiam prejudicar o desenvolvimento de habilidades sensório-motoras orais para a alimentação e afetar negativamente a interação entre cuidador e bebê durante a alimentação. O estudo envolveu a avaliação sistemática de dados da alimentação, dieta e comportamento obtidos por meio de entrevistas com as mães, análise da ingestão alimentar de 24 horas, avaliação padronizada da função oromotora por meio do *Feeding Assessment Schedule* (FAS), e da avaliação comportamental do bebê durante a alimentação por meio do *Tester's and Maternal Rating of Infant Behaviour during feeding* (TRIB e MRIB). O estudo comparou bebês com seis meses de idade com e sem DRGE e constatou que bebês com DRGE apresentam problemas de alimentação comuns, como recusa alimentar, regurgitação e vômitos e, além disso, que esses problemas podem prejudicar o desenvolvimento de habilidades adaptativas para a alimentação. Os cuidadores também relataram altos níveis de estresse e ansiedade relacionados à alimentação dos bebês com DRGE.

REILLY et al. (1999) abordaram as questões da disfunção motora-oral em crianças que apresentaram dificuldades no crescimento. O termo “dificuldades não

orgânica do crescimento” foi utilizado pelos autores para descrever um grupo de crianças que apresentavam falha no crescimento sem causa orgânica identificável e que essas crianças não apresentavam nenhuma condição médica subjacente, como uma deficiência endócrina, anomalias congênitas ou genéticas. Os autores definiram também que a disfunção motora-oral é uma condição em que há dificuldades na coordenação dos músculos da boca e da língua, citando como exemplos de disfunções motoras orais as dificuldades de deglutir, mastigar, falar e controlar a saliva. O objetivo do estudo foi relacionar crianças com dificuldades no crescimento e a disfunção motora-oral. Além disso, o estudo buscou investigar se fatores ambientais ou biológicos poderiam explicar a presença de disfunções motoras-orais em crianças com dificuldades no crescimento. Os autores verificaram que 36% (n=17) de 47 crianças com dificuldades no crescimento apresentaram alguma disfunção motora-oral. O estudo destacou a importância de realizar avaliação pediátrica multidisciplinar detalhada em crianças que apresentam falha no crescimento. O estudo discutiu a possibilidade de fatores ambientais e biológicos serem causas da disfunção oral-motora em crianças com falha no crescimento.

ROMMEL et al. (2003) abordaram a complexidade dos problemas alimentares em crianças e a importância de uma abordagem multidisciplinar para avaliação e tratamento. Os autores definiram os problemas alimentares como dificuldades em ingerir alimentos suficientes para atender às necessidades nutricionais da criança. O estudo investigou a etiologia dos problemas alimentares em 700 crianças e avaliou a prevalência de prematuridade nesses pacientes, analisando a avaliação clínica de crianças com menos de 10 anos com queixas e presença de problemas alimentares. Os resultados mostraram que quase 50% das crianças tinham alguma condição médica e alterações sensório-motoras orais e orais combinadas subjacente às suas dificuldades alimentares. Mais da metade das crianças foram avaliadas para investigações de condições gastrointestinais,

particularmente para a presença de DRGE. Problemas comportamentais foram mais frequentemente observados em crianças com mais de 2 anos. As crianças com problemas alimentares apresentaram peso ao nascer significativamente menor para a sua idade gestacional. Os bebês prematuros foram super-representados nessa população. As autoras mencionaram que a dicotomia entre orgânico e não orgânico para classificar os problemas alimentares em crianças não é adequada e afirmaram que essa classificação simplista não leva em conta a complexidade dos fatores biológicos e ambientais que contribuem para os problemas alimentares em crianças. Desta forma, as autoras propuseram uma abordagem mais abrangente e multidisciplinar para avaliar e tratar os problemas alimentares em crianças.

CHATOOR e GANIBAN (2003) realizaram estudo de revisão de literatura sobre distúrbios alimentares em bebês e crianças pequenas e destacaram a presença de recusa alimentar nesta população, apresentando uma definição clara do termo e discutindo os diferentes tipos de distúrbios alimentares que podem estar associados a essa condição. As autoras definiram como recusa alimentar persistente e voluntária, quando bebês e crianças apresentam dificuldade em comer alimentos adequados para sua idade e necessidades nutricionais, o que pode levar a problemas de crescimento e desenvolvimento. A recusa alimentar pode ser causada por uma variedade de fatores, incluindo problemas de desenvolvimento, gastrointestinais, emocionais e sensoriais. As autoras destacaram que a recusa alimentar em bebês e crianças pequenas pode ser um sinal de distúrbios alimentares mais graves e que é importante avaliar cuidadosamente a causa subjacente desta recusa alimentar para garantir que a criança receba o tratamento adequado. As autoras fizeram referência aos critérios do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição) para o diagnóstico dos distúrbios alimentares em bebês e crianças pequenas. No entanto, também destacaram que esses critérios podem não ser

adequados para descrever a complexidade e a variedade de distúrbios alimentares que podem ocorrer nessa faixa etária. Para as autoras, os critérios do DSM-IV podem perpetuar a confusão entre os clínicos e pesquisadores sobre a natureza e aparência dos distúrbios alimentares em bebês e crianças pequenas e sugeriram uma abordagem mais individualizada e integral para avaliar e tratar esses distúrbios alimentares. A presença de DOP é citada pelas autoras em sua análise como um distúrbio alimentar que pode estar associado à recusa alimentar em bebês e lactentes. Para as autoras a disfagia é definida como a dificuldade em engolir alimentos ou líquidos, e pode ser causada por uma variedade de fatores, incluindo problemas neurológicos, anormalidades estruturais ou transtornos do desenvolvimento. Ressaltaram ainda a importância de identificar a causa subjacente da disfagia, a fim de determinar o tratamento mais eficaz. Além disso, as autoras enfatizaram que a DOP pode ser um sintoma de outros distúrbios alimentares, como a seletividade alimentar ou a aversão alimentar sensorial.

LEFTON-GREIF (2008) em seu estudo sobre DOP definiu que os processos de alimentação e deglutição estão intrinsecamente ligados durante a infância e a primeira infância. Segundo a autora, a alimentação fornece às crianças e seus cuidadores experiências de comunicação e socialização que formam a base para muitas interações futuras, e que a deglutição se refere ao processo de transporte que ocorre após líquidos ou alimentos entrarem na boca. Momentos disruptivos na hora da refeição, e que podem ocorrer no início da vida, podem resultar em problemas alimentares de longo prazo ou agravar a DOP pré-existente. A autora não apresenta uma definição explícita dos distúrbios de alimentação e deglutição. No entanto, menciona que esses distúrbios são complexos e geralmente ocorrem em conjunto com múltiplas condições médicas, de saúde e de desenvolvimento.

PETERSEN e ROGERS (2008) relataram que a alimentação e a deglutição devem

ser visualizadas de uma forma única, e que para se compreender as dificuldades de alimentação deve-se olhar para as duas como algo complexo e único. Além disso, os autores destacaram a importância da compreensão completa das várias etapas do desenvolvimento e da função motora oral para a avaliação da alimentação em uma criança. Os autores definiram DOP como uma dificuldade na deglutição, que pode afetar a alimentação, a hidratação e a administração de medicamentos, e pode levar a complicações respiratórias, nutricionais e de saúde.

NEWMAN et al. (2008) definiram os distúrbios de deglutição em bebês como problemas de sucção e deglutição que são resultado de múltiplos problemas médicos e que podem agravar a saúde e causar complicações respiratórias. Para os autores, esses distúrbios são mais comuns em bebês com histórico de prematuridade ou com doenças médicas graves e podem incluir penetração laríngea, aspiração e refluxo nasofaríngeo. O objetivo do estudo foi determinar a porcentagem de lactentes (menores que 1 ano) com distúrbios de deglutição que apresentavam presença de penetração laríngea, aspiração laringotraqueal ou refluxo nasofaríngeo durante a alimentação. A metodologia do estudo envolveu a revisão dos registros médicos em prontuários de 43 bebês com menos de 1 ano de idade que foram encaminhados para videofluoroscopia da deglutição em um centro médico. Os bebês foram alimentados com uma suspensão líquida de bário. Cada deglutição foi analisada para determinar se houve penetração laríngea, aspiração, refluxo nasofaríngeo, tosse, limpeza das vias aéreas e a razão para penetração/aspiração. Os resultados mostraram que mais da metade dos bebês (mais de 50%) experimentaram penetração laríngea, aspiração ou refluxo nasofaríngeo, mas o primeiro evento ocorreu após várias deglutições. Apenas 3 bebês (menos de 7%) experimentaram penetração laríngea e aspiração na primeira deglutição e todos os 3 tinham uma resposta faríngea ausente. Os resultados também mostraram que bebês com determinados diagnósticos

médicos, como pneumonia, apneia, dificuldades de alimentação, refluxo gastroesofágico e outras condições, apresentaram maior probabilidade de terem distúrbios de deglutição.

COOPER-BROWN et al. (2008) discutiram as dificuldades de alimentação e deglutição em crianças com síndromes genéticas, incluindo erros inatos do metabolismo, síndrome de Down e fissura labial/palatina. Em seu estudo os autores também abordaram as comorbidades que podem afetar a alimentação, como doenças cardíacas congênitas e obesidade. Os autores consideraram como presença de dificuldades de alimentação e deglutição nas síndromes genéticas, a presença de dificuldades de deglutição, presença de refluxo gastroesofágico, alteração na coordenação da sucção respiração e deglutição, presença de constipação, alterações das estruturas crânio-faciais como: macroglossia, alterações de palato, presença de fissuras lábio/palatina, hipotonia oral, movimentos alterados de língua, escape oral de alimentos e presença de recusa alimentar. O artigo também discute as causas desses sintomas e possíveis tratamentos e técnicas para ajudar as crianças a se alimentarem melhor. Os autores concluíram que a alimentação adequada para idade é essencial para o crescimento e desenvolvimento em crianças com síndromes genéticas e que é importante abordar as dificuldades de alimentação/deglutição de forma individualizada e multidisciplinar.

LEVY et al. (2009) realizaram estudo de revisão sistemática com busca em diversas bases de dados e discutiram a identificação de causas orgânicas versus não orgânicas da recusa alimentar e alimentação inadequada em bebês. Para isso, definiram o Distúrbio Alimentar Infantil como um termo genérico que engloba ampla variedade de condições que afetam a alimentação de bebês e crianças. O estudo também menciona a classificação da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) para o Distúrbio Alimentar da Infância (F98.2), que é definido como "um distúrbio do comportamento alimentar que não é devido a uma condição

médica geralmente reconhecida". Os autores verificaram que a baixa ingestão, baixo ganho de peso ou vômito não discriminam entre causas orgânicas e não orgânicas, mas fatores como recusa alimentar, preferências alimentares, práticas alimentares parentais anormais/inadequadas, se iniciaram após a presença de gatilhos específico como de engasgo, doenças gastrointestinais, alergias e se tornando antecipatórios de uma desordem de causa comportamental.

BARTON et al. (2014) realizaram um estudo de revisão sistemática e analisaram as propriedades clínicas e psicométricas de avaliações de alimentação oral em crianças. Os autores definiram o termo Dificuldades Alimentares pediátricas como problemas relacionados à ingestão de alimentos, incluindo recusa alimentar, seletividade alimentar e dificuldades de deglutição. A metodologia utilizada envolveu uma busca nas bases de dados, com dois avaliadores selecionando os estudos e extraindo seus dados. Os resultados mostraram que há uma variedade de avaliações disponíveis, mas poucas têm evidências suficientes de validade e confiabilidade. Além disso, os autores destacaram a necessidade de avaliações mais abrangentes e padronizadas para melhorar a avaliação e tratamento de crianças com dificuldades alimentares.

KERZNER et al. (2015) descreveram uma abordagem para classificar e gerenciar dificuldades alimentares em crianças. Para os autores, o diagnóstico de Dificuldade Alimentar Pediátrica é definido como um problema que afeta a ingestão de alimentos e pode ser causado por fatores orgânicos ou comportamentais. A abordagem proposta classifica as dificuldades alimentares em três categorias principais, determinadas pelas preocupações apresentadas pelos pais: (1) problemas de alimentação relacionados a comportamentos, (2) problemas de alimentação relacionados a fatores orgânicos e (3) problemas de alimentação mistos. Cada categoria foi subdividida em subcategorias que ajudam a definir diferenças sutis e importantes para o seu gerenciamento. Os autores

padronizaram três termos para caracterizar os comportamentos alimentares que podem ser apresentados dentro do grupo 3:

- Neofobia: a rejeição de alimentos que são novos ou desconhecidos para a criança. Essa rejeição é resolvida com exposições repetidas;

-Comer seletivo: é um termo que tem definições e significados inconsistentes em diferentes países e culturas. Em geral, se refere a um problema leve ou transitório de alimentação em que a criança é "exigente" ou tem um apetite reduzido. Alguns autores dentro desta revisão veem esse perfil como uma forma leve de distúrbios sensoriais;

- Distúrbio alimentar: é um termo que denota um problema grave que resulta em consequências orgânicas, nutricionais ou emocionais substanciais. Equivale ao diagnóstico de Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo no DSM-5 e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão. O estudo também descreve e separa em dois grupos os “*red flags*” para as DAP:

1. “*Red flags*” orgânicos: presença de disfagia com presença ou não de aspiração laringotraqueal. Sinais como tosse, engasgo, estridores, crescimento insuficiente, diarreia e vômitos.

2. “*Red flags*” comportamentais: mesmo que não haja sinais orgânicos, os comportamentos alimentares da criança devem ser observados. Pais, cuidadores e equipe devem estar atentos a sinais de comportamento alimentar “desafiador”, como recusa persistente de alimentos, seletividade alimentar extrema, comportamentos ritualísticos em torno da alimentação, entre outros. A abordagem relatada pelos autores também incorpora os estilos de alimentação dos cuidadores/responsáveis durante a avaliação e permite que o profissional adapte a terapia especificamente para o desafio individualmente, abordando tanto o comportamento da criança quanto às práticas de alimentação dos pais por meio de orientações parentais. Para os autores a classificação

das DAP facilita encaminhamentos mais direcionados para os especialistas individuais ou equipes multidisciplinares.

DODRILL e GOSA (2015) definiram a DOP como qualquer interrupção na sequência das fases da deglutição que resulta em um comprometimento da segurança, eficiência ou adequação da ingestão nutricional. Em seu estudo os autores abordaram a disfagia em crianças, suas causas, técnicas de avaliação e opções de tratamento. A disfagia pode ter um efeito prejudicial na ingestão alimentar e, portanto, no crescimento e desenvolvimento das crianças. Diversas são as causas que podem levar a DOP, inclusive o comportamento pode influenciar na disfagia, no entanto, para os autores é importante distinguir a disfagia como um distúrbio baseado em habilidades, que é muito diferente de um distúrbio alimentar baseado em comportamento. Distúrbios alimentares comportamentais (ou aversão alimentar) ocorrem quando uma criança não está disposta a consumir um líquido ou alimento, apesar de possuir habilidades físicas suficientes para fazê-lo. Distúrbios alimentares comportamentais podem surgir em associação com a disfagia. No entanto, muitas vezes, não há razão física aparente para problemas alimentares comportamentais.

ROMANO et al. (2015) realizaram estudo de revisão da literatura sobre o diagnóstico e gerenciamento de distúrbios alimentares não orgânicos em pediatria. O artigo apresenta uma síntese dos estudos e pesquisas anteriores sobre o tema, bem como as recomendações atuais para o diagnóstico e tratamento desses distúrbios. Para os autores, os distúrbios alimentares não orgânicos são definidos como uma condição formal de diagnósticos usada para indicar uma condição em crianças que apresentam comportamentos alimentares desviantes, como aversão alimentar, seletividade alimentar e comportamentos negativos durante as refeições. Esses distúrbios são diferentes dos distúrbios alimentares orgânicos, que têm causa médica subjacente. Os distúrbios

alimentares não orgânicos em Pediatria podem levar a uma ingestão calórica inadequada e, em alguns casos, a um fracasso no crescimento e desenvolvimento (falha no crescimento orgânico). O gerenciamento desses distúrbios pode ser um desafio e geralmente envolve uma abordagem multidisciplinar que aborda tanto o suporte nutricional quanto a modificação do comportamento alimentar.

KLEINERT (2017) fez uma análise sobre o DAP, e subdivide em variados grupos de acordo com a sua sintomatologia, tais como distúrbios alimentares por transtornos do neurodesenvolvimento, distúrbios alimentares comportamentais e distúrbios alimentares relacionados a condições médicas, como problemas gastrointestinais, metabólicos, cardíacos e respiratórios. Para a autora, estes distúrbios podem afetar a coordenação, movimento e/ou tônus muscular em todo o corpo ou especificamente afetar as funções motoras orais. Em seu estudo a autora referiu que o tratamento deve ser centrado na criança e na família, e baseado em suas necessidades individuais, incluindo terapia comportamental, terapia ocupacional, terapia fonoaudiológica, terapia nutricional e suporte da equipe médica.

SHARP et al. (2017) realizaram revisão sistemática com meta-análise sobre o tratamento de distúrbios alimentares pediátricos. Utilizaram como definição para os DAP, distúrbios que envolvem interrupções graves na ingestão nutricional e calórica que excedem as variações normais de fome, preferência alimentar e/ou interesse em comer. O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia de intervenções multidisciplinares intensivas e identificar lacunas na literatura. A metodologia incluiu uma busca sistemática de estudos publicados entre 1980 e 2015, com critérios de inclusão específicos. Os resultados mostraram que a intervenção multidisciplinar intensiva foi eficaz para melhorar a ingestão alimentar e reduzir comportamentos alimentares desafiadores em crianças com distúrbios alimentares. No entanto, os autores concluíram que há uma falta de

padronização na definição de casos, documentação da durabilidade do tratamento e desenvolvimento de manuais de intervenção, principalmente se estas crianças apresentam sinais ou não de aspiração e problemas pulmonares associados. Além disso, concluíram que a intervenção multidisciplinar intensiva é uma abordagem promissora para o tratamento de DAP, mas são necessárias mais pesquisas para estabelecer padrões de cuidado e melhorar a eficácia do tratamento.

DUFFY (2017) realizou uma revisão de literatura comentada sobre as dificuldades de alimentação e deglutição em crianças com distúrbios aerodigestivos. Para a autora as dificuldades de alimentação e deglutição podem surgir de uma variedade de questões estruturais e funcionais em crianças normais e com atraso de desenvolvimento. Em sua discussão referiu que o fonoaudiólogo desempenha um papel fundamental na avaliação e tratamento de pacientes pediátricos com dificuldades de alimentação relacionada a distúrbios aerodigestivos, e que cabe ao fonoaudiólogo realizar a avaliação clínica e indicar quando necessário os exames diagnósticos para dar a conclusão do diagnóstico correto da disfagia orofaríngea e favorecer a alimentação segura e eficaz destas crianças, assim como incentivar e traçar um plano de alimentação bem-sucedido a longo prazo.

ENGEL-HOEK et al. (2017) em estudo de revisão analisaram a reabilitação dos distúrbios de alimentação e deglutição pediátricos. Para os autores as dificuldades de alimentação e deglutição são frequentes em crianças com atrasos no desenvolvimento e afetam significativamente a saúde e o bem-estar dessas crianças e suas famílias. Os autores classificaram os distúrbios de alimentação e deglutição em quatro grupos: transitórios, do desenvolvimento, crônicos e progressivos. Os autores ressaltaram como principais pontos de atenção na reabilitação dos distúrbios de alimentação e deglutição pediátricos a atenção e o suporte à nutrição e hidratação, ao desenvolvimento das habilidades alimentares e a prevenção de engasgos e pneumonia aspirativa. O artigo

também destaca a importância da padronização da terminologia para alimentos modificados em textura e líquidos espessados para indivíduos com dificuldades de alimentação e deglutição. Os autores não definiram o conceito de disfagia e utilizaram o termo "distúrbios de alimentação e deglutição" conforme a *American Speech-Language-Hearing Association* vem adotando desde 2007.

STANLEY et al. (2019) realizaram estudo retrospectivo em 178 prontuários de bebês com síndrome de Down (0 a 6 meses) que foram encaminhados para um programa especializado de consultas em um hospital nos EUA. Durante o período do estudo, uma equipe multidisciplinar avaliou os bebês, incluindo pediatras, enfermeiras pediátricas, nutricionistas, assistentes sociais e fonoaudiólogos. Foram identificados sinais e sintomas clínicos de distúrbios de alimentação e deglutição (neste estudo foram considerados como sintomas: crescimento deficiente/falha em progredir a alimentação, alimentação lentificada ou insuficiente, presença de recusa alimentar, tosse ou engasgo durante a alimentação, presença de queixas respiratórias crônicas, taquipnéia ou respiração ruidosa durante a alimentação, dessaturação ou cianose durante a alimentação e presença de pneumonia). Os bebês foram submetidos a exame objetivo de deglutição (videofluoroscopia). Os autores observaram que 55% dos bebês apresentaram algum grau de disfagia na fase oral e/ou faríngea durante a alimentação. Além disso, 39% dos bebês apresentaram disfagia grave, sendo necessário realizar alterações na consistência dos líquidos ou da alimentação não oral. Foi constatado que bebês com comorbidades associadas, como anormalidades funcionais das vias aéreas/respiratórias, apresentaram um risco significativo para a presença de DOP. Os autores encontraram alta prevalência de distúrbios de alimentação e deglutição em bebês com Síndrome de Down, assim como a importância de identificar e tratar esses problemas precocemente para evitar complicações graves.

MILANO et al. (2019) descreveram uma abordagem “funcional/integrativa” para definir e/ou auxiliar no diagnóstico da grande variedade de dificuldades alimentares em crianças, desde os comportamentos alimentares adequados para idade que são mal interpretados pelos responsáveis como um “problema” até distúrbios alimentares significativos. Por meio de uma revisão de literatura, o estudo destacou as diferenças entre as dificuldades alimentares, o DAP e o transtorno alimentar restritivo/ evitativo (TARE). O TARE foi definido como um transtorno alimentar em que as crianças não conseguem manter uma alimentação normal, com ênfase em comportamentos alimentares específicos, como recusa alimentar por subtipo sensorial, apetite alimentar reduzido e medo de realizar alimentação e/ou ingestão de alimentos. Já o DAP desconsidera tipos específicos de comportamentos alimentares e inclui dificuldades alimentares associadas a problemas médicos e/ou atrasos do neurodesenvolvimento, no entanto, os autores não especificaram quais são os tipos de comportamentos alimentares desconsiderados pelo DAP. O estudo também apresenta os "*red flags*" que indicam ameaças sérias ao comportamento alimentar da criança e menciona que os "*red flags*" (sinais de alerta) incluem sinais como presença de aspiração, disfagia, falha no crescimento grave ou deficiências nutricionais graves. Esses sinais exigem atenção imediata, e devem incluir testes adicionais e intervenção interdisciplinar. Outro sinal relevante citado pelos autores é relacionado ao atraso motor oral, sendo que os atrasos motores também podem exigir avaliação e intervenção especializadas e com enfoque na abordagem “funcional/integrativa”. Segundo os autores, a abordagem “funcional/integrativa” considera que as dificuldades alimentares podem ser causadas por uma variedade de fatores, incluindo problemas médicos, atrasos no desenvolvimento, problemas emocionais e comportamentais, além de fatores ambientais e sociais. Para os autores, ao adotar uma abordagem funcional, os profissionais de saúde podem ajudar as crianças a

superarem suas dificuldades alimentares e desenvolver hábitos alimentares saudáveis, melhorando sua qualidade de vida e bem-estar geral.

Bell et al. (2019) desenvolveram e validaram uma ferramenta de rastreio para dificuldades de alimentação/deglutição e/ou desnutrição em crianças com paralisia cerebral (PC), com o objetivo de viabilizar a identificação precoce desses agravos. Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado com 89 crianças com PC (63 meninos, 26 meninas; idade mediana de 6 anos), abrangendo todos os níveis do *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS), excluindo aquelas com sonda alimentar. A avaliação da nutrição foi realizada por meio da *Subjective Global Nutrition Assessment* (SGNA), enquanto as habilidades alimentares foram classificadas pelo sistema EDACS (*Eating and Drinking Ability Classification System*), com base em observação clínica e videofluoroscopia da deglutição quando indicada. Pais/cuidadores responderam a um questionário com 33 itens, e os dados foram analisados para identificar os itens com maior sensibilidade e especificidade diagnóstica. Como resultado, dificuldades de alimentação que impactaram a segurança da deglutição foram encontradas em 29% das crianças, e 29% apresentavam desnutrição moderada ou grave. A ferramenta final, composta por quatro perguntas, demonstrou sensibilidade de 81% e especificidade de 79% para detectar dificuldades de alimentação/deglutição, e sensibilidade de 72% e especificidade de 75% para identificar desnutrição. A ferramenta identificou com precisão 100% das crianças com desnutrição grave e aquelas classificadas como EDACS níveis IV ou V. Conclui-se que o instrumento validado permite o rastreio eficiente, simples e de fácil aplicação por pais/cuidadores, com potencial para orientar encaminhamentos e intervenções precoces.

HORNBERGER e LANE (2021) abordaram a importância da identificação precoce e manejo adequado de transtornos alimentares em crianças e adolescentes. O

artigo destaca a necessidade de que os pediatras estejam cientes dos fatores de risco e sinais precoces de transtornos alimentares, bem como da necessidade de um rastreamento para pacientes com comportamentos alimentares exigentes. O artigo também enfatiza a importância de uma avaliação abrangente do paciente. O enfoque do mesmo segue o diagnóstico do TARE com base no DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição*) e suas mudanças com base na versão anterior do DSM-IV. Sendo assim, os autores definiram o TARE como crianças com a limitação intencional da ingestão de alimentos por razões diferentes da preocupação com o peso corporal, como as propriedades sensoriais dos alimentos, falta de interesse em comer ou medo de consequências adversas com a alimentação, como se engasgar ou vomitar. Para os autores, se um indivíduo apresentar também um quadro de DOP este pode ser associado como uma comorbidade.

IBAÑEZ et al. (2020) propuseram diretrizes baseadas em uma revisão de literatura com base nas pesquisas de análise comportamental, informações sobre como reconhecer, entender e tratar os DAP. Os autores definiram o DAP como uma condição em que um indivíduo experimenta dificuldades significativas em relação à ingestão de alimentos e/ou líquidos, o que pode levar a uma variedade de consequências negativas para a saúde e o bem-estar. Essas dificuldades podem incluir recusa em comer, seletividade alimentar, ingestão insuficiente de alimentos, comportamentos inadequados durante as refeições e outras questões relacionadas à alimentação.

VISWANATHAN E JADCHERLA (2020) realizaram uma revisão de literatura sobre as dificuldades de alimentação e deglutição em neonatos com o objetivo de fornecer informações abrangentes sobre as dificuldades de alimentação e deglutição nesta população, incluindo as causas comuns dessas dificuldades, a importância do desenvolvimento de habilidades de alimentação independentes e as consequências

potenciais do atraso no desenvolvimento dessas habilidades. Os autores também discutiram as ferramentas clínicas disponíveis para avaliar essas dificuldades, bem como as abordagens de gerenciamento e previsão de resultados de alimentação, trazendo uma compreensão mais profunda da fisiologia e da fisiopatologia do desenvolvimento das habilidades de alimentação e deglutição em neonatos, a fim de melhorar a qualidade do atendimento e os resultados para esses pacientes. Os autores definiram as dificuldades de alimentação e deglutição em neonatos como a incapacidade de realizar o processo de alimentação e deglutição de forma segura, eficiente e independente. Essas dificuldades podem ser causadas por uma variedade de fatores, incluindo imaturidade fisiológica, doenças neurológicas, doenças respiratórias crônicas, anomalias anatômicas e outras condições médicas. Os autores destacaram a importância de entender o nível de maturidade funcional e os mecanismos fisiopatológicos por trás dessas dificuldades em cada paciente de forma individual, a fim de fornecer estratégias de gerenciamento personalizadas e otimizar os resultados de alimentação.

LAWLOR e CHOI (2020) realizaram uma revisão de literatura sobre o diagnóstico e manejo da DOP. O objetivo foi fornecer informações sobre as dificuldades de alimentação e de deglutição em Pediatria, incluindo a importância do diagnóstico precoce e intervenção por uma equipe multidisciplinar. O método incluiu uma revisão da literatura sobre a temática. A partir da revisão foi proposto e apresentado um algoritmo para avaliação e manejo da DOP. Os resultados incluíram informações sobre as quatro fases da deglutição em pediatria, os distúrbios que podem afetá-las e as estratégias para melhorar a função alimentar e de deglutição em crianças com anomalias anatômicas, congênicas e doenças aerodigestivas. Os autores não separaram a disfagia e a recusa alimentar das dificuldades alimentares, elas são observadas em cenários diferentes quando existe sinais de penetração e aspiração laríngea onde se indicam os exames

objetivos como a videoendoscopia da deglutição e videofluoroscopia da deglutição. Com relação às abordagens terapêuticas, além das medicamentosas, clínicas e cirúrgicas para as dificuldades de alimentação na infância, os autores indicaram a terapia alimentar como recurso para todas as crianças.

KING e BURCH (2020) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de analisar estudos com diversas abordagens comportamentais para o tratamento das dificuldades alimentares, a maioria dos participantes dos estudos incluídos foram de crianças do sexo masculino e com presença de distúrbios neurológicos, incluindo autismo. Todos apresentavam dificuldades alimentares relacionadas à recusa ou seletividade alimentar. Os autores concluíram que embora os estudos sugiram que a “mistura” dos tratamentos, geralmente combinada com outras intervenções, pode aumentar o consumo de alimentos e reduzir comportamentos desafiadores, não pode ser considerada uma prática baseada em evidências devido à falta de evidências robustas.

PUTNICK et al. (2022) realizaram estudo prospectivo de coorte longitudinal com mães de 3.597 crianças que relataram dificuldades de alimentação/deglutição. Foi definido pelos autores dificuldades de alimentação/deglutição questões psicossociais relacionadas à alimentação, associadas a atrasos no desenvolvimento de seus filhos. Como teste, os autores utilizaram o *Ages and Stages Questionnaire (ASQ)* em três momentos diferentes do grupo estudado, aos 18, 24 e 30 meses. Pontuações médias de problemas de alimentação foram computadas em cada grupo de idade. O presente estudo excluiu de seu banco crianças com malformações congênitas, crianças prematuras e com múltiplas deficiências. Essas análises foram realizadas para garantir que os resultados não fossem influenciados por fatores específicos desses grupos. Os resultados deste estudo indicaram associação significativa entre as dificuldades na alimentação e atrasos no desenvolvimento, sendo que à medida que as dificuldades de alimentação aumentaram, a

probabilidade de atrasos nos domínios do desenvolvimento (comunicação, habilidades motoras, habilidades sociais) também aumentaram. As crianças que apresentaram um número persistentemente alto de dificuldades de alimentação tinham um risco significativamente maior de atrasos em todos os domínios estudados. Os autores destacaram que as dificuldades de alimentação podem ser um sinal de um problema subjacente no desenvolvimento da criança, em vez de serem a causa direta dos atrasos. Esses problemas podem estar associados a atrasos amplos ou a domínios específicos do desenvolvimento, dependendo da criança. Segundo os autores, a relevância clínica dos resultados, destaca que os profissionais de saúde devem estar atentos aos problemas de alimentação como um possível indicador de atraso no desenvolvimento.

SCHWEMMLE e ARENS (2022) em estudo de revisão de literatura sobre as dificuldades de alimentação e deglutição em crianças os autores classificaram a DOP como um distúrbio de deglutição. Para os autores, a disfagia pode ser causada por uma variedade de condições, incluindo distúrbios de desenvolvimento, síndromes, condições comportamentais ou neurológicas, problemas respiratórios, refluxo gastroesofágico, esofagite eosinofílica ou deficiências anatômicas. Os autores afirmaram que a avaliação da disfagia e dos distúrbios alimentares envolve uma abordagem multifatorial e pode incluir estudos de imagem, como videofluoroscopia e/ou avaliação videoendoscópica da deglutição. Além disso, relataram que a recusa alimentar pode ser associada a problemas comportamentais e de temperamento infantil, bem como a experiências traumáticas, como a intubação orotraqueal, alimentação forçada ou outras intervenções médicas invasivas e que pode ser um sintoma de distúrbios alimentares.

ESLICK et al. (2022) em estudo de casos, exploratório e prospectivo, descreveram os antecedentes, características de deglutição, alimentação e comunicação de três crianças com desnutrição aguda grave durante a reabilitação nutricional em um ambiente

hospitalar de alta complexidade. As crianças apresentavam diagnóstico de HIV e Tuberculose, idades entre 12 e 24 meses, foram realizadas avaliações de deglutição, alimentação e comunicação, além de exames de imagem para avaliar as estruturas cerebrais das crianças. Todas as crianças apresentaram dificuldades significativas em relação à deglutição, alimentação e comunicação. Com relação às dificuldades de alimentação foram observadas dificuldades na coordenação da respiração/deglutição, mastigação, presença de tosse, engasgos e refluxo. Essas dificuldades alimentares podem ser atribuídas à desnutrição aguda grave e à coinfeção por HIV e tuberculose, que afetam negativamente o desenvolvimento neurológico e motor das crianças. O estudo destaca a importância de identificar precocemente as dificuldades de deglutição, alimentação e comunicação em crianças com desnutrição aguda grave. Os resultados sugeriram que intervenções precoces, incluindo terapia fonoaudiológica, podem ajudar a melhorar a qualidade de vida dessas crianças, os autores afirmam que são necessárias mais pesquisas com amostras maiores para confirmar esses resultados.

Para finalizar esse tópico do capítulo de revisão da literatura elaborou-se um quadro por décadas com as definições encontradas conforme exposto a seguir (Quadro 1).

Quadro 1a: Termos e definições encontradas na literatura por décadas (1998-2008) para as Dificuldades e Distúrbios de Alimentação e Deglutição em Crianças.

Autor	Ano	Termo	Tradução Livre	Definição proposta e/ou utilizada
ARVEDSON	1998	<i>Pediatric Dysphagia</i>	Disfagia Pediátrica	Dificuldade em qualquer fase da deglutição que afeta a ingestão adequada de alimentos e líquidos.
MATHISEN, et al.	1999	<i>Feeding Problems</i>	Dificuldades Alimentares	Presença de recusa alimentar, regurgitação, vômitos, distúrbios de deglutição (disfagia), comportamento alimentar exigente e resistência durante à alimentação.
REILLY, et al.	1999	<i>Oral-motor Dysfunction</i>	Disfunção Motora Oral	Condição em que há dificuldades na coordenação dos músculos da boca e da língua, como dificuldades de deglutir, mastigar, falar e controlar a saliva.
ROMMEL, et al.	2003	<i>Feeding Problems</i>	Dificuldades Alimentares	Dificuldades em ingerir alimentos suficientes para atender às necessidades nutricionais da criança.
CHATOOR e GANIBAN	2003	<i>Food Refusal</i>	Recusa Alimentar	Dificuldade em comer alimentos adequados para sua idade e necessidades nutricionais.
COOPER-BROWN, et al.	2008	<i>Feeding and Swallowing Dysfunction</i>	Disfunção de Alimentação e Deglutição	Há presença de dificuldades de deglutição, presença de refluxo gastroesofágico, alteração na coordenação da sucção respiração e deglutição, presença de constipação, alterações das estruturas crânio-faciais como: macroglossia, alterações de palato, presença de fissuras lábio/palatina, hipotonia oral, movimentos alterados de língua, escape oral de alimentos e presença de recusa alimentar.
NEWMAN, et al	2008	<i>Swallowing Disorders in Infant</i>	Distúrbio de Deglutição nos Lactentes	Problemas de sucção e deglutição que são resultado de múltiplos problemas médicos e que podem agravar a saúde e causar complicações respiratórias.
LEFTON-GREIF	2008	<i>Feeding and Swallowing Disorders</i>	Distúrbio de Alimentação e Deglutição	Distúrbios complexos de alimentação/deglutição e que geralmente ocorrem em conjunto com múltiplas condições médicas, de saúde e de desenvolvimento.
PETERSEN e ROGERS	2008	<i>Pediatric Dysphagia</i>	Disfagia Pediátrica	Dificuldade na deglutição, pode afetar a alimentação, a hidratação e a administração de medicamentos, e pode levar a complicações respiratórias, nutricionais e de saúde. Alimentação e deglutição devem ser consideradas únicas.

Quadro 1 (continuação): Termos e definições encontradas na literatura por décadas (2009-2019) para as Dificuldades e Distúrbios de Alimentação e Deglutição em Crianças.

Autor	Ano	Termo	Tradução Livre	Definição proposta e/ou utilizada
LEVY, et al.	2009	<i>Infantile Feeding Disorders</i>	Distúrbio de Alimentação em Lactentes	Termo genérico que engloba uma ampla variedade de condições que afetam a alimentação de bebês e crianças.
BARTON, et al.	2014	<i>Feeding Difficulties</i>	Dificuldades Alimentares	Dificuldades alimentares como problemas relacionados à ingestão de alimentos, incluindo recusa alimentar, seletividade alimentar e dificuldades de deglutição
KERZNER, et al.	2015	<i>Feeding Difficulties</i>	Dificuldades Alimentares	Dificuldades alimentares são definidas como problemas que afetam a ingestão de alimentos e podem ser causadas por fatores orgânicos ou comportamentais
KERZNER, et al.	2015	<i>Neophobia</i>	Neofobia Alimentar	Rejeição de alimentos que são novos ou desconhecidos para a criança
KERZNER, et al.	2015	<i>Picky Eating</i>	Seletividade Alimentar	Termo que tem definições e significados inconsistentes em diferentes países e culturas. Em geral, se refere a um problema leve ou transitório de alimentação em que a criança é "exigente" ou tem um apetite reduzido.
DODRILL e GOSA	2015	<i>Pediatric Dysphagia</i>	Disfagia Pediátrica	Qualquer interrupção na sequência das fases da deglutição resulta em um comprometimento da segurança, eficiência ou adequação da ingestão nutricional.
KLEINERT	2017	<i>Pediatric Feeding Disorders</i>	Distúrbio Alimentar Pediátrico	Subdivide em variados grupos de acordo com a sua sintomatologia, distúrbios alimentares por desordens do neurodesenvolvimento, distúrbios alimentares comportamentais e distúrbios alimentares relacionados a condições médicas, como problemas gastrointestinais, metabólicos, cardíacos e respiratórios. Para a autora, estes distúrbios podem afetar a coordenação, movimento e/ou tônus muscular em todo o corpo ou especificamente afetar as funções motoras orais.
SHARP et al.	2017	<i>Pediatric Feeding Disorders</i>	Distúrbio Alimentar Pediátrico	Distúrbios que envolvem interrupções graves na ingestão nutricional e calórica que excedem as variações normais de fome, preferência alimentar e/ou interesse em comer.
ENGEL-HOEK et al.	2017	<i>Pediatric Feeding and Swallowing Disorders</i>	Distúrbio de Deglutição e Alimentação	Os distúrbios de alimentação e deglutição podem ser classificados em 4 grupos: transitórios, do desenvolvimento, crônicos e progressivos, as crianças com distúrbios de alimentação e deglutição podem apresentar disfagia e atrasos e/ou dificuldades no desenvolvimento das habilidades de alimentação.

Quadro 1 (continuação): Termos e definições encontradas na literatura por décadas (2009-2019) para as Dificuldades e Distúrbios de Alimentação e Deglutição em Crianças.

Autor	Ano	Termo	Tradução Livre	Definição proposta e/ou utilizada
STANLEY, et al.	2019	<i>Swallowing and Feeding Disorders</i>	Distúrbio de Deglutição e Alimentação	Crescimento deficiente/falha em progredir a, alimentação, alimentação lentificada ou insuficiente, presença de recusa alimentar, tosse ou engasgo durante a alimentação, presença de queixas respiratórias crônicas, taquipnéia ou respiração ruidosa durante a alimentação, dessaturação ou cianose durante a alimentação e presença de pneumonia).
MILANO, et al.	2019	<i>ARFID – Avoidant Restrictive Food Intake Disorder</i>	TARE – Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo	Transtorno alimentar onde as crianças não conseguem manter uma alimentação adequada, com ênfase em comportamentos alimentares específicos, como recusa alimentar por subtipo sensorial, apetite alimentar reduzido e medo de realizar alimentação e/ou ingestão de alimentos.
DUFFY	2018	<i>Feeding and Swallowing problems</i>	Dificuldades de alimentação e deglutição	Problemas de alimentação e deglutição surgem de uma variedade de questões estruturais e funcionais em crianças normais e com atraso de desenvolvimento que não favorecem uma alimentação bem-sucedida.
MILANO, et al.	2019	<i>Pediatric Feeding Disorders</i>	Distúrbio Alimentar Pediátrico	Dificuldades alimentares que resultam em incapacidade de manter um padrão alimentar adequado para o crescimento e desenvolvimento de acordo com a idade, incluindo problemas com a seleção de alimentos, problemas com a quantidade de alimentos ingeridos e problemas com a aceitação de alimentos associadas a problemas médicos e/ou atrasos do neurodesenvolvimento.
MILANO, et al.	2019	<i>Feeding Difficulties</i>	Dificuldades Alimentares	Qualquer dificuldade que afete a ingestão de alimentos, incluindo problemas com a seleção de alimentos, problemas com a quantidade de alimentos ingeridos e problemas com a aceitação de alimentos.
Bell et al.	2019	<i>feeding/Swallowing difficulties</i>	Dificuldades de Alimentação/deglutição	Alterações que impactam a segurança da alimentação por via oral, com base em uma combinação de avaliações clínicas e classificações funcionais.
GODAY, et al.	2019	<i>Pediatric Feeding Disorders</i>	Distúrbio Alimentar Pediátrico	Ingesta inadequada para idade há mais de duas semanas com presença de comprometimento em um ou mais dos seus 4 domínios (Médico, nutricional, habilidade de alimentação e psicossocial)

Quadro 1 (continuação): Termos e definições encontradas na literatura por décadas (2020-2023) para as Dificuldades e Distúrbios de Alimentação e Deglutição em Crianças.

IBAÑEZ, et al.	2020	<i>Pediatric Feeding Disorders</i>	Distúrbio Alimentar Pediátrico	Condição em que um indivíduo experimenta dificuldades significativas em relação à ingestão de alimentos e/ou líquidos, o que pode levar a uma variedade de consequências negativas para a saúde e o bem-estar.
VISWANATHAN E JADCHERLA	2020	<i>Feeding and Swallowing difficulties</i>	Dificuldades de Alimentação e Deglutição	Os autores definem as dificuldades de alimentação e deglutição em neonatos como a incapacidade de realizar o processo de alimentação e deglutição de forma segura, eficiente e independente.
LAWLOR e CHOI (2020)	2020	<i>Feeding Difficulties</i>	Dificuldades Alimentares	Dificuldade de alimentação e de deglutição são vistas como um conjunto, que leva a riscos nutricionais e que pode comprometer o desenvolvimento de crianças.
KING e BURCH	2020	<i>Feeding Difficulties</i>	Dificuldades Alimentares	Dificuldades de alimentação como a recusa alimentar e a seletividade
HORNBERGER e LANE	2021	<i>ARFID – Avoidant Restrictive Food Intake Disorder</i>	TARE – Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo	Crianças com a limitação intencional da ingestão de alimentos por razões diferentes da preocupação com o peso corporal, como as propriedades sensoriais dos alimentos, falta de interesse em comer ou medo de consequências adversas com a alimentação, como se engasgar ou vomitar
PUTNICK, et al.	2022	<i>Feeding Problems</i>	Dificuldades Alimentares	Dificuldades de alimentação/deglutição alterações que envolvem questões psicossociais relacionadas à alimentação, deglutição e recusa alimentar
SCHWEMMLE e ARENS	2022	<i>Pediatric Dysphagia</i>	Disfagia Pediátrica	Distúrbio de deglutição. Eles mencionam que a disfagia pode ser causada por uma variedade de condições, incluindo distúrbios de desenvolvimento, síndromes, condições comportamentais ou neurológicas, problemas respiratórios, refluxo gastroesofágico, esofagite eosinofílica ou deficiências anatômicas
ESLICK, et al	2022	<i>Feeding Difficulties</i>	Dificuldades Alimentares	Dificuldades na coordenação da respiração/deglutição, mastigação, presença de tosse, engasgos e refluxo

ESTREM ET AL. (2024) realizaram um estudo com o objetivo de alcançar um consenso sobre a delimitação diagnóstica entre o DAP e o TARE, frente aos desafios relacionados à terminologia, sobreposição de critérios e implicações clínicas. Tratou-se de um estudo qualitativo, baseado em um processo de consenso em três etapas (pré-trabalho, reunião e pós-trabalho), envolvendo 14 especialistas norte-americanos com experiência em DAP e TARE. Os autores apontam que os dois diagnósticos compartilham

critérios clínicos centrais, como prejuízo nutricional, necessidade de alimentação enteral e disfunção psicossocial, o que tem gerado confusão diagnóstica em serviços clínicos e pesquisas. A sobreposição ocorre especialmente no que se refere às consequências nutricionais e psicossociais da ingestão restrita, além de possíveis trajetórias clínicas comuns, como o desenvolvimento de TARE a partir de um quadro inicial de DAP. Contudo, diferenciam-se pela origem diagnóstica: TARE é um transtorno psiquiátrico definido pelo DSM-5, enquanto o DAP é um diagnóstico multidisciplinar fundamentado na Classificação Internacional de Funcionalidade da OMS, que inclui disfunções nos domínios médico, nutricional, psicossocial e de habilidades alimentares. A disfagia, frequentemente presente no domínio de habilidades do DAP, pode mimetizar evitação alimentar, sendo essencial distinguir se a recusa alimentar é motivada por dificuldades sensório-motoras-orais ou por componentes afetivo-comportamentais típicos do TARE. A avaliação diagnóstica, portanto, requer rastreio médico (quanto a todos os seus fatores médicos), análise do desenvolvimento de habilidades alimentares, segurança nutricional e pulmonar e compreensão da trajetória da alimentação dentro do distúrbio e/ou transtorno. O estudo resultou em 10 declarações consensuais e reforça a necessidade de integração entre os campos clínicos para promover maior rigor terminológico e melhoria na condução terapêutica.

A fim de sistematizar as distinções e interseções diagnósticas entre o Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP) e o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE), o quadro 2 apresenta os principais critérios diferenciais e sobrepostos, conforme proposto no consenso norte-americano de Estrem et al. (2025). Essas representações contribuem para uma melhor compreensão diagnóstica e para a delimitação das abordagens terapêuticas adequadas a cada caso.

Quadro 2: Comparação Diagnóstica entre DAP e TARE.

<i>Categoria</i>	<i>DAP (Distúrbio Alimentar Pediátrico)</i>	<i>TARE (Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo)</i>	<i>Critérios Compartilhados</i>
Base Diagnóstica	Diagnóstico multidisciplinar (CID-11) Elaborado com base na CIF	Diagnóstico psiquiátrico (DSM-5)	Prejuízo nutricional (baixo peso, falha no crescimento)
Modelo Funcional	Funcionalidade: domínio de habilidade de alimentação/deglutição e/ou comprometimento nos seus demais domínios	Foco em padrões com comportamentos de evitação/aversão alimentar sem motivação por imagem corporal	Dependência de nutrição enteral ou suplementação oral
Habilidades Alimentares	Pode incluir a disfagia orofaríngea e/ou atraso no desenvolvimento das habilidades sensório-motoras-orais	Supõe que as sensório-motoras-orais e a deglutição estão preservadas (exceto se coexistir com DAP) *Atenção para a necessidade da exclusão de demais queixas orgânicas	Disfunção psicossocial (interferência em rotinas ou vínculos familiares)
Idade de Início	Ocorre na infância (frequente <5 anos)	Infância tardia, adolescência ou idade adulta	Quando de início precoce (primeiríssima infância, decorrência de fatores orgânicos iniciais) pode ser consequência do DAP
Sobreposição Diagnóstica	-	Comportamento de recusa ou evitação alimentar persistente	-

*Fonte: elaborado pelo autor

2. Incidência ou prevalência das Dificuldades e Distúrbios de Alimentação e/ou Disfagia em Pediatria.

NEWMAN et al. (2001) realizaram estudo sobre a frequência de distúrbios de deglutição em bebês, visando identificar bebês disfágicos que apresentavam penetração laríngea, aspiração ou refluxo nasofaríngeo em sua ocorrência e relação entre os distúrbios de deglutição e diagnósticos médicos. Foram estudados 43 bebês submetidos a estudos de videofluoroscopia de deglutição em um centro médico pediátrico universitário, e foi realizada uma análise de cada deglutição para determinar os achados. A prevalência de penetração laríngea foi de 44,2%, aspiração de 20,9% e refluxo nasofaríngeo de 16,3%. Quanto à relação entre os distúrbios de deglutição e os

diagnósticos médicos, constatou-se que os bebês representavam um grupo heterogêneo de diagnósticos médicos, no entanto, os autores destacaram a necessidade de pesquisas adicionais para examinar a função de deglutição em bebês com diagnósticos médicos específicos, a fim de fornecer informações sobre a epidemiologia dos distúrbios de deglutição, a progressão da disfunção de deglutição com a maturação e a intervenção terapêutica.

LEFTON-GREIF (2008) em uma revisão de literatura sobre disfagia pediátrica referiu que a prevalência de distúrbios alimentares na população pediátrica é estimada em 25% a 45% em crianças com desenvolvimento típico e de 33% a 80% em crianças com distúrbios do desenvolvimento. Além disso, a incidência de disfagia pediátrica está aumentando. No entanto, reforça que os dados sobre a prevalência e incidência das dificuldades de alimentação e deglutição na população pediátrica são limitados.

TAYLOR et al. (2013) realizaram estudo retrospectivo de 70 prontuários de crianças encaminhadas para serviços de fonoaudiologia no Centro de Câncer Infantil de Queensland, Austrália. Os autores analisaram a prevalência e a gravidade dos distúrbios de deglutição e comunicação em crianças com câncer e distúrbios hematológicos não malignos, bem como a associação entre esses distúrbios. Os resultados mostraram que os distúrbios de deglutição foram os maiores e mais comumente desafios observados na avaliação inicial, com uma prevalência de 58,6%. As crianças com tumores do sistema nervoso central e distúrbios hematológicos não malignos apresentaram taxas significativamente mais altas de distúrbios de alimentação do que outros grupos diagnósticos oncológicos e hematológicos. As crianças com tumores do sistema nervoso central apresentaram as maiores taxas de disfagia com alteração de fase oral e faríngea ($p = 0.01$). Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos diagnósticos para a intensidade da entrega de serviços de patologia da fala. Além disso, 44,3% das crianças

apresentaram dificuldades de deglutição e alimentação, com 20% sendo alimentadas apenas por sondas de alimentação. Das crianças que foram autorizadas a ingerir alimentos por via oral, 58,9% tinham uma dieta seletiva principalmente com relação à textura. Em conclusão, o estudo destaca a alta prevalência de distúrbios de deglutição e alimentação em crianças com câncer e distúrbios hematológicos não malignos, além da necessidade de intervenção precoce da fonoaudiologia para melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

DA ROSA PEREIRA et al. (2015) descreveram as alterações na deglutição encontradas em bebês com cardiopatias congênitas durante o período de hospitalização. Foi realizado um estudo prospectivo, comparativo e transversal na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto de Cardiologia Pediátrica em Porto Alegre, Brasil, de agosto de 2011 a agosto de 2012. Os critérios de inclusão constaram de bebês com menos de 7 meses, diagnosticados com cardiopatias congênitas e com suspeita de distúrbios de deglutição. Bebês com diagnóstico médico neurológico ou sintomático, ou aguardando correção cirúrgica, foram excluídos da pesquisa. Foi utilizada a Escala de Avaliação da Prontidão para Alimentação Oral em Prematuros, e um protocolo para a avaliação clínica da deglutição baseado no estudo de Weir et al 2012. Após a avaliação da deglutição, a amostra foi dividida em dois grupos para comparar os achados clínicos de cada grupo. Os bebês com deglutição normal compuseram o grupo 1 e aqueles com disfagia orofaríngea compuseram o grupo 2. A frequência de estase oral foi de 75% no grupo 2 (bebês com disfagia orofaríngea) e de 16,7% no grupo 1 (bebês com deglutição normal). A frequência de tosse foi de 50% no grupo 2 e de 8,3% no grupo 1. A frequência de fadiga após a alimentação foi de 50% no grupo 2 e de 8,3% no grupo 1. A frequência de cianose foi de 25% no grupo 2 e de 0% no grupo 1. A frequência de dessaturação foi de 25% no grupo 2 e de 0% no grupo 1. Além disso, a análise estatística revelou que a presença de

cardiopatia cianótica foi um fator de risco significativo para a disfagia orofaríngea ($p=0,036$). No entanto, a idade gestacional e o peso ao nascer não apresentaram significância estatística para a presença de disfagia orofaríngea.

SOUZA et al. (2017) descreveram os achados da avaliação clínica da deglutição em lactentes cardiopatas pós-cirúrgicos em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital de referência no sul do Brasil, por meio do Protocolo de Avaliação da Disfagia Pediátrica (PAD-PED). Foram incluídos lactentes com diagnóstico médico de cardiopatia congênita e idade entre 0 e 6 meses, após procedimento cirúrgico. Foram excluídos aqueles com comprometimento neurológico, malformação craniofacial, alterações estruturais de vias aéreas superiores, comprometimento respiratório, suspeita ou diagnóstico de síndrome genética. Dos 31 lactentes que compuseram a amostra, 23 (74,2%) foram classificados com algum grau de disfagia, sendo 11 (35,5%) com grau leve, 9 (29,0%) com grau moderado e 3 (9,7%) com grau grave. Foi observada associação estatisticamente significativa entre o tempo de intubação orotraqueal maior que 24 horas e a presença de disfagia ($p=0,02$). Houve diferença significativa na avaliação clínica realizada com a oferta de mamadeira quando comparada à oferta em seio materno, em mamadeira também foi observado maior número de alterações da deglutição. Os autores concluem que a avaliação clínica da deglutição utilizando o PAD-PED em lactentes cardiopatas pós-cirúrgicos pode auxiliar na identificação precoce de disfagia, permitindo intervenções terapêuticas adequadas, especialmente em lactentes com tempo prolongado de intubação orotraqueal.

INDRAMOHAN et al. (2017) realizaram estudo de coorte prospectivo com o objetivo de identificar os fatores de risco para a alimentação inadequada em recém-nascidos com doenças cardíacas congênitas, e desenvolver uma abordagem inovadora para melhorar a alimentação oral. No estudo, foram coletados dados demográficos, dados

pré-operatórios e pós-operatórios, incluindo complicações pós-cirúrgicas e dados de alimentação. Foram realizadas análises estatísticas univariadas e multivariadas para identificar fatores de risco e avaliar a eficácia da intervenção. O estudo foi realizado em um hospital universitário nos Estados Unidos e incluiu pacientes pediátricos submetidos a cirurgia cardíaca corretiva. Os pacientes foram divididos em dois grupos: um grupo de intervenção que recebeu a intervenção motora oral e um grupo controle que não recebeu a intervenção. A intervenção motora oral foi administrada por terapeutas ocupacionais, enfermeiros e pais, quatro vezes ao dia, com cada sessão durando 15 minutos. A intervenção foi iniciada antes da cirurgia em todos os pacientes do grupo de estudo e continuou até que o paciente estivesse recebendo todas as refeições por via oral por 24 horas. A intervenção foi interrompida por 24 horas após a cirurgia e em casos de descompensação do paciente (os exercícios foram realizados mesmo com pacientes em intubação orotraqueal, sendo realizados por pais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais). Um gráfico laminado com imagens e descrições dos exercícios foi colocado ao lado do leito do paciente para servir como um lembrete para a administração da intervenção. Os dados foram coletados prospectivamente para o grupo de estudo e retrospectivamente para o grupo controle. Os autores referem em seus resultados que o grupo de intervenção apresentou redução de 12 dias, porém não foi estatisticamente significativo. E em relação ao desfecho de alta com via oral exclusiva, 30% da amostra saiu com via oral, 11,5% maior que o grupo controle, porém não estatisticamente significativa. Os autores referem que o número da amostra é pequeno para obter valores reais e que historicamente não existem outros estudos para que se possa fazer um comparativo.

SCHWEMMLE e ARENS (2018) em estudo de revisão de literatura referiram que as dificuldades alimentares e/ou disfagia são observados em até 25% de todas as crianças. Verificaram que aproximadamente 40% dos bebês nascidos prematuramente

apresentam distúrbios de deglutição, em crianças com distúrbios de desenvolvimento a prevalência foi de 64-78% e nas crianças com paralisia cerebral, 90%.

ROSS e BROWNE (2013) realizaram revisão sistemática dos desfechos de alimentação em bebês prematuros após a alta da UTI neonatal. A revisão fornece informações e fundamentos sobre os desafios enfrentados por bebês prematuros e suas famílias, bem como a importância da alimentação bem-sucedida para o crescimento e desenvolvimento. A metodologia descreve a estratégia de pesquisa e os critérios de inclusão / exclusão usados para identificar estudos relevantes. Foram encontrados 61 artigos sendo estes revisados, tendo destes 27 com foco nos desfechos de alimentação ou de crescimento no momento da alta da UTI neonatal e mais 29 com o foco em bebês prematuros após a alta. As taxas de prevalência apresentadas no estudo variam de acordo com o resultado avaliado. As autoras referiram que em relação às taxas de amamentação exclusiva na Suécia foram relatadas em torno de 50% aos 4 meses de idade corrigida, mas essa taxa diminuiu quando dados de bebês extremamente prematuros foram incluídos. Outro estudo relatou taxas de prevalência de 57% de amamentação exclusiva em bebês prematuros nascidos entre 25 e menos de 36 semanas, com 42% ainda amamentando exclusivamente aos 6 meses de idade corrigida. Além disso, o estudo relatou que a prevalência de dificuldade de alimentação e peso para idade abaixo do percentil 3 em prematuros após a alta da UTI neonatal. A discussão destaca as principais descobertas com relação aos desfechos alimentares de bebês de alto risco e suas implicações para a prática clínica, bem como as limitações do estudo e áreas para pesquisas futuras. No geral, a revisão fornece informações valiosas sobre intervenções eficazes para promover a alimentação e o crescimento bem-sucedidos em bebês prematuros após a alta da UTI neonatal como a indicação da alimentação responsiva.

HILL et al. (2013) estudaram a presença de distúrbio alimentar e estresse psicossocial (com o foco familiar) em pacientes com má formação cardíaca de ventrículo único e distúrbios alimentares, comparando-os com outras crianças avaliadas com distúrbios alimentares de um mesmo serviço. O desenho do estudo foi transversal e incluiu a aplicação de questionários validados (*Parenting Stress Index, About Your Child's Eating e o Mealtime Behavior Questionnaire*) para avaliar o distúrbio alimentar e o estresse parental em pais de crianças avaliadas no Centro de Alimentação, Deglutição e Nutrição do Hospital Infantil de Wisconsin. Foram avaliados oito pacientes, com idade média de 36 ± 23 meses sendo cinco pacientes do sexo feminino (63%). Os resultados mostraram que em comparação às crianças não cardíacas avaliadas na clínica de alimentação, houve maior frequência de resistência relatada das crianças à alimentação ($83 \pm 15\%$ vs. $44 \pm 2\%$; $P = 0,05$). Os pais de pacientes com ventrículo único foram mais propensos a relatar angústia ($50 \pm 18\%$ vs. $21 \pm 2\%$; $P = 0,04$) e uma criança difícil ($63 \pm 17\%$ vs. $31 \pm 2\%$; $P = 0,05$). Também houve mais respostas defensivas (definida pelos autores como: forma de comportamento dos pais em que eles minimizam ou negam a existência de problemas alimentares em seus filhos) entre os pais de crianças com ventrículo único ($63 \pm 17\%$ vs. $29 \pm 2\%$; $P = 0,04$). Toda a análise dos dados foi realizada por meio de testes qui-quadrado e os resultados foram expressos como média \pm desvio padrão. Os autores concluíram que pacientes com doença cardiológica do ventrículo único e distúrbios alimentares apresentaram mais estresse psicossocial em comparação com outras crianças avaliadas com distúrbios alimentares, e sugeriram a necessidade de intervenções específicas para melhorar a alimentação e a relação psicossocial desta alimentação.

HOOGEWERF et al. (2017) estudaram a prevalência de DAP em crianças que foram tratadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) após a alta

hospitalar. Para o estudo foi realizada análise observacional de coorte de 378 crianças de um hospital na Holanda que receberam cuidados de UTIN de alta complexidade por quatro dias ou mais em 2011 a 2012. Foram excluídas crianças com anomalias cromossômicas. As crianças foram divididas em quatro grupos de acordo com a idade gestacional (menos de 28 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas e nascidos a termo). Os pais das crianças preencheram questionários sobre o perfil e comportamento alimentar. Foram realizadas análises univariadas e multivariadas para identificar os fatores de risco para as dificuldades alimentares. Os resultados mostraram que os problemas alimentares são mais comuns em crianças que passaram pela UTIN, sendo a alimentação prolongada por sondas de alimentação, sendo este o fator de risco mais significativo para DAP. A prevalência de DAP variou de 10,5% a 22,2%, dependendo do grupo de idade gestacional. Os autores concluíram que a detecção precoce e o tratamento adequado da DAP em crianças que passaram pela UTIN são essenciais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes após a alta hospitalar.

HORTON et al. (2017) realizaram um estudo observacional retrospectivo a partir do banco de dados *Kids' Inpatient Database* (KID) de 1997 a 2012, seu objetivo foi determinar as tendências temporais dos diagnósticos de disfagia em crianças hospitalizadas. Foram selecionadas mais de 6 milhões de admissões pediátricas em cada relatório trienal do KID. A prevalência geral de diagnósticos de disfagia aumentou de forma estatisticamente significativa em cada lançamento subsequente de dados, de 0,08% em 1997 para 0,41% em 2012 ($p < 0,001$). A distribuição etária dos pacientes diagnosticados com disfagia também mudou ao longo dos anos, de uma média de 7,33 anos em 1997 para 6,99 anos em 2012 ($p < 0,001$).

JACKSON et al. (2018) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a associação entre a idade, comorbidades respiratórias e disfagia em crianças com síndrome

de Down. Foi utilizado uma revisão retrospectiva de laudos de videofluoroscopia da deglutição e avaliação endoscópica de deglutição em crianças com síndrome de Down. Os pacientes foram agrupados por idade, foram excluídos pacientes que realizaram a avaliação da deglutição em outras instituições e relatórios/laudos de avaliação com limitações na interpretação do estudo, como dados incompletos. Os resultados foram agrupados em um banco de dados eletrônico e analisados estatisticamente. Verificaram que a disfagia foi mais comum em crianças com síndrome de Down com menos de 6 meses de idade (23,5%) em comparação com crianças de 6 a 12 meses de idade (25,0%) ($p=0,02$), assim como a presença de comorbidade associadas ao quadro como cardiopatias congênitas (50,0%), laringomalácia (33,3%), hipertensão pulmonar (25,0%) e presença de pneumonia prévia à internação (50,0%), aumentou a probabilidade de disfagia (52,9% vs. 17,6%, $p=0,01$).

PARK et al. (2019) realizaram um estudo transversal com o objetivo de descrever os sintomas de dificuldades alimentares em crianças nascidas pré-termo muito prematuras (<32 semanas) e moderadas e tardias (32–36 semanas) entre 6 meses e 7 anos de idade, em comparação com crianças nascidas a termo, e investigar o impacto de fatores de risco médicos. A amostra incluiu 57 crianças muito prematuras, 199 moderadamente prematuras e 979 nascidas a termo, cujos cuidadores responderam ao instrumento validado *Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)*. Os escores totais do PediEAT foram significativamente mais elevados nas crianças muito prematuras ($F_{2,1232} = 154,2$; $p < 0,001$), seguidas pelas moderadamente prematuras e, por último, pelas nascidas a termo. Foram observadas diferenças significativas também nas subescalas: sintomas fisiológicos ($F_{2,1229} = 140,4$), comportamentos problemáticos à mesa ($F_{2,1230} = 73,9$), alimentação seletiva/restritiva ($F_{2,1230} = 109$) e processamento oral ($F_{2,1230} = 89,1$), todas com $p < 0,001$. Escores z indicaram sintomas mais graves especialmente em muito

prematturos nos domínios fisiológicos e seletivos (escore $z > 2$). Entre as crianças pré-termo ($n = 256$), 23,8% haviam consultado um especialista em alimentação nos últimos 6 meses. Fatores como refluxo gastroesofágico, atraso de linguagem, distúrbio do processamento sensorial e anomalias congênitas mostraram associação significativa com maiores escores totais no PediEAT ($p < 0,001$). Crianças com histórico de dificuldades alimentares na infância apresentaram escores 64,3% maiores do que aquelas sem tal histórico (121,4 vs. 73,9; $p < 0,001$). Além disso, a presença de cada condição médica adicional aumentou em média 13,9 pontos no escore total do PediEAT ($t = 10,2$; $p < 0,001$). Os achados reforçam a importância do monitoramento clínico prolongado da alimentação em crianças nascidas pré-termo.

HENNINGFELD et al., 2020. Os autores do presente estudo tiveram como objetivo caracterizar o DAP em crianças com traqueostomia, a partir da avaliação interdisciplinar em um centro especializado. Tratou-se de um estudo retrospectivo, de centro único, com análise de prontuários de 13 crianças com traqueostomia, avaliadas entre 2000 e 2015, com idade mediana de 51 meses (IQR 26–69). Foram coletados dados demográficos, nutricionais, respiratórios, antropométricos, comportamentais e de habilidades alimentares, com aplicação dos instrumentos validados *Mealtime Behavior Questionnaire* (MBQ), *About Your Child's Eating* (AYCE), *Parenting Stress Index* (PSI) e *Child Development Inventory* (CDI). A presença de DAP foi identificada em todos os participantes, com evidências em múltiplos domínios: (1) domínio médico, pela presença de condições respiratórias crônicas e histórico de traqueostomia com ventilação mecânica domiciliar em 38% dos casos; (2) domínio nutricional, com escores-z de peso e estatura para idade abaixo da média (-1,32 e -1,77, respectivamente) e uso de nutrição enteral em 77% dos participantes; (3) domínio de habilidades alimentares, com atrasos significativos na introdução de várias consistências alimentares, como alimentos

combinados (atraso médio de 28,4 eses; $p = 0,003$) e alimentos em pedaços (27,9 meses; $p = 0,01$); e (4) domínio psicossocial, com escores significativamente piores no MBQ ($p = 0,01$) e maior resistência à alimentação no AYCE ($p = 0,0001$), indicando comportamentos alimentares disfuncionais e impacto na interação cuidador-criança. Não foram observadas correlações significativas entre a gravidade dos DAP e fatores como ventilação mecânica prévia, uso de cânula com cuff ou de válvula fonatória. Os autores reforçam a necessidade de intervenções interdisciplinares precoces para manejo dos múltiplos domínios do DAP em crianças com histórico de traqueostomia.

CHRISTIAN et al., (2020). Realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a prevalência do DAP em crianças com Síndrome do Intestino Curto (SIC) e investigar fatores associados à persistência do distúrbio, realizado através de um estudo retrospectivo de centro único, conduzido com pacientes diagnosticados com SIC nos primeiros seis meses de vida e acompanhados o quarto ano de vida. Foram coletadas informações demográficas, dados antropométricos e de suporte nutricional em intervalos regulares. A amostra foi composta por 28 pacientes, dos quais 82,1% eram prematuros e 57,1% apresentavam enterocolite necrosante como etiologia. Ao final de quatro anos, 100% dos pacientes haviam sido desmamados da nutrição parenteral (NP) e 100% da nutrição enteral (NE). A prevalência do DAP foi de 100% aos 12 meses, 76,5% aos 24 meses, 68,8% aos 36 meses e 70% aos 48 meses. Quando considerados apenas os critérios de dependência de suplementos orais de alta caloria ou incapacidade de ingestão inadequada para a idade, os valores foram 80%, 70,6%, 62,5% e 50%, respectivamente. A resolução do DAP foi mais frequente entre crianças com maior percentual de intestino delgado remanescente e etiologia de enterocolite necrosante. Observou-se ainda maior prevalência de vômitos ou necessidade de alimentação pós-pilórica entre pacientes com DAP. Conclui-se que o DAP é altamente prevalente em crianças com SIC, com tendência

de melhora ao longo do tempo, embora muitos mantenham necessidade de cuidados médicos prolongados

KOVACIC et al. (2021) estudaram a prevalência do DAP (conforme os critérios propostos por Goday et al, 2019) em crianças nos Estados Unidos. Para isso, foram utilizados dados de seguros privados e públicos de dois estados (Arizona e Wisconsin) e do banco de dados “*Truven Health Analytics MarketScan Commercial Claims and Encounters*”. A análise foi realizada entre os anos de 2009 e 2014. A prevalência do estudo foi de 1 em 23 crianças em Wisconsin, 1 em 24 crianças no Arizona e 1 em 37 crianças na coorte com seguro privado no ano de 2014.

SLANA et al. (2022) estudaram a prevalência dos DAP e identificaram os fatores de risco associados em prematuros que nasceram com extremo baixo peso no seu segundo ano de vida. A metodologia utilizada foi um questionário respondido pelos pais das crianças, que incluía informações gerais sobre o bebê e perguntas sobre o método de alimentação utilizado após a alta hospitalar sobre as dificuldades com a alimentação e deglutição. Foram avaliados 117 questionários e os autores constataram 63,8% de DAP em bebês com extremo baixo peso ao nascer. Os autores recomendaram que os profissionais de saúde monitorem cuidadosamente o desenvolvimento alimentar e de deglutição desses bebês e forneçam intervenções precoces para prevenir ou tratar esses problemas.

NORMAN et al. (2022) realizaram revisão de escopo que teve como objetivo identificar a prevalência de distúrbios de alimentação e deglutição em crianças com cardiopatia congênita. A metodologia utilizada incluiu a busca de estudos relevantes em diversas bases de dados eletrônicas (*PubMed, Medline, Scopus, EBSCOhost, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) e a Cochrane Library*), e a seleção dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão e a avaliação da

qualidade dos estudos selecionados. Os resultados mostraram que 15 estudos atenderam aos critérios de inclusão. A qualidade dos estudos foi avaliada usando a escala adaptada de Newcastle-Ottawa. Dos 15 estudos selecionados a maioria (10/15; 67%) foi publicada nos Estados Unidos, dos cinco estudos restantes, quatro foram publicados em outros países de alta renda, sendo um da Austrália, um do Canadá, um da Coreia e um da Suíça e apenas um dos estudos foi conduzido em um país de renda média, sendo este o Brasil. Os resultados desta revisão indicaram que a prevalência de distúrbios de alimentação e deglutição em crianças com cardiopatia congênita variou amplamente entre os estudos, com uma prevalência entre 18% a 74% e média de 42,9%. A prevalência de aspiração variou de 14% a 51%, e a média foi de 32,9%. A prevalência de disfunção das cordas vocais variou de 8% a 57,6%. A prevalência de alimentação por via alternativa de alimentação na alta hospitalar foi relatada em vários estudos e variou de 22,9% a 45,3%, com uma prevalência média de 31,3%. A prevalência dos distúrbios de alimentação e deglutição em estudos que incluíram participantes com cardiopatia congênita de maior complexidade foi significativamente maior do que em estudos com predominantemente cardiopatia congênita acianótica.

SLAUGHTER (2022) realizou uma revisão de literatura com o objetivo de identificar a prevalência de várias dificuldades aerodigestivas em neonatos e seu impacto econômico nos sistemas de saúde. A revisão compilou tanto alterações que requerem reparo cirúrgico quanto sintomas funcionais que requerem terapia e reabilitação. A metodologia utilizada incluiu uma revisão de estudos epidemiológicos publicados sobre o tema. Os resultados foram classificados em cinco grupos: alterações de nasofaringe, supraglótica/glótica/subglótica, traqueal, traqueoesofágica, esofágica e esofágica.

Para cada grupo o autor cita as doenças e suas prevalências sendo:

- Alterações de nasofaringe: Atresia de Coanas - 0,82/10.000 e varia ligeiramente entre localizações geográficas, com distribuições iguais entre os sexos;

-Fissuras Orofaciais: apresentam uma prevalência ajustada de 10,63 (IC 95%, 10,32–10,95) por 10.000 nascidos vivos nos EUA , ou 1 em 940 nascidos vivos, foi o segunda alteração congênito mais comum, depois da Trissomia 21 , identificado pelos Centros de Doenças dos EUA Controle (CDC). A prevalência média global de fissura labial, com ou sem fenda palatina, era de 7,94 por 10.000 nados-vivos. A prevalência relatada pelo CDC de fenda palatina sem fissura labial é de 6,35 (IC 95%, 6,11–6,60) por 10.000 nascidos vivos nos EUA

-Distúrbios da língua: Macroglossia - apresenta a prevalência de aproximadamente 4,63 por 100.000 nascimentos, com uma divisão de aproximadamente 50:50 entre casos isolados e aqueles que fazem parte de uma síndrome. A macroglossia isolada, mas não sindrômica, é mais comum em mulheres (aOR = 1,93; IC 95%, 1,45–2,56) e em afro-americanos (aOR = 2,02; IC 95%, 1,41–2,88), a macroglossia isolada aumenta o tempo médio de internação em 4,07 dias (IC 95%, 0,42–7,72 dias) a um custo médio de \$ 6.207 (IC 95%, \$ 576– \$ 11.838) (USD 2003–2012) em comparação com 12,02 dias (IC 95%, 3,63–20,4 dias) e um custo de US\$ 17.205 (IC 95%, US\$ 374–34.035) em pacientes sindrômicos.

Glossoptose - A glossoptose ocorre mais comumente em síndromes, incluindo a sequência de Pierre Robin (descrita com micrognatia abaixo) e Trissomia 21. A glossoptose foi diagnosticada em 63% das crianças com Trissomia 21 que apresentavam apneia obstrutiva do sono persistente apesar da amigdalectomia e adenoidectomia

Anquiloglossia - Prevalência relatada de anquiloglossia varia amplamente por região geográfica, variando de 0,5% a 12% dos bebês e o diagnóstico e tratamento por

meio de frenectomia aumentaram acentuadamente nos últimos anos. O autor analisa os dados e refere que falta de critérios diagnósticos firmes para o diagnóstico e tratamento da anquiloglossia seja a causa dessa imprecisão diagnóstica e de sua prevalência.

Micrognatia - A prevalência é estimada em 1 por 1.500 nascidos vivos.

A sequência de Pierre Robin é a combinação de micrognatia, glossoptose e obstrução das vias aéreas com desconforto respiratório neonatal associado. Sua prevalência foi relatada entre 0,71 e 3,2 por 10.000 nascidos vivos. A prevalência varia regionalmente e é aproximadamente duas vezes mais comum em brancos em comparação com pessoas de ascendência africana. Nos Estados Unidos, a prevalência estimada no nascimento da sequência de Pierre Robin isolada é de 1,8 por 10.000 nascidos vivos e a prevalência da sequência de Pierre Robin associada à síndrome é de 1,4 por 10.000 nascidos vivos.

- Supraglótica/Glótica/Subglótica/: Disfagia - A prevalência global exata da disfagia neonatal é desconhecida. No entanto, várias estimativas de diversas populações neonatais demonstram que a disfagia é um desafio frequente.

Aspiração: A aspiração que leva a sintomas respiratórios pode ocorrer em bebês a termo neurologicamente e estruturalmente normais (11%–13% dos bebês encaminhados para avaliação da deglutição por exames objetivos). Sua prevalência é semelhante a muitos outros distúrbios aerodigestivos, o nascimento prematuro é uma das principais causas de aspiração, e o distúrbio de deglutição e/ou aspiração foi identificado em 28% dos bebês encaminhados para avaliação fluoroscópica da deglutição em um centro acadêmico pediátrico.

Laringomalácia: É relatada na otorrinolaringologia pediátrica como o distúrbio laríngeo congênito mais comum (35% a 75%) e a causa mais comum de estridor em

neonatos, embora sua prevalência exata na população neonatal geral não esteja bem documentada. O tratamento cirúrgico só é necessário em menos de 10% dos pacientes.

Paralisia de prega vocal: A paralisia das pregas vocais, geralmente bilateral (44%), é a segunda anomalia congênita da laringe mais comum (~30%) e a segunda causa mais comum de estridor neonatal. A paralisia de prega vocal bilateral geralmente é idiopática, mas pode estar associada a distúrbios do sistema nervoso central

Estenose subglótica: A prevalência de estenose subglótica congênita não é bem relatada, embora tenha sido relatada como responsável por 30,9% das alterações laríngeas congênitas em um único centro e tenha sido descrita como o terceiro distúrbio laríngeo mais comum. É mais comumente associada a síndromes, incluindo trissomia 21, Síndrome de Charge e deleção 22q11. A estenose subglótica adquirida é a forma mais comum de estenose subglótica e tem sido relatada como o distúrbio laríngeo adquirido mais comum. A intubação é a causa mais comum, com 1 centro relatando histórico de intubação em 90% dos casos. Dois estudos unicêntricos na década de 1990 e um recente estudo caso-controle relataram uma incidência <1% de estenose subglótica adquirida em neonatos intubados. Acredita-se que a prematuridade extrema aumente o risco de estenose subglótica adquirida, embora isso não tenha sido firmemente estabelecido.

Traqueal: Estenose Traqueal - A incidência populacional de estenose traqueal congênita foi estimada em 1 por 64.500 nascidos vivos em um grande hospital acadêmico canadense entre 1964 e 2006. A estenose traqueal congênita geralmente está associada a outras anomalias. A forma isolada, sem malformações associadas, apresenta-se em 10% a 25% dos lactentes.

Traqueoesofágico: - Fístula traqueoesofágica e atresia esofágica: 72,2% dos casos de atresia esofágica têm uma fístula traqueoesofágica associada). 69 A atresia esofágica e a fístula traqueoesofágica são os principais defeitos congênitos estruturais

mais comuns que afetam o esôfago e a traquéia, com uma prevalência estimada de nascimentos variando de 2,1 a 2,8 por 10.000 nascimentos.

Esofágico: Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) - a prevalência exata da DRGE neonatal é difícil de determinar porque muitos sintomas de doenças patológicas relacionadas ao refluxo gastroesofágico são inespecíficos. Por fim, o autor concluiu que a epidemiologia de muitas doenças aerodigestivas neonatais, incluindo sua prevalência, não está totalmente caracterizada e que há uma clara necessidade de estudos que identifiquem a prevalência dessas doenças no atual cenário de cuidados intensivos neonatais. Em relação aos custos o autor refere que distúrbios aerodigestivos não só acarretam custos de tratamento, incluindo cirurgia e/ou reabilitação, mas também têm impacto nos custos relacionados com o tempo de internação hospitalar e morbidades ao longo da vida.

WAWRZONEK et al. (2022) realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar os sintomas do DAP em indivíduos com Síndrome da Deleção 3q29 (3q29Del), comparando-os com um grupo controle típico, bem como examinar diferenças na manifestação dos sintomas alimentares entre indivíduos com 3q29Del com e sem comorbidades de atraso global do desenvolvimento (AGD) ou transtorno do espectro autista (TEA). Tratou-se de um estudo do tipo caso-controle, que incluiu 83 participantes com 3q29Del e 59 controles sem histórico de transtornos do neurodesenvolvimento. Os dados foram obtidos por meio de um questionário de 11 itens, desenvolvido para identificar sintomas de DAP frequentemente observados na prática clínica e na literatura, abrangendo: (1) dependência de sonda para alimentação; (2) dependência de fórmula oral; (3) recusa completa de alimentos por via oral; (4) seletividade alimentar acentuada; (5) recusa completa de um ou mais grupos alimentares; (6) histórico de falha de crescimento (*failure to thrive*); (7) falha de crescimento atual; (8) diagnóstico atual ou anterior de

anemia; (9) ingestão exclusiva de alimentos pastosos ou líquidos (ex: iogurte, purês); (10) ausência de autoalimentação; e (11) presença de comportamentos desafiadores e evitativos durante as refeições (como choro, cuspir, jogar utensílios, entre outros).

Os resultados demonstraram que indivíduos com 3q29Del apresentaram maior frequência de sintomas em 10 dos 11 itens avaliados, com diferenças estatisticamente significativas em diversos domínios listados. No que se refere à seletividade alimentar, 59% dos participantes com 3q29Del foram classificados como “comedores altamente seletivos”, em contraste com apenas 17% do grupo controle, o que representa uma chance quase sete vezes maior (*odds ratio* ajustada = 6,94; IC 95% = 3,08–15,6; $p < 0,001$). Além disso, os indivíduos com 3q29Del apresentaram uma média significativamente maior de rejeição de grupos alimentares inteiros ($0,8 \pm 1,1$) em comparação aos controles ($0,2 \pm 0,6$), com uma razão de taxa ajustada de 3,50 (IC 95% = 1,71–7,18; $p = 0,001$). Esses achados indicam uma seletividade alimentar mais ampla e severa nessa população, refletindo uma restrição tanto na variedade quanto na qualidade dos alimentos consumidos.

Outras diferenças relevantes incluíram maiores taxas de comportamentos de recusa alimentar (15,5 vezes mais frequentes), dependência de sonda (7,3%) e fórmula (12,1%), além de históricos significativamente mais prevalentes de falha de crescimento (43,8%) e anemia (33,7%) nos participantes com 3q29Del. A presença de AGD esteve associada a um aumento significativo na seletividade alimentar, nos comportamentos de evitativos e na prevalência de falha de crescimento, enquanto indivíduos com TEA relataram mais frequentemente o consumo exclusivo de alimentos pastosos. Os achados indicam que indivíduos com 3q29Del estão sob risco elevado para o desenvolvimento de DAP e que esse risco é potencializado pela presença de comorbidades do neurodesenvolvimento. Diante disso, os autores recomendam que a triagem para sintomas

alimentares faça parte da avaliação padrão de indivíduos com 3q29Del, com encaminhamento precoce para avaliação e intervenção interdisciplinar, a fim de mitigar impactos nutricionais, cognitivos e psicossociais associados ao transtorno alimentar.

FULLER (2023) investigou a variabilidade da biomecânica da deglutição em lactentes com dificuldades alimentares por meio da análise videofluoroscópica, com o objetivo de verificar a presença de variabilidade intra indivíduo nas medidas de tempo e deslocamento faríngeo e sua associação com o risco de aspiração. Trata-se de um estudo retrospectivo observacional, realizado com 50 lactentes de até 9 meses de idade encaminhados para avaliação de alimentação por videofluoroscopia. Foram analisadas 349 deglutições em vídeos de 20 segundos capturados durante a alimentação com mamadeira, no meio da refeição. As medidas foram obtidas com o software *Swallowtail™*, incluindo parâmetros objetivos temporais e de deslocamento, bem como o escore da escala de penetração-aspiração (PAS). Os dados foram avaliados por dois avaliadores cegos e experientes, com alta confiabilidade interavaliadores (ICC = 0,78 a 0,82; $p < 0,001$). Os resultados demonstraram variabilidade intra indivíduo significativa nas medidas de tempo e deslocamento em todos os lactentes, sem correlação com a ocorrência de aspiração ($p > 0,05$). Aspiração foi identificada em 32% dos lactentes e 18% das deglutições. A variabilidade na razão sucção-deglutição foi significativamente associada ao aumento do risco de aspiração ($p < 0,001$), sendo que razões superiores a 3:1 apresentaram maior incidência de aspiração (66%) em comparação com razões inferiores (33%). Os autores concluíram que a variabilidade temporal e de deslocamento faríngeo faz parte da biomecânica de lactentes com dificuldades alimentares e não prediz aspiração, enquanto a variabilidade e aumento da razão sucção-deglutição representam importantes indicadores de risco observáveis à beira-leito e que esses achados sugerem a utilidade clínica de medidas objetivas para o planejamento terapêutico.

SOBOTKA et al. (2023) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de sintetizar as evidências disponíveis sobre DAP em crianças dependentes de ventilação mecânica invasiva (VMI) e traqueostomia, destacando os desafios clínicos no manejo alimentar dessa população. Trata-se de um estudo de revisão narrativa, com análise crítica de artigos publicados até 2023, abordando a fisiopatologia, fatores de risco, avaliação e intervenção em DAP. Os autores ressaltam que a prevalência de distúrbios alimentares e uso de gastrostomia é elevada entre crianças com VMI, sendo atribuída a fatores como prematuridade, hospitalizações prolongadas, distúrbios neurológicos e privações sensoriais orais. Evidências apontam que 43% dessas crianças recebem alta com alimentação exclusivamente oral, enquanto 38% utilizam alimentação combinada (oral e enteral) e 19% mantêm alimentação exclusivamente por sonda. Apesar da alta incidência de disfagia e aversão oral, estudos demonstram que a introdução precoce e supervisionada de experiências orais pode reduzir riscos de aversão e promover progressão na alimentação por via oral. Os autores destacam a carência de protocolos padronizados e de estudos longitudinais sobre desfechos alimentares após a alta hospitalar, sugerindo a necessidade de programas interdisciplinares intensivos e individualizados para reabilitação alimentar. Conclui-se que intervenções precoces, avaliações clínicas e instrumentais integradas e o suporte familiar são fundamentais para melhorar os desfechos alimentares em crianças com traqueostomia e VMI.

PAZINATTO et al. (2023) realizaram um estudo de série de casos com o objetivo de identificar características clínicas e epidemiológicas das primeiras crianças atendidas por um programa aerodigestivo pediátrico em um hospital universitário quaternário brasileiro, bem como descrever os desafios no seguimento e propor estratégias de mitigação. A amostra foi composta por 25 pacientes avaliados entre abril de 2019 e outubro de 2020, com seguimento médio de 37 meses. Os dados foram coletados

retrospectivamente e analisados por estatística descritiva e testes inferenciais ($p < 0,05$). A mediana de idade foi de 29 meses; 80% apresentavam disfagia, sendo moderada ou grave em 48% dos casos, dos quais 75% recebiam alimentação oral. Após discussão e atuação da equipe interdisciplinar, 56% dos pacientes tiveram alteração na via de alimentação. Observou-se alta prevalência de comorbidades: 72% tinham três ou mais condições associadas; 56% apresentavam comprometimento neurológico; 68% tinham doenças pulmonares crônicas ou recorrentes; e 64% tinham diagnóstico gastrointestinal. Procedimentos como gastrostomia apresentaram longos tempos de espera (média de 315 dias em 2019). Os autores referem que a avaliação instrumental da deglutição por endoscopia foi essencial para o diagnóstico e conduta, destacando-se a necessidade de maior integração entre especialidades e estrutura institucional para exames e cirurgias, concluindo que a disfagia foi a condição mais frequente e que o modelo multidisciplinar é viável, mas enfrenta barreiras estruturais no contexto do sistema público de saúde brasileiro.

ELGERSMA et al. (2023) realizaram revisão sistemática com o objetivo de identificar os fatores de risco “modificáveis” para problemas de alimentação oral em lactentes com doença cardíaca congênita submetidos à cirurgia neonatal, a fim de apoiar cuidados direcionados e reduzir o impacto das sondas de alimentação nas famílias. Realizada estratégia de busca nas bases de dados Ovid, MEDLINE, Embase, CINAHL e Cochrane Library entre 2010 e 2020. Foram incluídos estudos com população de lactentes com menos de 12 meses de idade submetidos à cirurgia neonatal para doença cardíaca congênita, com identificação de fatores de risco para sondas de alimentação na alta hospitalar como desfecho primário ou secundário de interesse. Os resultados da pesquisa foram importados para o Rayyan QCRI e os duplicados foram removidos. Uma triagem cega por título e resumo foi concluída por dois revisores, com qualquer desacordo

resolvido por consenso. Os estudos incluídos foram avaliados quanto à qualidade metodológica usando as Ferramentas de Avaliação Crítica do Instituto Joanna Briggs. Os dados foram extraídos por um autor e validados por outro autor. A pesquisa resultou em 607 registros, dos quais 18 artigos foram incluídos na revisão atual. Os fatores de risco identificados incluíram baixo peso ao nascer (OR 0,75; IC 95% 0,67-0,85), idade gestacional ($p < 0,001$), tipo de cirurgia ($p = 0,01$), tempo de ventilação mecânica (OR 1,07; IC 95% 1,03-1,12), tempo de internação na UTI neonatal ($p < 0,001$), presença de comorbidades (OR 0,26; IC 95% 0,09-0,73) e dificuldades alimentares pré-operatórias ($p = 0,02$). Além disso, a presença de sondas de alimentação na alta hospitalar foi associada a um aumento significativo no tempo de internação hospitalar ($p < 0,001$) e na duração da alimentação por sonda (OR 1,05; IC 95% 1,01-1,09). A análise estatística também mostrou associação significativa entre a presença de sondas de alimentação na alta hospitalar e a necessidade de readmissão hospitalar (OR 2,08; IC 95% 1,28-3,38).

GROSSBAUER et al. (2023) investigaram a associação entre refluxo gastroesofágico (RGE) não tratado e a incidência de disfagia, aversão oral e dificuldades alimentares em neonatos pré-termo tardios e a termo internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Trata-se de um estudo retrospectivo do tipo coorte com revisão de prontuários, que incluiu neonatos com idade gestacional superior a 34 semanas, hospitalizados por no mínimo cinco dias, excluindo-se aqueles com anomalias anatômicas que pudessem impactar a alimentação. A amostra final foi composta por 873 neonatos, sendo 157 diagnosticados com refluxo (grupo experimental) e 715 sem diagnóstico de refluxo (grupo controle). As variáveis analisadas incluíram dificuldade alimentar, aversão oral e necessidade de nutrição alternativa (SNG, SOG ou NPT), com análise estatística por testes qui-quadrado e t de Student. Os resultados mostraram que 42,02% dos neonatos com refluxo apresentaram dificuldades alimentares, em

comparação a 30,49% no grupo controle, uma diferença de 11,55% ($p = 0,001$), estatisticamente significativa. Apenas 0,86% dos neonatos com diagnóstico de refluxo receberam medicação anti-refluxo. Os achados indicam que o RGE está associado a maior incidência de dificuldades alimentares, incluindo disfagia e aversão oral, mesmo entre neonatos sem anomalias estruturais, e evidenciam a subutilização de terapias medicamentosa nessa população. Os autores concluíram que é necessário considerar o impacto clínico do refluxo na alimentação neonatal, particularmente em UTIN, a fim de orientar estratégias de manejo.

SIMIONE et al. (2023) investigou a qualidade de vida de crianças com DAP e o impacto desse distúrbio sobre seus cuidadores, utilizando o referencial teórico do Modelo Conceitual de DAP e a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Tratou-se de um estudo transversal, realizado entre outubro de 2017 e junho de 2018, com 50 crianças entre 2 e 5 anos atendidas em uma clínica interdisciplinar nos Estados Unidos. Os dados clínicos e demográficos foram extraídos de prontuários eletrônicos e os pais responderam aos instrumentos *Pediatric Quality of Life Inventory 4.0* (PedsQL) e *Feeding/Swallowing Impact Survey* (FS-IS). As análises estatísticas descritivas foram conduzidas com o software R. Os resultados revelaram heterogeneidade nos diagnósticos médicos e fatores médicos (38% com condição neurológica ou genética; 34% sem diagnóstico conhecido), nas habilidades alimentares (38% com disfunção do processamento sensorial oral) e 30% com ingestão de volume limitado. A média do escore total do PedsQL foi 72,82 (DP=19,21), indicando pior qualidade de vida em comparação a crianças com transplante renal ($p<0,01$) e falência hepática aguda ($p<0,01$). O escore total médio do FS-IS foi 2,33 (DP=0,89), destacando o impacto negativo sobre os cuidadores, especialmente na dimensão "preocupação" (média=2,75; DP=1,18). Concluiu-se que o DAP afetam significativamente o bem-estar de crianças e seus cuidadores, sendo

necessária uma abordagem terapêutica interdisciplinar centrada nas múltiplas dimensões da funcionalidade.

LIM et al., (2024) os autores desenvolveram um estudo com o objetivo de descrever os padrões alimentares, crescimento e estado nutricional de crianças autistas com DAP, além de identificar fatores associados à maior gravidade das dificuldades alimentares. Estudo retrospectivo onde foram analisados prontuários de 98 crianças (82 meninos; média de idade de $59,2 \pm 27,5$ meses) atendidas em uma clínica multidisciplinar de alimentação em Singapura entre 2013 e 2022. As crianças apresentaram quadros classificados como seletividade alimentar leve (19,4%), moderada (22,4%) ou grave (58,2%), destes a maioria demonstrou crescimento adequado (84,7% peso e 88,8% estatura normais), porém 69,4% apresentavam dietas nutricionalmente deficientes, principalmente em calorias (35,7%), carboidratos (45,9%) e ferro (25,5%). O estilo parental autoritário foi o mais prevalente (47,0%) e associado a escores mais elevados no *Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale* (BPFAS), sugerindo maior frequência de comportamentos alimentares problemáticos. O estudo identificou que o comprometimento cognitivo e a etnia malaia foram significativamente associados à seletividade alimentar grave (OR ajustado = 38,0 e 123,7, respectivamente). Apesar de crescimento preservado, os achados revelam alto risco nutricional nesse grupo, onde os autores reforçam a necessidade de rastreamento precoce e encaminhamento oportuno para serviços especializados que atendam todos os domínios do DAP.

GALAI et al. (2024) investigaram os fatores associados à idade de apresentação do DAP em uma análise retrospectiva dos prontuários médicos de 253 crianças diagnosticadas com DAP entre 2018 e 2020, em um ambulatório multidisciplinar de um hospital terciário em Israel. O objetivo foi comparar as características clínicas e sociodemográficas de crianças diagnosticadas com DAP entre 1–12 meses e 13–60 meses

de idade. O estudo utilizou critérios diagnósticos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade da OMS, diagnóstico do DAP e agrupou conforme os domínios: nutricional, de habilidades alimentares, médicas ou psicossociais. A amostra do estudo foi composta por 253 crianças diagnosticadas com DAP, com idade mediana de 16 meses (intervalo interquartil: 9,5–33 meses), sendo 56% do sexo masculino. De acordo com a definição diagnóstica baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade da OMS, a disfunção predominante foi nutricional em 46,6% dos casos ($n = 118$), seguida por disfunção de habilidades alimentares (32,4%; $n = 82$), disfunção médica (16,6%; $n = 42$) e disfunção psicossocial (4,3%; $n = 11$).

Na comparação entre faixas etárias, 51,7% das crianças ($n = 131$) foram diagnosticadas com DAP entre 1 e 12 meses de idade, enquanto 48,2% ($n = 122$) apresentaram-se entre 13 e 60 meses. Lactentes (<12 meses) apresentaram maior prevalência de prematuridade (25,1% vs. 14,7%; $p = 0,03$), maior número de hospitalizações (34,3% vs. 22,9%; $p = 0,03$) e uso de medicamentos no ano anterior à primeira avaliação (35,8% vs. 17,2%; $p < 0,01$). Além disso, houve maior proporção de meninas no grupo mais jovem (52,6% vs. 34,4%; $p = 0,03$), sugerindo possíveis diferenças de gênero na apresentação precoce do DAP.

Em relação aos domínios do DAP a disfunção de habilidades alimentares foi significativamente mais prevalente no grupo de crianças menores de 1 ano (39,6% vs. 23,7%; $p = 0,02$), enquanto a disfunção nutricional predominou entre as crianças de 13 a 60 meses (55% vs. 38%; $p = 0,03$). A disfunção médica (15,2% vs. 18,6%; $p > 0,05$) e psicossocial (3,8% vs. 4,9%; $p > 0,05$) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos etários quanto à idade gestacional média (mediana de 39 semanas em ambos), peso ao nascer, presença

de atraso no desenvolvimento (30,5% vs. 36,8%; $p = 0,2$), presença de doenças de base (37,4% vs. 36,8%; $p = 0,5$), uso de gastrostomia (4,5% vs. 4,9%; $p = 0,5$), amamentação (74,8% vs. 70,4%; $p = 0,3$), idade de introdução alimentar (mediana de 6 meses em ambos os grupos), estado socioeconômico ou escolaridade parental.

Entre os 73 pacientes hospitalizados (28,8% da amostra total), as principais causas no grupo mais jovem foram: falha no ganho de peso (35,5%), bronquiolite por vírus sincicial respiratório (VSR) (22,2%), gastroenterite aguda com desidratação (17,7%) e complicações de doenças subjacentes (15,5%). No grupo mais velho, as internações ocorreram principalmente por falha no ganho de peso (32,1%), infecções respiratórias (28,5%), complicações de doenças de base (21,4%) e febre (14,2%).

Quanto ao tratamento farmacológico, 8,3% das crianças utilizaram ciproptadina, 17,7% receberam inibidores da bomba de prótons (IBPs) — em especial no grupo mais jovem, possivelmente por sintomas associados a refluxo gastroesofágico — e 4,7% necessitaram de suplementação nutricional por meio de gastrostomia. Os autores reforçam que estes achados reforçam a relevância clínica do DAP, com impacto significativo sobre a saúde geral, exigindo abordagem terapêutica multidisciplinar e diferenciada conforme a idade da criança.

DEWI et al. (2024) realizaram um estudo transversal com objetivo de investigar a prevalência e os fatores de risco associados à disfagia e à incoordenação da sucção-deglutição-respiração (SDR) em recém-nascidos prematuros admitidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) terciária. Foram analisados dados secundários coletados consecutivamente entre outubro de 2020 e outubro de 2022, totalizando 40 participantes elegíveis. Os critérios de inclusão foram: idade gestacional inferior a 37 semanas, histórico de internação na UTIN do hospital estudado e idade corrigida inferior a três meses no momento do exame nasoesoscópico da deglutição. Os principais

desfechos avaliados foram a prevalência de disfagia (25%), incoordenação SDR (62,5%) e função alimentar normal (12,5%). Entre os achados significativos, a maturidade da idade pós-menstrual (inferior a 37 semanas) ($p = 0,006$) e maior tempo de internação hospitalar ($p = 0,004$) foram correlacionados com disfagia. A incoordenação SDR foi mais prevalente em prematuros com idade pós-menstrual imatura, com maior incidência de comorbidades cardiopulmonares (92,5%) e alterações de via aérea superior, como laringomalácia (47,5%) e colapso retropalatal (42,5%). A avaliação oral-motora demonstrou inadequação na sucção nutritiva (65%) e não nutritiva (45%), além de tônus postural insuficiente (35%). O estudo conclui que a disfagia está predominantemente associada a maior maturidade gestacional, refluxo gastroesofágico (60%) e aversão oral, enquanto a SDR está relacionada à imaturidade e falhas na integração sensório-motora-oral. Com os achados os autores reforçam a necessidade de diferenciação clínica entre os fenótipos dos distúrbios alimentares em prematuros e intervenções precoces individualizadas.

GOMES et al. (2025) realizaram um estudo descritivo e longitudinal com o objetivo de verificar o risco de distúrbio alimentar pediátrico (DAP) em pré-escolares nascidos prematuros e sua relação com variáveis neonatais, aleitamento materno e hábitos orais. A amostra foi composta por 19 crianças nascidas pré-termo, acompanhadas até os 24 meses de idade corrigida, com coleta de dados por meio de prontuários, entrevistas e aplicação da Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI). Os resultados indicaram risco de DAP em 31,57% da amostra, sem associação significativa com variáveis neonatais, aleitamento ou hábitos orais, exceto pelo tempo de transição alimentar no período de internação neonatal, que foi maior entre crianças sem risco de DAP. A discussão sugere que a introdução e progressão da alimentação oral durante a hospitalização neonatal podem impactar o comportamento alimentar em fases posteriores

do desenvolvimento, reforçando a necessidade de acompanhamento multiprofissional precoce. Conclui-se que o risco de DAP está presente em quase um terço das crianças nascidas prematuras, apontando a importância de estratégias de intervenção precoce

LIS et al. (2025) investigaram os fatores de risco associados à persistência do DAP em crianças, por meio de um estudo transversal retrospectivo e prospectivo, realizado em centro único na Polônia. O objetivo foi identificar fatores biológicos e psicossociais relacionados à manutenção do DAP. A amostra foi composta por 56 crianças hospitalizadas entre 2013 e 2023, divididas em dois grupos: Grupo A (n = 39), com DAP persistentes/crônico, e Grupo B (n = 17), DAP agudo. A coleta de dados envolveu prontuários clínicos e questionários com 86 perguntas aplicados por e-mail aos cuidadores. Foram analisados dados demográficos, perinatais, histórico alimentar, desenvolvimento físico (z-escores de peso, estatura e IMC) e presença de comorbidades. Os resultados indicaram maior prevalência de desnutrição no Grupo A em estágio II (48,7% vs. 17,6%; $p = 0,029$), maior frequência de comportamento evitativo com alimentos não lácteos (83,8% vs. 42,9%; $p = 0,011$) e menor consumo de consistências variadas ao final do primeiro ano de vida (27% vs. 64,3%; $p = 0,036$). Crianças com DAP associados apenas ao leite e que consumiam diferentes consistências até um ano apresentaram melhor prognóstico. Fatores como tipo de alimento, consistência ingerida e área residencial per capita mostraram-se estatisticamente relevantes. Os autores concluíram que o DAP é multifatorial e heterogêneo e exige uma abordagem multidisciplinar e seguimento longitudinal para compreensão e manutenção de sua evolução.

MÉTODO

1. Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Samaritano de Higienópolis – São Paulo/SP e aprovada sob o parecer número 67233323.3.0000.5487 (ANEXO A). Os critérios éticos foram seguidos respeitando a Resolução 466/12 que versa sobre a Ética em Pesquisa com seres humanos. Foi solicitada a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizado o termo compromisso para utilização e manuseio de dados (TCUD) conforme orientação da mesma (APÊNDICE A).

2. Desenho do estudo

Estudo clínico descritivo-analítico, observacional, transversal, retrospectivo de janeiro de 2018 a setembro de 2022 e prospectivo de setembro de 2022 a dezembro de 2022.

3. Casuística

Para este estudo foi selecionada uma amostra de conveniência de 1014 prontuários eletrônicos do banco de dados institucional contendo as avaliações fonoaudiológicas conduzidas pelo Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Samaritano de Higienópolis, localizado em São Paulo/SP, no período compreendido entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022. Este banco de dados reúne informações sistematizadas provenientes de diferentes contextos assistenciais da instituição, contemplando tanto setores de alta complexidade, como a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPed) e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), quanto cenários de internação intermediária,

representados pela enfermaria pediátrica. Esses distintos ambientes clínicos possibilitaram a inclusão de uma amostra diversificada de pacientes, crianças em acompanhamento de condições agudas ou crônicas em enfermaria. Foram excluídos os prontuários que apresentaram um ou mais dos critérios de exclusão descritos a seguir:

- Pacientes com dados incompletos sobre a avaliação fonoaudiológica específica da alimentação e deglutição em sistema institucional de prontuários e em banco de dados;
- Pacientes recém-nascidos e prematuros que no momento da avaliação não apresentavam idade corrigida de 28 dias.

Assim, foram excluídos 640 prontuários e a amostra foi composta por 400 registros de avaliações e, estes, localizados em diferentes enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva do Hospital, encaminhados por solicitação médica ou após serem rastreados pelo protocolo de broncoaspiração do serviço, conforme mostra o quadro 3 a seguir:

Quadro 3: Local de atendimento e encaminhamento para avaliação fonoaudiológica da alimentação e deglutição pediátrica.

Local de atendimento e encaminhamento		N	%
Local da avaliação	Enfermaria	105	26,3%
	Oncologia	11	2,8%
	PSI	4	1,0%
	UTINEO	48	12,0%
	UTIPED	232	58,0%
Encaminhamento	Pedido Médico	223	56,7%
	Protocolo Broncoaspiração	170	43,3%

Legenda: PSI= Pronto Socorro Infantil, UTINEO=Unidade de terapia intensiva neonatal, UTIPED= Unidade de terapia intensiva pediátrica

4. Método

Os procedimentos para este estudo foram realizados em quatro etapas:

4.1 - Etapa 1: Seleção da amostra nos prontuários eletrônicos

A seleção da amostra nos prontuários eletrônicos deste estudo foi realizada de março a dezembro de 2022 e foram previamente selecionadas todas as crianças avaliadas pelos fonoaudiólogos do serviço com especialidade na área, e foram coletadas as variáveis elencadas a seguir:

- Idade e sexo da criança na data da avaliação;

- Tipos de diagnósticos clínicos: Foi considerado o Código Internacional de Doenças (CID), conforme o registro no sistema eletrônico de prontuário e as doenças foram agrupadas por categorização de acordo com o diagnóstico clínico (Doenças/fatores de origem respiratória, cardiológica, neurológica, alterações de vias aéreas, síndromes e antecedente de prematuridade).

- Fatores iatrogênicos (intubação orotraqueal – IOT maior que 24 horas);

- Presença de dispositivos nutricionais na data da avaliação: sondas orogástricas (SOG), sondas nasogástricas (SNG), sondas nasoenterais (SNE); gastrostomia (GTT), jejunostomia (JEJUNO), nutrição parenteral (NPT).

4.2 - Etapa 2: Avaliação Fonoaudiológica Clínica da Alimentação e Deglutição em Pediatria.

Todos os pacientes realizaram o mesmo processo de avaliação da alimentação/deglutição. A avaliação fonoaudiológica da alimentação/deglutição realizada de forma modificada com base no protocolo de avaliação da disfagia pediátrica (PAD-PED) (ALMEIDA et al., 2014) e da avaliação clínica da alimentação e deglutição da criança em leito conforme proposto por Arvedson e Brodsky (2002) (Figura 1).

Conforme protocolo institucional, a avaliação é realizada por profissionais especialistas em Disfagia Orofaríngea com tempo médio de atuação na área de 5 anos, em até 24 horas após a prescrição de avaliação em sistema considerando o rastreamento de risco feito pela equipe, sendo esta composta por três blocos e baseada em

ARVEDSON; LEFTON-GREIF, 1998; AVERDSON; BRODSKY, 2002, que podem ser realizadas no mesmo dia, ou não, mediante as condições clínicas de cada bebê, lactente ou criança no momento da avaliação. Os blocos de avaliação são:

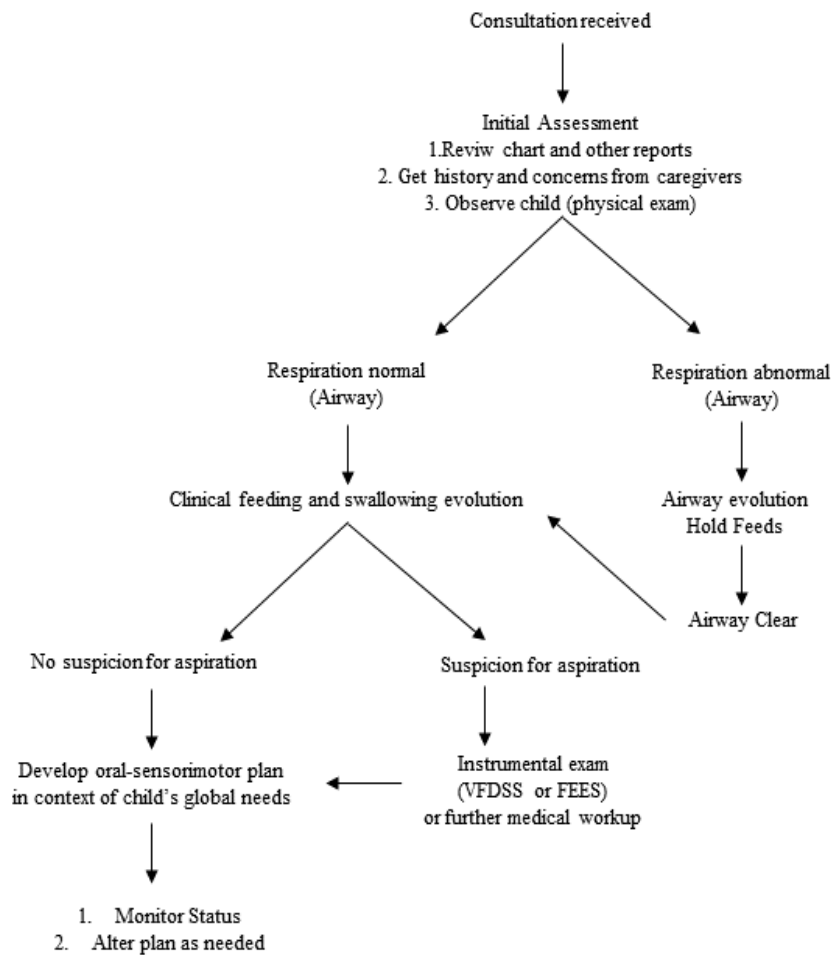
4.2.1 - Bloco 1 - Leitura, análise do prontuário, Anamnese:

Revisão da história clínica em prontuário e com equipe médica responsável pela criança; Anamnese com a família/cuidador; Levantamento de dados sobre o desenvolvimento neuropsicomotor e história alimentar. Constam nesta investigação busca ativa de fatores fisiopatológicos que podem estar associados às alterações na alimentação e deglutição, presença de fatores iatrogênicos como (intubação orotraqueal, presença de cânula de traqueostomia, uso de dispositivos alimentares), e queixas/alterações quanto ao comportamento alimentar anterior à internação.

4.2.2- Bloco 2: Avaliação Fonoaudiológica Clínica da Alimentação e Deglutição em Pediatria

Avaliação estrutural e da dinâmica de deglutição: Avaliação da integridade das estruturas orofaciais, deglutição de saliva, deglutição do alimento adaptado conforme cada faixa etária e seguindo o fluxo da observação da alimentação da criança internada conforme mostra a figura 1 (AVERDSON, LEFTON-GREIF; 1998).

Figura 1: Steps in clinical or bedside feeding and swallowing evaluation for infants and children (ARVEDSON, LEFTON-GREIF; 1998; ARVEDSON; BRODSKY, 2002)



Avaliação do comportamento de refeição no momento da oferta pelos familiares/Cuidadores baseado em MORRIS; KLEIN (2000), ARVEDSON; BRODSKY, (2002), CARRUTH et al. (2004). Para a interpretação desse contexto da avaliação foi elaborado pela autora os marcos do desenvolvimento motor e comportamental esperado para idade conforme descrito nos quadros 3-5. Além disso, nesta etapa da avaliação observa-se sinais desviantes como recusa, fuga, vômitos, postura, preferência/habilidades por determinados utensílios e alimentos inferior ao esperado para sua idade em seu momento de refeição.

Quadro 4: Modelo para observação dos marcos do desenvolvimento motor, das habilidades de alimentação e do desempenho sensório- motor oral por faixa etária.

Idade	Desenvolvimento/Postura	Habilidades de Alimentação e Sensório- Motora Oral
0-1 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendendo a controlar o corpo contra a gravidade; - Atraso da posição de cabeça quando puxado para se sentar; - Flexão Fisiológica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Se alimenta em Seio Materno / Mamadeira; - Durante a alimentação mantém as mãos fechadas/flexionadas no corpo – Sinal de organização; - Vedamento labial incompleto
2 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora do controle cervical – explorando melhor o ambiente - Melhora do Rastreamento visual - Movimento corporal desorganizado e assimétrico - Sentado com apoio a cabeça se mantém instável 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior amplitude de movimento da mandíbula; - Maior estabilidade sucção; - Movimentação ântero-posterior de língua; - A boca de abre em antecipação do alimento; - Melhora do vedamento labial; - Movimentação labial mais ativa na sucção;
3 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Maior estabilidade de cervical, levanta a cabeça ao estar de bruços; - Cabeça auxilia na “puxada para sentar”; - Tolerar o peso ao apoiar os pés; - Os reflexos inatos começam a desaparecer; 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém sucção em seio materno/ mamadeira; - Maior organização em linha média ao se alimentar
4 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Ganha equilíbrio na flexão e extensão dos membros; - Liberação dos braços para função em supino e apoiado (sentado); - Controla a cabeça ao meio quando puxado para se sentar; - Gira em decúbito ventral - Rola de bruços acidentalmente; - Rola de supino ativamente - Consciência Tátil em mãos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dissociação Labial e língua - Franzi os lábios - Realiza bolhas com a saliva - Controle Voluntário de boca
5 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Move-se constantemente; - Balança em decúbito; - Brinca com as mãos e pés em decúbito dorsal; - Leva as mãos a boca; - Rola ativamente de prono para supino 	<ul style="list-style-type: none"> - Segura o mamilo, bico com a porção central dos lábios com equilíbrio e estabilidade; - Língua com pequeno alcance de movimento para cima e para baixo; - Inversão da língua após a remoção da colher; - Emergindo o padrão de sorção da colher;
6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Move-se em uma variedade de direções; - Transfere brinquedos e objetos entre as mãos - Demonstra interesse visual - Maior estabilidade da cintura escapular 	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de GAGs para novas texturas; - Língua com maior amplitude, move-se para cima e para baixo para frente e para trás junto dos movimentos de mandíbula; - Início da dentição; - Reflexo de vômito começa a ser menos exacerbado - Fechamento labial mais longo

Fonte: Proposta modificada e adaptada pelo autor baseada em ARVEDSON; BRODSKY, 2002; CARRUTH et al., 2004; WERE; LIFSCHITZ, 2018.

Quadro 4 - Continuação: Modelo para observação dos marcos do desenvolvimento motor, das habilidades de alimentação e do desempenho sensório- motor oral por faixa etária

7-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Controle total do tronco - Começa a rastejar - Movimento de flexão e rotação de tronco - Se puxa para se manter em pé - Inicia dissociações de membros - Maior uso do dedo indicador 	<ul style="list-style-type: none"> - O reflexo de vômito torna-se protetivo; - Fase oral mais ativa – boca se torna o meio para explorar o ambiente; - Lábio coordenado, língua e movimento de mandíbula se movimentam para todas as posições (eixos); - Sialorréia presente devido a erupção dentária; - Beber no copo (lábio inferior) com estabilidade (após 9 meses); - Move a língua na lateral - Lábio superior retira o conteúdo da colher
10-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Amplitude total de movimentos de membros superiores - Aprendendo a andar (sem estabilidade) - Pega em pinça - Liberação suave de grandes objetos 	<ul style="list-style-type: none"> - Consegue levar o alimento dos dedos a boca - Aumento da coordenação mandíbula x língua X lábios em todos os eixos - Desmame gradual da mamadeira á medida que novos utensílios são introduzidos e o suporte do leite materno / fórmula reduz - Mordida controlada e sustentada - Mastigação vertical, rotativa e diagonal, mas ainda não consistente.
13 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Anda sozinho - Usa escadas - Segura e solta objetos com precisão 	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos de lábios e mandíbulas coordenados - Pronto para todas as texturas - Movimentação lateral completa de língua - Aceita líquidos em canudo sem dificuldades
19 – 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora do equilíbrio 	<ul style="list-style-type: none"> - Deglutição com selamento labial - Autoalimentação predominante - Mastigação completa (ciclos mastigatórios definidos por rotação)
24 – 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Refinamento das habilidades motoras - Salta no lugar - Pedala em triciclo - Usa Tesoura 	<ul style="list-style-type: none"> - Mastigação com selamento labial - Segura o copo com uma mão - Enche a colher com suporte dos dedos - Aceita líquidos em copo aberto sem escape oral - Independência total para autoalimentação - Faz uso do garfo
36 meses aos 7 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Refinamento de habilidades motoras - Cognitivas - Função executivas em formação 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz uso de todos os utensílios, mastigação completa - Seletividade natural (exclusão de pequenos grupos e/ou alimentos)

Fonte: Proposta modificada e adaptada pelo autor baseada em ARVEDSON; BRODSKY, 2002; CARRUTH et al., 2004; WERE; LIFSCHITZ, 2018.

Quadro 5: Modelos de Marcos Comportamentais da Alimentação em Pediatria.

Estágio	Marco
0-3 Meses (Homeostase – Regulação)	-Comunica a fome por meio de choro, excitação, sucção; -Está em aprendizado da regulação fome X saciedade; -Experiências de alimentação prazerosas levam a uma maior interação ambiental.
3-6 meses (Vínculo / Conexão)	-Ao satisfeito demonstra o olhar “apaixonado” -Antecipa a alimentação; -As pausas durante a alimentação podem ser pelo social e não pela saciedade; -Sorri, fica em alerta para o parceiro de alimentação – os pais são seus alimentadores preferidos; -Chama a atenção para solicitar a ingesta (~6 meses).
6-36 meses (Separação / individualização)	-Inicia o não; -Joga alimentos para explorar o ambiente não somente como recusa ao mesmo; -Usa expressões faciais para o gostar e não gostar -Começa a resolver problemas de forma emergente (ex: colocar o alimento na colher com as mãos); -Autoalimentação emergente; -Os horários das refeições tornam-se previsíveis -Sabe regular fome X saciedade; -As refeições estão cada vez mais ligadas a rotina da família; -Fala emergente – Discurso na hora da refeição se faz presente (vontades, desejos).

Fonte: Proposta elaborada pelo autor e adaptado com base em ARVEDSON; BRODSKY, 2002

Quadro 6 - Modelos de Marcos da Evolução da Consistência Alimentar por idade em Pediatria.

Idade	Consistência Alimentar
0-1 Meses	Líquidos
2 Meses	Líquidos
3 Meses	Líquidos
4 Meses	Líquidos
5 Meses	Líquidos
6 Meses	Pastoso
7-9 meses	Pastoso Heterogêneo / Semi-sólidos
10-12 meses	Pequenos pedaços de semi-sólidos e alimentos crocantes e macios
13 a 18 meses	Sólidos em pequenos pedaços múltiplas consistências
19 – 24 meses	Sólidos
24 – 36 meses	Alimentos de todas as consistências, tamanhos e formas
36 meses aos 7 anos	Alimentos de todas as consistências, tamanhos e formas

Fonte: Elaborado pelo autor

Com o resultado da avaliação fonoaudiológica já registrado no banco de dados da instituição, o diagnóstico acerca dos distúrbios da alimentação/deglutição foi atribuído pela pesquisadora responsável conforme seguem as definições operacionais propostas para este estudo e com base nas evidências.

4.3 - Etapa 3: Definição operacional do diagnóstico de Distúrbio de Alimentação e/ou Deglutição em Pediatria aplicados neste estudo.

Após a avaliação fonoaudiológica acima mencionada foi realizado o fechamento diagnóstico da alimentação e deglutição conforme abaixo exposto, podendo a criança apresentar um ou mais quadros:

- Distúrbio Alimentar Pediátrico - DAP- (GODAY et al.; 2019): presença de ingestão oral prejudicada e inadequada para sua idade (sendo esta superior há 2 semanas de queixa está consistente) associada a um ou mais de seus domínios sendo eles: disfunção/alteração médica, nutricional, habilidade de alimentação, psicossocial, podendo ser classificado conforme o Quadro 7:

Quadro 7 – Classificação do Distúrbio Alimentar Pediátrico de acordo com o grau de comprometimento.

Distúrbio Alimentar Pediátrico Agudo	Queixa(s) inferior a 3 meses
Distúrbio Alimentar Pediátrico Crônico	Queixa(s) superior a 3 meses

- Disfagia Orofaringea Pediátrica - DOP- (MOROCO; AARONSON, 2022): toda e qualquer alteração encontrada durante a avaliação em uma das fases da deglutição, seja ela uma deficiência e/ou alteração de percepção e/ou discriminação, independentemente da idade e do momento clínico da criança.

4.4 - Etapa 4: Classificação do Grau de comprometimento da deglutição e do Nível de funcionalidade da alimentação e deglutição em Pediatria

Para a classificação do grau de comprometimento da deglutição foi utilizada a escala PAD-PED com modificação pela autora no nível 4 – Disfagia Orofaríngea Moderada/Grave, conforme o quadro 8.

Quadro 8 – Escala PAD-PED de grau de comprometimento da deglutição orofaríngea modificada em um nível.

1 – Deglutição Normal	Ausência de sinais clínicos de disfagia.
2 – Disfagia Orofaríngea Leve	Presença de sinais clínicos decorrentes de inadequações durante a situação de alimentação. A disfagia é resolvida com adequações posturais, de utensílios e/ou de fluxo.
3–Disfagia Orofaríngea Moderada*	Há moderado risco/suspeita de problemas na fase faríngea da deglutição ou alterações na fase oral com impacto moderado na nutrição e hidratação. Necessita de restrições de mais de uma consistência alimentar e/ou faz uso de via alternativa de alimentação. A via oral pode se manter com necessidade de adequações posturais, de utensílios e/ou fluxos.
4–Disfagia Orofaríngea Moderada/Grave *	Há grande risco/suspeita de problemas na fase faríngea da deglutição e alterações na fase oral com impacto severo na nutrição e hidratação. Necessita de restrições quanto ao volume para alimentar e se faz uso de via alternativa de alimentação para suporte nutricional e hídrico. A via oral nesses casos se faz necessária com auxílio de adequações posturais, ajuste de utensílios e/ou fluxos. Pode-se fazer necessária a utilização de medidas xerostômicas para controle da aspiração de saliva.
5 – Disfagia Orofaríngea Grave	Impossibilidade de alimentação por via oral pelo alto risco de aspiração presumido. Necessita de via alternativa de alimentação exclusiva e pode se fazer necessária o uso de medidas xerostômicas para controle da aspiração de saliva.

*Escala proposta por ALMEIDA et al. (2014) e adaptada para os graus moderado e moderado/grave pelo pesquisador.

Para construir evidências de validade de confiabilidade para a modificação sobre a definição do grau moderado de comprometimento da deglutição foi realizado convite a um grupo de 10 juízes, composto por profissionais com experiência clínica em DAP e DOP, sendo 50% desses fonoaudiólogos com especialização, 30% com mestrado e 20% com doutorado na área. Além disso, o tempo de experiência na área variou de 5 a 10 anos em 50%, 10 a 15 anos em 40% e 15 a 25 anos em 10%.

Os juízes receberam convite, via e-mail e em anexo um link do *google forms* aos juízes para participação, o qual teve descrita uma carta explicando os objetivos do estudo, sendo anexo questionário contendo itens para caracterizar sua formação e tempo de experiência profissional (Apêndice D). Todos os 10 participantes preencheram e enviaram seus termos de consentimento livre e esclarecido, caracterização acadêmica e profissional e suas análises sobre a validade da modificação da escala proposta. Foi realizada orientação aos juízes em relação à análise dos itens, verificando sua clareza e pertinência. Quanto à clareza, foi observada se a estrutura e redação do item proposto estava compreensível e se sua inclusão era relevante. Quando julgarem que o item proposto era inadequado, os juízes foram orientados a justificarem e sugerirem mudanças no local designado. Foi designado um 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 na modificação da escala proposta pelas autoras.

Quanto à pertinência e a clareza, todos os juízes responderam que a modificação no grau moderado de comprometimento da disfagia na escala PAD-PED (ALMEIDA et al. 2014) eram pertinentes. Em relação a clareza da redação do nível proposto, 9 (90%) juízes responderam que estava adequada e 1 (10%) sugeriu modificação na redação.

Para a classificação do nível de ingestão oral e funcionalidade do distúrbio alimentar pediátrico e/ou disfagia, foi realizada uma proposta de reclassificação baseada no Grau de Funcionalidade da Alimentação (ASHA-NOMS) composta por *scores* de 1 a 7, traduzida para a Língua Portuguesa de forma livre (MEDEIROS et al. 2014) conforme apresentado no quadro 10.

Quadro 10: Nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição para Pediatria associada aos tipos de vias de alimentação.

Nível	Descrição da ASHA-NOMS/Tradução*	*Nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição para Pediatria.
Nível 1	O indivíduo não é capaz de deglutir nada com segurança pela boca. Toda nutrição e hidratação são recebidas através de recursos não orais (ex.: sonda nasogástrica, gastrostomia)	Dieta exclusiva por via alternativa Paciente não é capaz de deglutir e/ou realizar ingestão de volume com segurança.
Nível 2	O indivíduo não é capaz de deglutir com segurança pela boca para nutrição e hidratação, mas pode ingerir alguma consistência, somente em terapia, com uso máximo e consistente de pistas. Método alternativo de alimentação é necessário	Dieta exclusiva por via alternativa; Paciente realiza treino de alimentação por via oral com fonoaudiólogo ou com supervisão de outro profissional ou cuidador responsável.
Nível 3	Método alternativo de alimentação é necessário, uma vez que o indivíduo ingere menos de 50% da nutrição e hidratação pela boca; e/ou a deglutição é segura com o uso moderado de pistas para uso de estratégias compensatórias; e/ou necessita de restrição máxima da dieta.	Paciente em uso de via alternativa de alimentação mais dieta por via oral (em volume reduzido e/o adaptada liberada); Exemplo: volume em mamadeira reduzido em relação ao prescrito, tempo em seio materno reduzido ou com necessidade de estratégias como tempo e/ou ordenha antes da oferta, dieta adaptada para idade com restrições dos seus alimentos e volume esperado para idade.
Nível 4	A deglutição é segura, mas frequentemente requer uso moderado de pistas para uso de estratégias compensatórias; e/ou o indivíduo tem restrições moderadas da dieta; e/ou ainda necessita de alimentação por tubo e/ou suplemento oral.	Paciente com via oral exclusiva, volume adequado para sua idade, porém com restrições de consistências e/ou necessidades de adaptações. Às vezes se faz necessário o uso de via alternativa de alimentação; Exemplo: Fórmulas e/ou líquidos engrossadas, exclusão de grupos ou consistências alimentares, adaptação de utensílios, ajustes posturais, manobras para indução da deglutição; Necessita de auxílio e ajustes quando possível (idade) para realizar a auto oferta.
Nível 5	A deglutição é segura com restrições mínimas da dieta; e/ou ocasionalmente requer pistas mínimas para uso de estratégias compensatórias. Ocasionalmente pode se auto monitorar. Toda nutrição e hidratação são recebidas pela boca durante a refeição.	Paciente se alimenta por via oral exclusiva e necessita de mínimas adaptações na sua dieta, o volume de ingesta está adequado para sua idade, não necessita de suplementação; Exemplo: Controle de ritmo, fluxo, para oferta dos líquidos, ajustes posturais, adaptações nos alimentos e utensílios adequados para idade se faz presente; Quando possível consegue realizar auto-oferta com mínimo suporte.

Fonte: *Tradução do *American Speech-Language Hearing Association National Outcome Measurement System (NOMS) Adult speech-language pathology training manual* realizada por Medeiros et al. (2014) e adaptada pelo autor para as dificuldades de alimentação e/ou deglutição em Pediatria para DAP e/ou DOP pelo autor.

Quadro 10a - Continuação: Nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição para Pediatria associada aos tipos de vias de alimentação.

Nível	Descrição da ASHA-NOMS/Tradução*	*Nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição em Pediatria.
Nível 6	A deglutição é segura e o indivíduo come e bebe independentemente. Raramente necessita de pistas mínimas para uso de estratégias compensatórias. Frequentemente se auto-monitora quando ocorrem dificuldades. Pode ser necessário evitar alguns itens específicos de alimentos (ex.: pipoca e amendoim); tempo adicional para alimentação pode ser necessário (devido à disfagia).	Paciente se alimenta por via oral exclusiva, sua deglutição é funcional, porém em alguns momentos necessita de adaptações. Exemplo: Adaptação de cardápio alimentar conforme preferência sensorial e habilidade motora oral que não comprometem sua função de deglutição.
Nível 7	A habilidade do indivíduo em se alimentar independentemente não é limitada pela função de deglutição. A deglutição é segura e eficiente para todas as consistências. Estratégias compensatórias são utilizadas efetivamente quando necessárias	Paciente com via oral exclusiva e deglutição normal

Fonte: *Tradução do *American Speech-Language Hearing Association National Outcome Measurement System (NOMS) Adult speech-language pathology training manual* realizada por Medeiros et al. (2014) e adaptada pelo autor para as dificuldades de alimentação e/ou deglutição em Pediatria para DAP e/ou DOP pelo autor.

5. Análise dos Resultados

Para a análise dos resultados os desfechos diagnósticos foram agrupados conforme a seguir:

- **Grupo 1 (G1) com DAP:** todas as crianças que apresentaram somente a presença de DAP conforme descrita na definição operacional do desfecho, as crianças que além de DAP apresentavam em associação a presença do diagnóstico de DOP ou a deglutição normal;

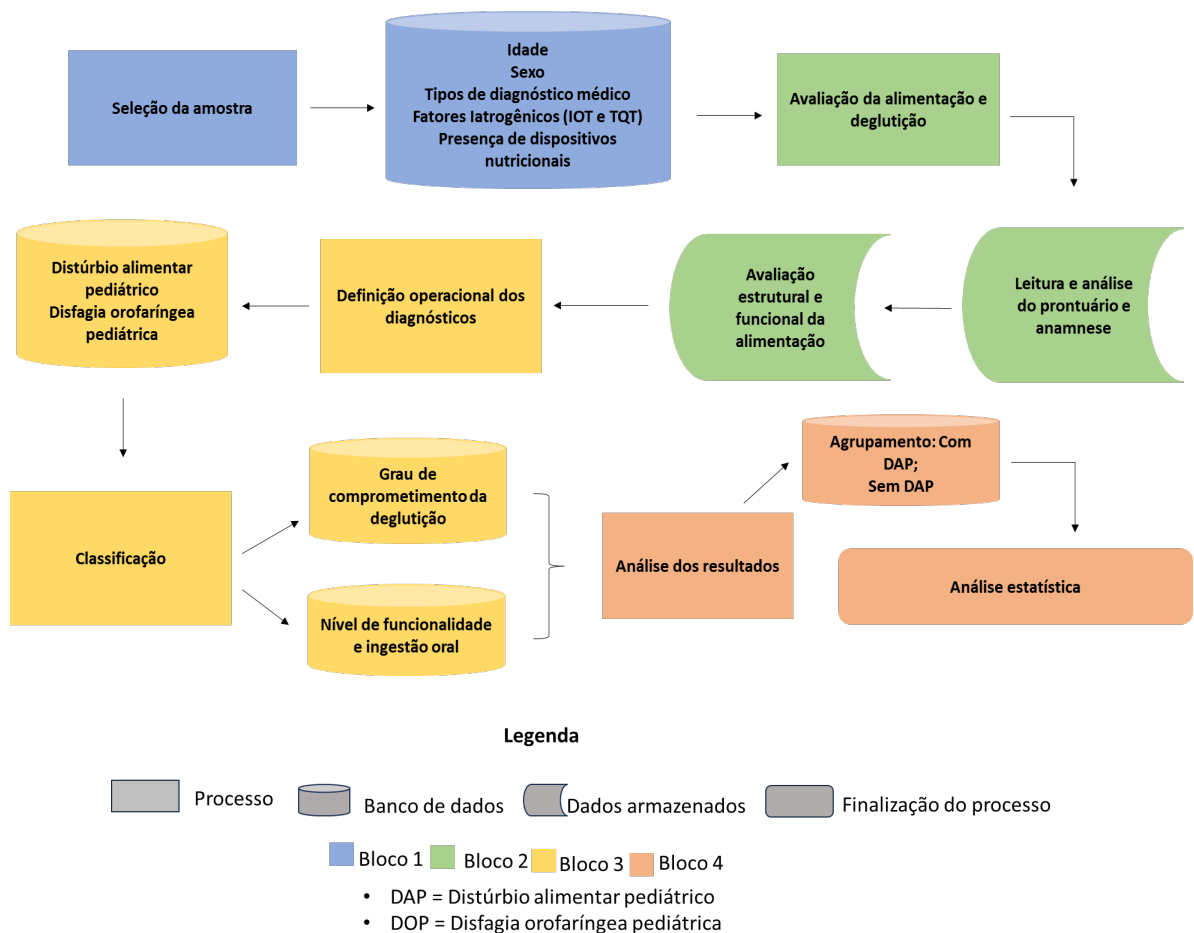
- **Grupo 2 (G2) sem DAP:** todas as crianças que não apresentaram DAP, e foram diagnosticadas com DOP ou deglutição normal.

5.1. Análise estatística

Foi calculado, média, mediana e desvio padrão, para as idades. Foi utilizado para análise da distribuição de fatores qualitativos pela frequência relativa (percentual) o teste Z de duas proporções para comparar frequências. Para a análise de comparação de fatores quantitativos foi utilizado o teste Mann-Whitney. Para distribuição dos fatores qualitativos analisando a frequência relativa foi utilizado o teste de Qui-Quadrado.

6. Fluxograma metodológico

Figura 2. Fluxograma dos processos e etapas de desenvolvimento metodológico do estudo.



RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três tópicos:

- **Tópico 1** – Caracterização do perfil demográfico e dos marcadores clínicos elencados para dificuldades de alimentação e/ou deglutição na população pediátrica (tabela 1 a 4);
- **Tópico 2** – Apresentação da prevalência dos diagnósticos de DAP e DOP, isoladamente e em associação (DAP + DOP) e a prevalência dos graus de comprometimento e níveis de ingestão e funcionalidade da alimentação (tabela 5 a 9);
- **Tópico 3** – Caracterização e comparação entre os grupos diagnósticos (DAP, DOP e População estudada) em relação aos fatores demográficos e clínicos (tabela 10 a 15).

TÓPICO 1: Caracterização do perfil demográfico e dos fatores clínicos da população estudada (tabela 1 a 4).

Tabela 1: Distribuição da população pediátrica dessa amostra por idade

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Coefficiente de variação (%)	Q1	Q3	IQR	Mínimo	Máximo	N	IC (95%)
Idade	1,84	1,08	1,81	99	0,56	2,55	1,98	0,05	8,29	400	0,18

Sobre a idade da população pediátrica estudada, a média foi de 1 ano e 10 meses (1,84 anos), mediana de 1 ano e 1 mês (1,08 anos) e desvio-padrão de 1 ano e 10 meses (1,81 anos).

Tabela 2: Distribuição da população pediátrica por sexo.

		N	%	P-valor
Sexo	Feminino	158	39,5%	<0,001
	Masculino	242	60,5%	
Total		400		

Verificou-se que 158 (39,5%) crianças eram do sexo feminino e 242 (60,5%) do sexo masculino com diferença estatística significativa.

Tabela 3: Diagnósticos etiológicos da população pediátrica.

		N	%	P-valor
Respiratório	Não	202	50,5%	0,777
	Sim	198	49,5%	
Gástrico	Não	271	67,8%	<0,001
	Sim	129	32,3%	
Neurológico	Não	264	66,0%	<0,001
	Sim	136	34,0%	
Renal	Não	354	88,5%	<0,001
	Sim	46	11,5%	
Oncológico	Não	361	90,3%	<0,001
	Sim	39	9,8%	
Cardíaco	Não	354	88,5%	<0,001
	Sim	46	11,5%	
Via aérea	Não	351	87,8%	<0,001
	Sim	49	12,3%	
Antecedente de prematuridade	Não	364	91,0%	<0,001
	Sim	36	9,0%	
Síndromes Genéticas	Não	328	82,0%	<0,001
	Sim	72	18,0%	
Quantidade de diagnósticos por paciente	Um	162	40,5%	Ref.
	Dois	151	37,8%	0,426
	3 ou mais	87	21,8%	<0,001
TOTAL		400		

Com relação à ocorrência dos diagnósticos médicos verificou-se que 198 (49,5%) crianças apresentaram diagnóstico classificados em doenças respiratórias de base, 129 (32,3%) gastroenterológicos, 136 (34%) neurológico, 46 (11,5%) renal, 39 (9,8%) oncológico, 46 (11,5%) cardiológico, 49 (12,3%) alterações de via aérea, 36 (9%) apresentaram antecedentes de prematuridade e 72 (18%) diagnóstico de síndromes genéticas.

Em relação a prevalência de quantidade de diagnósticos por paciente constatou-se presença de um único diagnóstico em 162 (40,5%), dois diagnósticos em 151 (37,8%), três ou mais diagnósticos em 87 (21,8%) casos.

Tabela 4: Distribuição dos marcadores clínicos elencados para dificuldades de alimentação e/ou deglutição na população pediátrica.

		N	%	P-valor
IOT	Não	233	58,3%	<0,001
	Sim	167	41,8%	
uso de VAA	Não	127	31,8%	<0,001
	Sim	273	68,3%	
Tipos de Vias de Alimentação	GTT	84	21,0%	<0,001
	GTT+NPP	7	1,8%	<0,001
	Jejum	8	2,0%	<0,001
	NPT	18	4,5%	<0,001
	SNE	154	38,5%	Ref.
	SNE+NPP	5	1,3%	<0,001
	SOG	11	2,8%	<0,001
	VO	113	28,3%	0,002
TQT	Não	360	90,0%	<0,001
	Sim	40	10,0%	
TOTAL		400		

Legenda: IOT= intubação orotraqueal, GTT= gastrostomia, NPT= nutrição parenteral total, SNE= sonda nasoesofágica, SOG= sonda orogástrica, VO= via oral, TQT= traqueostomia, NPP= nutrição parenteral periférica.

Quanto à IOT durante a internação verificou-se que 233 (58,3%) pacientes não foram submetidos a IOT e 167 (41,8%) foram submetidos a IOT. Quanto ao uso de VAA no momento da avaliação foram observadas que 154 (38,5%) crianças estavam em uso de SNE, 113 (28,3%) em uso de via oral exclusiva e 84 (21%) em uso de GTT, e as demais em uso de outras vias alternativas como Jejum, SOG e NPT. Com relação a presença de TQT, 360 (90%) crianças não apresentaram o dispositivo e 40 (10%) apresentaram.

TÓPICO 2: Prevalência dos diagnósticos de DAP e DOP, isoladamente e em associação (DAP + DOP), e a prevalência dos graus de comprometimento e níveis de ingestão e funcionalidade da alimentação (tabela 5 a 9).

Tabela 5: Prevalência de distúrbio alimentar pediátrico (DAP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade.

		N	%	P-valor
DAP	Não	117	29,3%	<0,001
	Sim	283	70,8%	
TOTAL		400		

Legenda: DAP = Distúrbio Alimentar Pediátrico; N= tamanho da amostra P= valor-P

Com relação a prevalência de DAP verificou-se que 283 (70,8%) crianças apresentaram o diagnóstico.

Tabela 6: Prevalência de disfagia orofaríngea pediátrica (DOP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade.

		N	%	P-valor
DOP	Não	63	15,8%	<0,001
	Sim	337	84,3%	
TOTAL:		400		

Legenda: DOP= Disfagia orofaríngea pediátrica; N= tamanho da amostra P= valor-P

Com relação a prevalência de DOP isolada, verificou-se que 337 (84,3%) apresentaram o diagnóstico.

Tabela 7: Prevalência do tipo de distúrbio alimentar pediátrico (DAP) na população pediátrica internada em hospital de alta complexidade.

		N	%	P-valor
Tipo DAP	Agudo	43	15,2%	<0,001
	Crônico	240	84,8%	
TOTAL:		400		

Legenda: (DAP) – Distúrbio Alimentar Pediátrico; N= tamanho da amostra P= valor-P

A presença de DAP para o grau crônico foi de 240 (84,8%) crianças e para o grau agudo de 43 (15,2%).

Tabela 8: Prevalência de disfagia orofaríngea entre o grupo sem DAP e com DAP agudo ou crônico.

	Sem DAP		DAP Agudo		DAP Crônico		Total		P-valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sem Disfagia	48	41,0%	5	11,6%	10	4,2%	63	15,8%	<0,001
Com Disfagia	69	59,0%	38	88,4%	230	95,8%	337	84,3%	<0,001
TOTAL:	117		43		240		400		

Legenda: DAP = Distúrbio Alimentar Pediátrico; N= tamanho da amostra; P= valor-P

A análise da amostra (N=400) evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados ($p < 0,001$). No grupo sem DAP, observou-se que 41,0% (n=48) das crianças não apresentaram disfagia, enquanto 59,0% (n=69) apresentaram algum grau de disfagia. Entre as crianças com DAP agudo, 11,6% (n=5) não apresentaram disfagia, em contraste com 88,4% (n=38) que apresentaram. Já no grupo com DAP crônico, a presença de disfagia foi predominante em 95,8% (n=230) dos casos, restando apenas 4,2% (n=10) sem a alteração. No total da amostra, 15,8% (n=63) não apresentaram disfagia e 84,3% (n=337) apresentara

Tabela 9: Distribuição do grau de comprometimento de deglutição e do nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição nas crianças dessa amostra.

		N	%	P-valor
Grau de Comprometimento da deglutição	DN	63	15,8%	<0,001
	DOL	74	18,5%	<0,001
	DOM	74	18,5%	<0,001
	DOMG	39	9,8%	<0,001
	DOG	150	37,5%	Ref.
Nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição	Nível 1	149	37,3%	Ref.
	Nível 2	42	10,5%	<0,001
	Nível 3	39	9,8%	<0,001
	Nível 4	22	5,5%	<0,001
	Nível 5	93	23,3%	<0,001
	Nível 6	13	3,3%	<0,001
	Nível 7	42	10,5%	<0,001
TOTAL:		400		

Legenda: DN = deglutição normal, DOL= disfagia orofaríngea leve, DOM= disfagia orofaríngea moderada, DOMG= disfagia orofaríngea moderada-grave, DOG= Disfagia orofaríngea grave.

Com relação ao grau de comprometimento da deglutição, verificou-se que 63 (15,8%) crianças apresentaram deglutição normal, 74 (18,5%) disfagia orofaríngea leve (DOL), 74 (18,5%) disfagia orofaríngea moderada (DOM), 39 (9,8%) disfagia orofaríngea moderada-grave (DOMG) e 150 (37,5%) disfagia orofaríngea grave (DOG).

Quanto ao nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição, 149 (37,3%) apresentaram nível 1, 42 (10,5%) apresentaram nível 2, 39 (9,8%) apresentaram nível 3, 22 (5,5%) apresentaram nível 4, 93 (23,3%) apresentaram nível 5, 13 (3,3%) apresentaram nível 6 e 42 (10,5%) apresentaram nível 7.

TÓPICO 3 – Caracterização e comparação entre os grupos diagnósticos (DAP, DOP e população estudada) em relação aos fatores demográficos e clínicos (tabela 10 a 15).

Tabela 10: Comparação entre os grupos com DAP e sem DAP com distintas variáveis qualitativas e marcadores clínicos.

		Com DAP		Sem DAP		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	Feminino	107	37,8%	51	43,6%	158	39,5%	0,282
	Masculino	176	62,2%	66	56,4%	242	60,5%	
Local da avaliação	Enfermaria	82	29,0%	23	19,7%	105	26,3%	<0,001
	Oncologia	11	3,9%	0	0,0%	11	2,8%	
	PSI	4	1,4%	0	0,0%	4	1,0%	
	UTINEO	43	15,2%	5	4,3%	48	12,0%	
	UTIPED	143	50,5%	89	76,1%	232	58,0%	
IOT	Não	163	57,6%	70	59,8%	233	58,3%	0,681
	Sim	120	42,4%	47	40,2%	167	41,8%	
Disfagia	Ausente	15	5,3%	48	41,0%	63	15,8%	<0,001
	Presente	268	94,7%	69	59,0%	337	84,3%	
Motivo solicitação	Pedido Médico	186	66,9%	37	32,2%	223	56,7%	<0,001
	Protocolo Broncoaspiração	92	33,1%	78	67,8%	170	43,3%	
uso de VAA	Não	76	26,9%	51	43,6%	127	31,8%	0,001
	Sim	207	73,1%	66	56,4%	273	68,3%	
Tipos de via de alimentação	GTT	84	29,7%	0	0,0%	84	21,0%	<0,001
	GTT+NPP	7	2,5%	0	0,0%	7	1,8%	
	Jejum	4	1,4%	4	3,4%	8	2,0%	
	NPT	17	6,0%	1	0,9%	18	4,5%	
	SNE	88	31,1%	66	56,4%	154	38,5%	
	SNE+NPT	5	1,8%	0	0,0%	5	1,3%	
	SOG	11	3,9%	0	0,0%	11	2,8%	
TQT	VO	67	23,7%	46	39,3%	113	28,3%	<0,001
	Não	245	86,6%	115	98,3%	360	90,0%	
	Sim	38	13,4%	2	1,7%	40	10,0%	
TOTAL		283		117		400		

Legenda: DAP = Distúrbio Alimentar Pediátrico, PSI = pronto socorro infantil, UTINEO = unidade de terapia intensiva neonatal, UTIPED = unidade de terapia intensiva pediátrica, IOT = intubação orotraqueal, VAA = via alternativa de alimentação, GTT = gastrostomia, NPT = nutrição paraentérica total, SNE sonda nasoentérica, SOG = sonda orogástrica, VO = via oral, TQT = traqueostomia, NPP = nutrição parenteral periférica N= tamanho da amostra P= valor-P

Na comparação entre os grupos com e sem DAP, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo e à presença de intubação orotraqueal. Em contrapartida, houve diferenças significativas quanto ao local da avaliação, ao motivo da

solicitação, ao uso e ao tipo de via alternativa de alimentação, bem como à presença de traqueostomia. Todos esses fatores apresentaram maior frequência no grupo com DAP.

Tabela 11: Comparação entre os grupos com e sem DAP com a distribuição dos diagnósticos médicos.

		Com DAP		Sem DAP		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Respiratório	Não	170	60,1%	32	27,4%	202	50,5%	<0,001
	Sim	113	39,9%	85	72,6%	198	49,5%	
Gástrico	Não	178	62,9%	93	79,5%	271	67,8%	0,001
	Sim	105	37,1%	24	20,5%	129	32,3%	
Neurológico	Não	167	59,0%	97	82,9%	264	66,0%	<0,001
	Sim	116	41,0%	20	17,1%	136	34,0%	
Renal	Não	238	84,1%	116	99,1%	354	88,5%	<0,001
	Sim	45	15,9%	1	0,9%	46	11,5%	
Oncológico	Não	245	86,6%	116	99,1%	361	90,3%	<0,001
	Sim	38	13,4%	1	0,9%	39	9,8%	
Cardíaco	Não	251	88,7%	103	88,0%	354	88,5%	0,851
	Sim	32	11,3%	14	12,0%	46	11,5%	
Via aérea	Não	244	86,2%	107	91,5%	351	87,8%	0,146
	Sim	39	13,8%	10	8,5%	49	12,3%	
Antecedente de Prematuridade	Não	253	89,4%	111	94,9%	364	91,0%	0,082
	Sim	30	10,6%	6	5,1%	36	9,0%	
Síndromes Genéticas	Não	223	78,8%	105	89,7%	328	82,0%	0,010
	Sim	60	21,2%	12	10,3%	72	18,0%	
Quantidade de diagnósticos por paciente	Um	88	31,1%	74	63,2%	162	40,5%	<0,001
	Dois	118	41,7%	33	28,2%	151	37,8%	
	3 ou mais	77	27,2%	10	8,5%	87	21,8%	
TOTAL		283		117		400		

Legenda: (DAP) – Distúrbio Alimentar Pediátrico

Na comparação entre os grupos com e sem DAP com os distintos diagnósticos médicos não houve diferença estatística significativa em relação à doença cardíaca e de via aérea. Por outro lado, houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação aos diagnósticos médicos e quanto a quantidades de diagnósticos por pacientes sendo eles, respiratório, gástrico, neurológico, renal, oncológico e síndrome genéticas e para os grupos um, dois, três ou mais diagnósticos médicos. O antecedente de prematuridade não foi significativo para a confiabilidade de 95%, porém, significativo para a confiabilidade de 90%, tendo seu valor como $p=0,082$.

Tabela 12: Comparação entre os grupos com e sem DAP com presença do comportamento de recusa alimentar na avaliação clínica ou queixa de recusa anterior à avaliação.

		Com DAP		Sem DAP		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Recusa alimentar durante a avaliação	Não	70	24,7%	109	93,2%	179	44,8%	<0,001
	Sim	213	75,3%	8	6,8%	221	55,3%	
Queixa anterior a internação	Não	17	6,0%	116	99,1%	133	33,3%	<0,001
	Sim	266	94,0%	1	0,9%	267	66,8%	
TOTAL		283		117		400		

Legenda: DAP = Distúrbio Alimentar Pediátrico; N= tamanho da amostra; P= valor-P

Houve diferença estatística significativa na relação entre os grupos e a presença de recusa alimentar e queixa anterior à internação, sendo mais frequente no grupo com DAP.

Tabela 13: Comparação entre o grupo com DAP e sem DAP com a classificação do grau de comprometimento da deglutição.

		Com DAP		Sem DAP		Total		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Classificação do grau de comprometimento da deglutição	DN	15	5,3%	48	41,0%	63	15,8%	<0,001
	DOL	38	13,4%	36	30,8%	74	18,5%	
	DOM	57	20,1%	17	14,5%	74	18,5%	
	DOMG	37	13,1%	2	1,7%	39	9,8%	
	DOG	136	48,1%	14	12,0%	150	37,5%	
TOTAL		283		117		400		

Legenda: DAP = Distúrbio Alimentar Pediátrico, DN = deglutição normal, DOL = disfagia orofaríngea leve, DOM = disfagia orofaríngea moderada, DOMG = disfagia orofaríngea moderada-grave, DOG = Disfagia orofaríngea grave, N= tamanho da amostra P= valor-P

Houve diferença estatística significativa entre os grupos com e sem DAP para todos os graus de comprometimento da deglutição. Sendo a maior frequência de DOG no grupo com DAP.

Tabela 14: Comparação entre o grupo com DAP e sem DAP com o nível de funcionalidade da alimentação e/ou deglutição na população pediátrica.

	Com DAP		Sem DAP		P-valor
	N	%	N	%	
Nível 1	136	48,1%	13	11,1%	<0,001
Nível 2	40	14,1%	2	1,7%	<0,001
Nível 3	29	10,2%	10	8,5%	0,602
Nível 4	15	5,3%	7	6,0%	0,785
Nível 5	55	19,4%	38	32,5%	0,005
Nível 6	7	2,5%	6	5,1%	0,173
Nível 7	1	0,4%	41	35,0%	<0,001
Total	283		117		

Legenda: DAP = Distúrbio Alimentar Pediátrico; N= tamanho da amostra
P= valor-P

Houve diferença estatística significativa entre os grupos com e sem DAP para o Nível 1, 2, 5 e 6 da escala de funcionalidade e ingestão da alimentação, sendo que no nível 1 e 2 o grupo com DAP teve mais frequência e no nível 5 e 7 a maior frequência foi no grupo sem DAP.

Tabela 15: Comparação entre o grupo com DAP agudo e crônico com os níveis de funcionalidade e ingestão da alimentação na população pediátrica.

	Agudo		Crônico		P-valor
	N	%	N	%	
Nível 1	15	34,9%	121	50,4%	0,060
Nível 2	6	14,0%	34	14,2%	0,971
Nível 3	3	7,0%	26	10,8%	0,443
Nível 4	0	0,0%	15	6,3%	0,092
Nível 5	17	39,5%	38	15,8%	<0,001
Nível 6	1	2,3%	6	2,5%	0,946
Nível 7	1	2,3%	0	0,0%	0,018
Total	43		240		

Houve diferença estatística significativa no nível 5 e 7 da escala de funcionalidade e ingestão da alimentação, sendo que o grupo de DAP agudo teve maior frequência nestes níveis. Não houve diferença estatística significativa nos níveis 2, 3 e 6 e nos níveis 1 e 4 não foi significativo para a confiabilidade de 95%, porém, significativo para a confiabilidade de 90%, tendo seu valor como p=0,060 para nível 1, p=0,092 para o nível 4.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em um hospital de alta complexidade que visa atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, e cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio de diagnóstico e tratamento, conforme preconiza a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). Neste *setting* as crianças muitas vezes apresentam condições crônicas adversas de saúde, e os cuidados necessários no sistema de alta complexidade podem potencializar as dificuldades de alimentação/deglutição. Diversos estudos relataram que o atendimento em hospitais de alta complexidade envolve o manejo de quadros clínicos pediátricos marcados por múltiplas comorbidades e elevada gravidade, exigindo intervenções interdisciplinares e intensivas, além da articulação entre especialidades (PAZINATO et al., 2023; HENNINGFELD et al., 2020; NORMAN et al., 2020, SLANA et al., 2022).

Assim, o cuidado com a alimentação/deglutição de crianças em ambientes de alta complexidade exige uma rede de atenção altamente qualificada, com integração entre profissionais e protocolos assistenciais capazes de responder à complexidade e à instabilidade desses casos. Para compreender questões sobre essa população infantil e seu perfil acerca da alimentação, este estudo evidenciou aspectos relevantes sobre a prevalência, caracterização clínica e a funcionalidade da alimentação do DAP e da DOP das crianças hospitalizadas.

Com relação aos dados demográficos no que concerne à faixa etária, observou-se que a média de idade da população estudada foi de 1,84 anos, com grande variabilidade (CV de 99%), o que indica ampla heterogeneidade etária entre os pacientes internados.

No entanto, essa faixa etária precoce é compatível com a janela de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de alterações na alimentação oral, visto que coincide com fases críticas de maturação neurológica e de transição alimentar. Quando analisado apenas o grupo de crianças com DAP, verificou-se média de idade semelhante (1,96 anos), o que reforça que as dificuldades alimentares podem se concentrar majoritariamente na primeira infância, período que coincide com a fase esperada de conclusão da transição alimentar complementar. Nessa etapa do desenvolvimento, a criança já deveria estar apta a uma ingestão de diferentes consistências e texturas de alimentos, com maturação adequada das habilidades mastigatórias. Trata-se também da idade em que é comum o surgimento do comportamento de “seletividade alimentar”, como marco esperado do desenvolvimento infantil, o que torna essencial diferenciar padrões normativos de sinais de alerta clínico (KERZNER et al., 2015; GODAY et al., 2019). Essa tendência em relação à faixa etária na DAP é concordante com estudos que reconheceram a primeira infância como um período de alta vulnerabilidade para o surgimento de dificuldades alimentares, em razão da intensa maturação neurológica, do desenvolvimento das habilidades sensório-motoras orais e da transição alimentar esperada nesse estágio (DODRILL; GOSA, 2015; LUTTER et al., 2021; SLANA et al., 2022). Por outro lado, é essencial ressaltar e reforçar que para diversos autores o comportamento de seletividade alimentar constitui um marco esperado do desenvolvimento infantil nessa faixa etária, sendo fundamental a distinção entre padrões normativos e sinais de alerta clínico em contextos de hospitalização e risco (BIRCH; FISHER, 1998; NICKLAUS; SCHWARTZ, 2019; WIGGINS, 2023).

Nesse sentido, o resultado apresentado fortalece a importância de um olhar atento para a idade como um fator clínico de risco para o DAP dentro do ambiente hospitalar. A consideração da idade e do comportamento alimentar esperado favorece a diferenciação

de manifestações compatíveis com o desenvolvimento típico como a neofobia alimentar ou preferência alimentar transitória (KERZNER et al., 2015; GODAY et al., 2019; BIRCH; FISHER, 1998; NICKLAUS; SCHWARTZ, 2019; WIGGINS, 2023), de sinais de risco para DAP e/ou DOP, sobretudo quando associados a prejuízo nutricional, crescimento inadequado, regressão/ou ausência de habilidades orais esperadas para idade ou sofrimento psicossocial significativo durante as refeições. Essa distinção é essencial para evitar tanto o subdiagnóstico de quadros que requerem intervenção quanto a patologização indevida de comportamentos normativos, sugerindo a necessidade de estratégias de rastreamento e manejo mais precisas no contexto clínico e preventivo deste estudo.

Em relação a distribuição da população por sexo neste estudo, apresentada no contexto de toda a população na Tabela 3 e separada por grupo na Tabela 10, houve predominância significativa do sexo masculino (60,5%), concordando com a literatura ao relatar maior susceptibilidade de meninos a condições clínicas graves e internações prolongadas, podendo assim potencializar os riscos para as dificuldades de alimentação/deglutição. Estudos recentes, inclusive coorte, e, portanto, de acompanhamento longitudinal, demonstraram prevalência marcante do sexo masculino entre os casos de DAP atendidos (LIM et al., 2024; GALAI et al., 2024). Bell et al. (2019) identificaram que, em uma coorte de 89 crianças com paralisia cerebral, 63 eram do sexo masculino e apresentavam queixas relacionadas a dificuldades alimentares e nutricionais. Embora essas crianças não tenham sido classificadas formalmente nos critérios diagnósticos de DAP, as queixas descritas contemplavam os critérios propostos por Goday et al. (2019) e, de forma consistente, também mantiveram a predominância do sexo masculino, corroborando a tendência observada em outros estudos. Portanto, tais evidências demonstraram tendência consistente de maior vulnerabilidade clínica para o

risco de DAP na criança do sexo masculino, reforçando a necessidade de uma vigilância ampliada sobre meninos hospitalizados em contexto de alta complexidade, especialmente em fases sensíveis do desenvolvimento alimentar como a primeira infância. A literatura sugere que fatores como maior incidência de prematuridade, comprometimentos neurológicos e síndromes genéticas em meninos podem contribuir para quadros clínicos mais graves e prolongados, que exigem intervenções médicas intensivas e aumentam o risco de uso de vias alternativas de alimentação, intubação orotraqueal e consequente disfunção sensório-motora oral (ROMMEL et al., 2003; LEFTON-GREIF, 2008; COOPER-BROWN et al., 2008; SOUZA et al., 2017; HOOGEWERF et al., 2017; STANLEY et al., 2019; HENNINGFELD et al., 2020; PUTNICK et al., 2022). Dessa forma, a predominância do sexo masculino entre as crianças com DAP e/ou DOP neste estudo deve ser compreendida como um indicador de risco clínico que também merece atenção diagnóstica precoce, intervenção interdisciplinar especializada e acompanhamento longitudinal para minimizar impactos a longo prazo.

Em relação aos diagnósticos médicos presentes como condição clínica na internação, quando analisados na população como um todo ou por grupo, constatou-se que as condições respiratórias, neurológicas e gastrointestinais foram os diagnósticos predominantes, seguidas por alterações genéticas e histórico de prematuridade. Ao comparar os grupos com presença e ausência de DAP, observou-se que crianças com DAP apresentaram maior frequência de diagnósticos neurológicos, gastrointestinais, genéticos e renais quando comparadas ao grupo sem DAP e com diferença estatisticamente significativa para todas essas variáveis. No entanto, embora as doenças respiratórias tenham sido a condição mais prevalente na amostra total e com destaque para o grupo sem DAP, não houve significância estatística sugerindo que essa condição, apesar de comum, não foi um marcador discriminativo para DAP neste estudo. Esse

achado pode ser explicado pelo fato de que doenças respiratórias, embora muito prevalentes em populações pediátricas hospitalizadas, têm uma natureza frequentemente aguda, transitória e sazonal, especialmente em contextos como infecções virais ou bacterianas, que tendem a se resolver com tratamento adequado. Assim, elas não necessariamente se associam a um impacto prolongado sobre as habilidades alimentares e de deglutição, diferentemente de condições neurológicas, gastrointestinais, genéticas ou renais, que geralmente implicam repercussões crônicas, multifatoriais e persistentes sobre a função oral e o comportamento alimentar. Além disso, quadros respiratórios podem gerar disfagia ou dificuldades alimentares temporárias por comprometimento da coordenação sucção–deglutição–respiração ou pela necessidade de suporte ventilatório, mas nem sempre configuram critérios para o diagnóstico de DAP. Dessa forma, apesar de comuns, esses diagnósticos não atuaram como marcadores discriminativos para o DAP, e embora não componham critérios formais para o diagnóstico diferencial de DAP, devem ser reconhecidos como fatores de risco potenciais. Ressalta-se ainda que, no contexto de alta complexidade, as experiências associadas ao manejo dessas condições, como internações prolongadas, uso de ventilação invasiva ou não invasiva, aspirações frequentes, restrições orais temporárias e desconforto respiratório durante a alimentação, podem atuar como gatilhos para o desenvolvimento das diferentes dificuldades alimentares. Tais experiências podem impactar negativamente a relação da criança com a alimentação, influenciar o padrão motor-oral e gerar associações negativas com a via oral, contribuindo para a instalação ou perpetuação do DAP, mesmo que a condição respiratória em si não seja um marcador discriminativo no diagnóstico.

Na análise da amostra total, cardiopatias congênitas, alterações de vias aéreas, prematuridade e síndromes genéticas apresentaram associação estatisticamente significativa, no entanto, quando analisadas especificamente no grupo com DAP, essas

condições não mantiveram significância estatística, sugerindo que, apesar de sua reconhecida influência clínica pela literatura, não atuaram como marcadores diferenciais neste cenário. Esse resultado reforça a interpretação de que tais diagnósticos, embora fortemente relacionados ao risco para o DAP (ROMMEL et al., 2003; LEFTON-GREIF, 2008; STANLEY et al., 2019; HOOGEWERF et al., 2017; HENNINGFELD et al., 2020), não devem ser entendidos de forma isolada, conforme proposto por Goday et al. (2019) e Estrem et al. (2024) que reforçaram que o risco e a gravidade do DAP resultam de uma composição multifatorial e não dicotômica, na qual a interação entre diferentes domínios clínicos é determinante, sendo a somatória e inter-relação dessas condições o que define o impacto sobre a alimentação e a deglutição, e não diagnósticos isolados.

Mantendo ainda a discussão acerca da caracterização da população deste estudo, e com relação aos fatores elencados como de risco para dificuldades de alimentação/deglutição, observou-se elevada prevalência de crianças em uso de VAA, especialmente de sonda nasoenteral, seguida pela via oral exclusiva e pela gastrostomia refletindo o perfil de alta complexidade clínica da amostra. Esses achados estão diretamente relacionados à natureza das condições de base, muitas vezes caracterizadas por quadros agudos descompensados ou doenças crônicas que comprometem a segurança e a eficiência da alimentação oral. A utilização de dispositivos como IOT e a TQT também foi expressiva, o que também reforça a gravidade clínica observada. Embora tais recursos sejam essenciais para garantir suporte ventilatório e nutricional seguro, seu uso pode impactar negativamente o desenvolvimento das habilidades orais e a experiência alimentar, favorecendo comportamentos de recusa, alterações sensório-motoras e dependência prolongada de nutrição enteral. No caso da sonda nasoenteral, esse efeito pode ocorrer mesmo em períodos curtos de uso, interferindo na sensibilidade e conforto oral. A gastrostomia, por sua vez, esteve presente majoritariamente em crianças com

condições neurológicas graves e múltiplas comorbidades, cenário em que a cronicidade e a gravidade do quadro potencializam a vulnerabilidade alimentar. A presença de traqueostomia esteve associada a atrasos na introdução de consistências e à manutenção da dependência de nutrição enteral. Esses elementos indicam que, na população estudada, o uso de vias alternativas de alimentação e de dispositivos invasivos não deve ser interpretado apenas como medida de suporte, mas como marcador clínico que integra um contexto multifatorial de risco para o desenvolvimento de DAP e DOP, exigindo monitoramento sistemático e intervenções precoces e interdisciplinares, em consonância com as evidências apresentadas por Souza et al. (2017), Schwemmel e Arens (2022), Henningfeld et al. (2021), Sobotka et al. (2023) e Norman et al. (2022). Assim, os achados do presente estudo corroboram a literatura atual, reforçando a associação entre o uso dos fatores clínicos elencados e o risco aumentado para alterações da alimentação e da deglutição em Pediatria. Ressalta-se que presente revisão de literatura não foram encontrados estudos que não corrobora com tais evidências, o que confere robustez ao dado apresentado e salienta a relevância do rastreamento precoce e abordagem interdisciplinar em crianças expostas a esses fatores de risco.

Assim, e concentrada a partir dessa fase da discussão na prevalência dos diagnósticos da alimentação em Pediatria, a elevada prevalência de DAP observada neste estudo, associada aos achados referentes à DOP, reflete a alta complexidade clínica característica da população pediátrica atendida em ambiente hospitalar de nível terciário. Esses resultados corroboram evidências já descritas na literatura, que indicaram a forte sobreposição diagnóstica entre as duas condições (GODAY et al., 2019; SHARP et al., 2022; ESTREM et al., 2024). No contexto analisado, a associação entre DAP e DOP demonstra que, na prática clínica, essas condições frequentemente coexistem no mesmo paciente, especialmente em cenários de maior gravidade assistencial, como o do presente

estudo. Essa sobreposição não deve ser compreendida como um evento aleatório, mas como a expressão de um quadro multifatorial no qual a disfagia representa uma manifestação relevante dentro do domínio das habilidades alimentares. A análise dos resultados evidencia que a presença de DOP no DAP potencializa os impactos médicos, nutricionais e funcionais da condição, exigindo condutas diagnósticas e terapêuticas mais amplas e integradas. Nesse cenário, a recusa alimentar apresentou alta frequência, tanto como queixa prévia à internação quanto como achado durante a avaliação clínica, configurando-se como um marcador clínico relevante nestas crianças. Embora possa ocorrer em contextos normativos do desenvolvimento, como na seletividade alimentar transitória, sua manifestação em crianças hospitalizadas e com condições clínicas complexas deve ser interpretada com cautela e atenção, pois tende a refletir alterações sensório-motoras-orais, repercussões de experiências alimentares negativas e efeitos de intervenções médicas invasivas, como os demais fatores clínicos já expostos aqui. Esses achados reforçam a necessidade de uma avaliação clínica minuciosa, capaz de diferenciar alterações sensório-motoras-orais de manifestações comportamentais, como no TARE, assegurando que as intervenções sejam direcionadas à real natureza da dificuldade e favorecendo decisões terapêuticas mais assertivas e alinhadas ao perfil do paciente (ESTREM et al., 2024). Assim, embora a recusa alimentar seja um marcador importante, não deve ser utilizada como critério isolado para definição do DAP. Os resultados desta pesquisa sustentam que o DAP não pode ser reduzido a um diagnóstico de natureza exclusivamente comportamental, posição que converge com as evidências de Henningfeld et al. (2020) e Pazinato et al. (2023). Tais evidências fortalecem a pertinência do delineamento metodológico adotado, ao empregar critérios diagnósticos multidimensionais que consideram o comportamento de recusa alimentar no contexto mais amplo das manifestações clínicas da condição.

No contexto da comparação diagnóstica, os achados entre grupos com e sem DAP indicaram associação significativa entre DAP e maior presença em unidades críticas (UTIPED e UTINEO), uso de VAA (principalmente GTT e SNE), presença de TQT e maior frequência de DOP. Esses achados reforçam a hipótese de que crianças com DAP apresentam maior complexidade clínica e exigem suporte especializado. Estes cenários associados aos fatores clínicos são também discutidos e citados por Sharp et al. (2022) e Estrem et al. (2024) e reforçam o entendimento de que o DAP se configura como um marcador de maior complexidade clínica e frequente nestes cenários.

Em relação à tipologia do DAP, observou-se maior prevalência da forma crônica, achado que corrobora a classificação proposta por Goday et al. (2019) e é sustentado por estudos que descreveram a persistência das manifestações clínicas ao longo do tempo, especialmente em crianças com múltiplas comorbidades (HENNINGFELD et al., 2020; SLANA et al., 2022; ESTREM et al., 2024; LIS et al., 2025). Essas evidências reforçam o impacto duradouro dos fatores clínicos adversos sobre o comportamento alimentar e a segurança da deglutição, o que demanda estratégias terapêuticas especializadas e acompanhamento sistemático. Considerando a relação entre a tipologia do DAP e a presença de DOP, verificou-se que esta última foi mais frequente nos quadros crônicos em comparação aos agudos e ao grupo sem DAP, indicando que a evolução persistente do distúrbio está fortemente associada a alterações da função de deglutição. Esse achado corrobora a literatura vigente (HENNINGFELD et al., 2020; PAZINATTO et al., 2023; GODAY et al., 2019; ESTREM et al., 2024; LIS et al., 2025), que evidencia a sobreposição entre essas condições em populações pediátricas clinicamente complexas, e reforça a necessidade de compreensão e aplicação rigorosa do diagnóstico diferencial nas dificuldades de alimentação e deglutição. Embora este estudo não tenha realizado acompanhamento longitudinal, destaca-se a importância dessa abordagem para monitorar

a evolução clínica, uma vez que quadros inicialmente agudos podem evoluir para formas crônicas se não forem identificados e manejados de forma precoce e integrada. Dessa forma, justifica-se a implantação de protocolos de rastreamento e o gerenciamento contínuo desses casos, de modo a prevenir a cronificação e minimizar os impactos funcionais e nutricionais da DAP e/ou DOP na infância.

Em relação ao grau de comprometimento da deglutição e da funcionalidade da alimentação/deglutição na infância, a amostra deste estudo apresentou resultados estatísticos significativos, com predomínio das classificações de comprometimento da deglutição em grave, moderada e moderada-grave, respectivamente, segundo a escala proposta, acompanhadas por níveis de funcionalidade da alimentação e deglutição extremos (1 e 5), especialmente nas categorias mais baixas, indicativas de ingestão severamente comprometida (1, 2 e 3), e em categorias associadas à funcionalidade preservada (5, 6 e 7). Essa coexistência de pacientes com plena capacidade funcional e outros em dependência alimentar significativa está em consonância com estudos prévios que descrevem alta prevalência de disfagia moderada a grave em populações pediátricas clinicamente complexas (PAZINATTO et al., 2023; SOBOTKA et al., 2023).

No grupo sem DAP, apesar de se encontrarem crianças com presença de DOP, a deglutição normal foi predominante, enquanto no grupo com DAP os graus mais severos de comprometimento da deglutição foram mais frequentes, reforçando a associação entre DAP e DOP e a relevância do diagnóstico diferencial, particularmente em relação ao TARE. A presença da alta prevalência de deglutição normal em parte da amostra (sem DAP) analisada em conjunto com a descrição dos diagnósticos médicos deste grupo mostra alta prevalência de crianças com diagnóstico respiratório como condição de base, reforçando a afirmação anterior discutida com os grupos respiratórios. Essa observação reforça a importância de uma avaliação fonoaudiológica minuciosa e contextualizada, que

considere não apenas os sinais clínicos imediatos, mas também o histórico alimentar e os fatores médicos de base. Por outro lado, deve-se ressaltar que nem todo sintoma respiratório ou comportamento de recusa alimentar implica em DOP e/ou DAP, assim como a ausência de queixa/sinal de dificuldade de deglutição não exclui risco para DAP e/ou DOP.

A análise do nível de funcionalidade alimentar revelou que crianças com DAP se concentraram nos níveis mais baixos, enquanto aquelas sem DAP apresentaram maior frequência em níveis intermediários ou de plena funcionalidade. Entre os subtipos, o DAP agudo esteve mais associado a impactos imediatos decorrentes das condições precipitantes, enquanto o DAP crônico apresentou predomínio de baixos níveis funcionais, refletindo a persistência das disfunções ao longo do tempo. Essa manutenção de padrões de ingestão severamente comprometidos confirma o caráter persistente e multifatorial do DAP, frequentemente sustentado por trajetórias clínicas complexas que incluem fatores médicos, experiências alimentares adversas e desafios psicossociais (ESTREM et al., 2024).

Esses achados dialogam com os resultados de Kovacic et al. (2021), que evidenciam o potencial impacto da cronicidade do DAP sobre o desenvolvimento de comportamentos alimentares inadequados, sobretudo quando não há identificação e manejo precoces. Crianças com DAP crônico, frequentemente expostas a longos períodos de internação, uso de vias alternativas de alimentação e experiências negativas relacionadas à alimentação, tendem a consolidar estes padrões disfuncionais e/ou desviantes. Esses fatores, quando associados, podem resultar em um quadro de DOP em diferentes graus inclusive pela própria etiologia de base que altera a biomecânica da deglutição, afetando não apenas a ingestão e a funcionalidade alimentar, mas também a relação da díade cuidador-criança durante as refeições, levando a um comprometimento

cíclico do desenvolvimento da função de alimentação/deglutição na criança. A literatura sobre desenvolvimento alimentar enfatiza que as experiências iniciais moldam preferências e comportamentos alimentares (BIRCH et al., 1998; LUTTER et al., 2021), o que reforça a relevância do dado encontrado neste estudo sobre a predominância do DAP crônico e o perfil etário da amostra. Nesse contexto, a DOP deve ser compreendida como manifestação frequente e funcionalmente relevante dentro do espectro do DAP, não apenas como comorbidade, mas também como possível fator desencadeante ou perpetuador, especialmente em crianças com trajetórias clínicas complexas. A sua não identificação precoce ou análise isolada, sem considerar o contexto funcional e psicossocial, pode levar ao subdiagnóstico do DAP e atrasar a implementação de estratégias terapêuticas adequadas. Essa integração diagnóstica é essencial para orientar o manejo clínico e otimizar os desfechos alimentares, nutricionais, pulmonares e de desenvolvimento infantil.

Entende-se ser importante destacar que há uma lacuna essencial na literatura científica quanto à existência de escalas de avaliação do grau de comprometimento da disfagia orofaríngea em Pediatria e de nível de funcionalidade da alimentação/deglutição que tenham passado por todas as etapas de validação clínica e psicométrica. A ausência de instrumentos padronizados, sensíveis e validados limita a comparabilidade entre estudos e compromete a precisão diagnóstica e o planejamento terapêutico devido à falta de indicadores e marcadores clínicos. Esse aspecto é ainda mais crítico em cenários de alta complexidade, nos quais as tomadas de decisões clínicas necessitam ser rápidas e eficientes, sendo essenciais para garantir a segurança do desenvolvimento alimentar, pulmonar e nutricional das crianças neste setting.

Fora do ambiente hospitalar, esse indicador permanece igualmente relevante, uma vez que a avaliação adequada do grau de comprometimento da deglutição e da

funcionalidade da alimentação e deglutição na Pediatria permite o seguimento longitudinal de crianças em risco, favorece intervenções precoces e direciona o tipo de suporte necessário à reabilitação alimentar em diferentes níveis de atenção à saúde.

Ainda no que se refere à funcionalidade da alimentação, embora a ASHA recomende o uso da escala *NOMS (National Outcome Measurement System)* como ferramenta de classificação funcional da alimentação/deglutição, sua aplicação é restrita a crianças com idade igual ou superior a três anos. De acordo com o guia clínico da própria ASHA, indivíduos menores de três anos são considerados inelegíveis para inclusão nos registros NOMS. Essa limitação representa um importante desafio metodológico e clínico, considerando que a maioria da amostra deste estudo é composta por lactentes e crianças pequenas e conforme discutido sendo essa uma faixa etária crítica para o desenvolvimento alimentar. Tal lacuna reforça a necessidade de desenvolvimento e validação de ferramentas específicas para a avaliação funcional da alimentação em crianças menores de três anos, a fim de permitir uma análise mais sensível e precisa das habilidades alimentação e deglutição desde os primeiros meses de vida, principalmente onde o fator exclusivo para o diagnóstico de DAP é a classificação da ingestão inadequada para idade, conforme proposto por Goday et al. (2019) e inserido na atualização do CID-11.

É importante destacar, no entanto, que este estudo se baseou em um delineamento transversal e observacional, analisando os dados disponíveis no momento da avaliação clínica da alimentação e deglutição. Dessa forma, ainda que tenha sido possível identificar relações estatisticamente significativas entre os diagnósticos médicos e a presença de DAP e/ou DOP, neste estudo o delineamento não objetivou correlacionar diretamente esses achados com o tempo de internação hospitalar, a evolução funcional ou a duração do uso de via alternativa de alimentação. Considerando a tipologia do DAP, sendo o

Crônico de maior frequência na amostra, evidencia-se novamente a necessidade de estudos longitudinais que acompanhem a trajetória clínica desses pacientes ao longo da internação e após a alta, a fim de compreender de maneira mais assertiva a influência dos fatores clínicos sobre os desfechos da alimentação/deglutição nestes settings e complexidade.

Assim, os dados encontrados neste estudo reafirmaram que o DAP, em contextos hospitalares de alta complexidade, está frequentemente ancorado em condições clínicas multifatoriais e em trajetórias alimentares marcadas por cronicidade e dependência tecnológica como uso de vias alternativas de alimentação e suportes ventilatórios. Tal perspectiva é reforçada pelo recente consenso de Estrem et al. (2024), que destaca a importância de se diferenciar as disfunções sensório-motoras orais de componentes comportamentais, compreendendo o DAP como um fenômeno funcional e integrado, exigindo avaliação ampla e abordagem terapêutica transdisciplinar para favorecer a mitigação de desfechos nutricionais, clínicos e psicossociais adversos.

A necessidade de uma padronização diagnóstica (principalmente para os desfechos elencados neste estudo como DAP, DOP) constitui um aspecto crucial tanto para a prática clínica quanto para a produção científica na área de alimentação e deglutição pediátrica. Embora ambos os quadros compartilhem manifestações clínicas às vezes similares, como a queixa do comportamento de recusa alimentar persistente e a ingestão inadequada de alimentos, eles se diferenciam substancialmente quanto à base diagnóstica, critérios clínicos e implicações terapêuticas. Essa diferenciação é particularmente relevante no contexto hospitalar de alta complexidade, onde há uma alta prevalência de diagnósticos clínicos que podem trazer comorbidades associadas à alimentação, conforme exposto e discutido neste estudo. A não distinção clara entre DAP e TARE pode conduzir a encaminhamentos terapêuticos inadequados, que pode levar a

uma subestimação de fatores médicos e/ou supervalorizar aspectos comportamentais de forma isolada. Além disso, a falta de padronização terminológica entre os estudos clínicos e epidemiológicos da área leva a uma falta de comparabilidade dos achados científicos deste estudo.

A literatura contemporânea (Goday et al., 2019; Sharp et al., 2022; Estrem et al., 2024) corrobora com essa perspectiva ao integrar a disfagia no domínio das habilidades alimentares do DAP e destacar sua associação com desfechos adversos. Assim, a identificação da DOP em pacientes com DAP não pode ser negligenciada e deve ser incorporada como etapa essencial no processo de rastreamento ou avaliativo, exigindo do fonoaudiólogo competência técnica e discernimento clínico para realizar uma avaliação funcional da alimentação/deglutição de forma completa e especializada em cada faixa etária, com foco individual em cada *setting*. É importante reforçar a necessidade e atenção adequada dos demais membros da equipe transdisciplinar que atua no cuidado da criança com DAP e/ou DOP realize em todas as crianças com queixas de dificuldades alimentares um rastreamento adequado para presença de sinais/marcadores clínicos de risco para DOP.

Nesse contexto, impõe-se a necessidade de atualização e ampliação da formação acadêmica e clínica do fonoaudiólogo frente aos novos paradigmas diagnósticos em alimentação e deglutição na infância. A capacitação para reconhecer sinais precoces de DOP no contexto do DAP, assim como compreender os critérios diagnósticos propostos pelos consensos internacionais da área, se tornam etapas fundamentais para garantir uma avaliação e intervenções precoces, seguras e baseadas em evidência. A construção de uma prática fonoaudiológica sensível à complexidade desses quadros exige, portanto, não apenas conhecimento técnico, mas também uma postura crítica e integrativa frente aos

avanços conceituais e epidemiológicos que caracterizam o distúrbio alimentar pediátrico na atualidade.

Sendo assim, os dados demográficos deste estudo reforçam a necessidade de formulação de ferramentas de rastreamento adequadas e que compilem a complexidade e todos os domínios do DAP, assim como a necessidade de avaliação transdisciplinar precoce nestas crianças em serviços hospitalares, de forma a reduzir a progressão de dificuldades iniciais de alimentação/deglutição;

Portanto, a valorização dos dados demográficos desta população, não apenas contribui para o delineamento do perfil clínico destas crianças com DAP e/ou DOP, como também fortalece a identificação de indicadores e marcadores clínicos que podem subsidiar a formação profissional na área e orientar modelos de cuidado centrados na infância. Esses modelos devem priorizar intervenções precoces, adequadas e personalizadas nos primeiros anos de vida, com o objetivo de prevenir a evolução e a cronicidade dos quadros das dificuldades de alimentação/deglutição na infância. Ao intervir oportunamente, é possível minimizar trajetórias desviantes nesses domínios e favorecer o desenvolvimento global de forma mais integrada e funcional.

Assim, e mesmo diante da relevância dos achados, este estudo também apresenta algumas fragilidades que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal limita a compreensão da evolução clínica do DAP e da DOP, impossibilitando estabelecer relações causais ou acompanhar mudanças ao longo do tempo. Além disso, a coleta de dados ocorreu em um único hospital de alta complexidade, o que restringe a generalização dos resultados para outros contextos de cuidado, especialmente em serviços de menor complexidade. Outro aspecto relevante refere-se à heterogeneidade da amostra, composta por crianças com diferentes diagnósticos de base e condições clínicas, o que pode ter influenciado a distribuição das variáveis e dificultado

análises mais estratificadas. Ainda, a utilização de escalas adaptadas para avaliar o grau de comprometimento da deglutição e da funcionalidade da alimentação em pediatria, embora pertinente, reflete uma lacuna na literatura quanto a instrumentos validados para esta população, o que reforça a necessidade de futuras pesquisas voltadas à validação de medidas diagnósticas.

CONCLUSÃO

- 1- O Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP) apresenta alta prevalência em Hospital de Alta Complexidade, concentrando-se em crianças abaixo de dois anos de idade e do sexo masculino, sendo frequente em condições clínicas graves, como doenças neurológicas, cardiopatias e síndromes genéticas, além de antecedentes de prematuridade, uso de intubação orotraqueal prévia, vias alternativas de alimentação e traqueostomia;
- 2- O grau de comprometimento da deglutição moderado e grave nas crianças com ou sem DAP foi mais frequente e a funcionalidade da alimentação demonstrou que crianças com DAP apresentaram maior dependência alimentar e limitação funcional do que as sem DAP neste *setting* do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. AMAIZU, Nneka et al. Maturation of oral feeding skills in preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 97, n. 1, p. 61-67, 2008.
3. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. *NOMS clinician user guide: SLP healthcare*. Rockville, MD: **ASHA**, set. 2024. Disponível em: <https://nomsregistry.asha.org/login>. Acesso em: 17 jul. 2025.
4. ASHCROFT, J.; et al. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. **European Journal Of Clinical Nutrition, London**, v. 62, n. 8, p. 985-990, 8 ago. 2007.
5. ARVEDSON, J. C.; BRODSKY L.; **Pediatric Swallowing and Feeding**. Delmar Cengage Learning, 2002
6. ARVEDSON, J.C.; LEFTON-GREIF, M.A.; Pediatric videofluoroscopic swallow studies: A professional manual with caregiver guidelines. San Antonio, TX: **Communication Skill Builders**, 1998
7. ARVEDSON, J. C. MANAGEMENT OF PEDIATRIC DYSPHAGIA. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 31, n. 3, p. 453–476, jun. 1998.
8. BARATA A.E. A importância de dados epidemiológicos para o trabalho fonoaudiológico. **Jornal do CFFa**. 2005;27(7):11-2.
9. BARTON, C.; BICKELL, M.; FUCILE, S. Pediatric oral motor feeding assessments: A systematic review. **Physical & occupational therapy in pediatrics**, v. 38, n. 2, p. 190-209, 2018.
10. BELL, Kristie 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**, v. 61, n. 10, p. 1175-1181, 2019.
11. 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.
12. BIRCH, Leann L.; DOUB, Allison E. Learning to eat: birth to age 2 y. **The American journal of clinical nutrition**, v. 99, n. 3, p. 723S-728S, 2014.
13. CHATOOR, Irene; GANIBAN, Jody. Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment. **Cognitive and behavioral practice**, v. 10, n. 2, p. 138-

- 146, 2003.
14. COOPER-BROWN, Linda et al. Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. **Developmental disabilities research reviews**, v. 14, n. 2, p. 147-157, 2008.
 15. CHRISTIAN, Vikram J. et al. Pediatric feeding disorder in children with short bowel syndrome. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 72, n. 3, p. 442-445, 2021.
 16. LAU, Chantal. Development of suck and swallow mechanisms in infants. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 66, n. Suppl. 5, p. 7-14, 2015.
 17. DA ROSA PEREIRA, Karine et al. Evaluation of swallowing in infants with congenital heart defect. **International archives of otorhinolaryngology**, p. 055-060, 2014.
 18. DELANEY, Amy L.; ARVEDSON, Joan C. Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. **Developmental disabilities research reviews**, v. 14, n. 2, p. 105-117, 2008.
 19. DEMPSTER, R. et al. Changes in Medical Charges Following Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Gastrostomy Tube Dependence. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 76, n. 4, p. e77, 1 abr. 2023.
 20. DEWI, Dwi Juliana et al. Risk of dysphagia in a population of infants born preterm: characteristic risk factors in a tertiary NICU. **Jornal de Pediatria**, v. 100, p. 169-176, 2024.
 21. DODRILL, Pamela; GOSA, Memorie M. Pediatric Dysphagia: physiology, assessment, and management. **Annals Of Nutrition And Metabolism**, [S.L.], v. 66, n. 5, p. 24-31, 2015. S. Karger AG.
 22. DUFFY, Kimberly L. Dysphagia in children. **Current problems in pediatric and adolescent health care**, v. 48, n. 3, p. 71-73, 2018.
 23. ESLICK, Casey Jane; KRUGER, Esedra; KRITZINGER, Alta. Exploring swallowing, feeding and communication characteristics of toddlers with severe acute malnutrition. 2022.
 24. FULLER, Laura et al. Variability in swallowing biomechanics in infants with feeding difficulties: A videofluoroscopic analysis. **Dysphagia**, v. 37, n. 6, p. 1740-1747, 2022.
 25. GALAI, Tut et al. Factors associated with age of presentation of pediatric feeding disorder. **Brain and Behavior**, v. 14, n. 3, p. e3461, 2024.
 26. GODAY, Praveen S. *et al.* Pediatric Feeding Disorder. **Journal Of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**, [S.L.], v. 68, n. 1, p. 124-129, jan. 2019. Ovid

Technologies (Wolters Kluwer Health).

27. GROSSBAUER, Anne et al. The effects of untreated reflux on the incidence of dysphagia, oral aversion, and feeding difficulty in the NICU population. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, v. 174, p. 111734, 2023.
28. HENNINGFELD, Jennifer et al. Feeding disorders in children with tracheostomy tubes. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 36, n. 3, p. 689-695, 2021.
29. HERNANDEZ, Ana Maria. Sucção e deglutição – aspectos neurofisiológicos. *In* Levy, Deborah Salle; Almeida, Sheila Tamanini. **Disfagia Pediátrica**. 2018. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2018. p. 3-13.
30. HILL, Garick et al. Feeding dysfunction in single ventricle patients with feeding disorder. **Congenital heart disease**, v. 9, n. 1, p. 26-29, 2014.
31. HUYSENTRUYT, K. et al. Nutritional red flags in children with cerebral palsy. **Clinical Nutrition**, v. 39, n. 2, p. 548–553, fev. 2020.
32. HORTON, Joshua et al. Temporal trends of pediatric dysphagia in hospitalized patients. **Dysphagia**, v. 33, p. 655-661, 2018.
33. HORNBERGER, Laurie L. et al. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 147, n. 1, 2021.
34. HOOGEWERF, M. et al. The prevalence of feeding problems in children formerly treated in a neonatal intensive care unit. **Journal of Perinatology**, v. 37, n. 5, p. 578–584, 1 maio 2017.
35. IBÁÑEZ, Vivian F. et al. Pediatric prevention: Feeding disorders. **Pediatric Clinics**, v. 67, n. 3, p. 451-467, 2020.
36. JACKSON, Arwen et al. Associations between age, respiratory comorbidities, and dysphagia in infants with down syndrome. **Pediatric pulmonology**, v. 54, n. 11, p. 1853-1859, 2019.
37. JADCHERLA, Sudarshan R. Advances with neonatal aerodigestive science in the pursuit of safe swallowing in infants: invited review. **Dysphagia**, v. 32, n. 1, p. 15-26, 2017.
38. 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
39. KERZNER, Benny et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. **Pediatrics**, v. 135, n. 2, p. 344-353, 2015.
40. KING, Seth; BURCH, Taneal. Blending as a treatment for feeding disorders: A

- review of the literature. **Behavioral interventions**, v. 35, n. 4, p. 642-663, 2020.
41. KLEINERT, Jane O'Regan. Pediatric feeding disorders and severe developmental disabilities. In: **Seminars in speech and language**. Thieme Medical Publishers, 2017. p. 116-125.
 42. KOVACIC, Karlo et al. Pediatric feeding disorder: a nationwide prevalence study. **The Journal of Pediatrics**, v. 228, p. 126-131. e3, 2021.
 43. LAWLOR, Claire M.; CHOI, Sukgi. Diagnosis and management of pediatric dysphagia: a review. **JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery**, v. 146, n. 2, p. 183-191, 2020.
 44. LEFTON-GREIF, Maureen A. *et al.* Pediatric Dysphagia. **Physical Medicine And Rehabilitation Clinics Of North America**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 837-851, nov. 2008. Elsevier BV.
 45. LEVY, Yuval *et al.* Diagnostic Clues for Identification of Nonorganic vs Organic Causes of Food Refusal and Poor Feeding. **Journal Of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 355-362, mar. 2009. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
 46. LIMA, Bárbara Patrícia da Silva *et al.* Características epidemiológicas das alterações de linguagem em um centro fonoaudiológico do primeiro setor. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 376-380, 2008.
 47. LIM, Tammy SH et al. Diet, growth, nutritional status and predictors of severity of feeding difficulties in autistic children with co-occurring pediatric feeding disorder. **Early Human Development**, v. 199, p. 106137, 2024.
 48. LIS, Marta Ewelina et al. A Preliminary Single-Centre Study on the Risk Factors Associated with Persistent Feeding Disorders in Children. **Nutrients**, v. 17, n. 7, p. 1111, 2025.
 49. LUTTER, Chessa K.; GRUMMER-STRAWN, Laurence; ROGERS, Lisa. Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. **Nutrition reviews**, v. 79, n. 8, p. 825-846, 2021.
 50. MATHISEN, B. et al. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: a controlled study. **Journal of paediatrics and child health**, v. 35, n. 2, p. 163-169, 1999.
 51. MARSHALL, Jeanne; GOSA, Memorie M.; DODRILL, Pamela. Patient Reported Outcome Measures that describe the feeding skills domain for Pediatric Feeding Disorder: A **clinimetric review**. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, 2023.
 52. MEDEIROS, Gisele Chagas de et al. Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. **Clinics**, v. 69, p. 8-14, 2014.

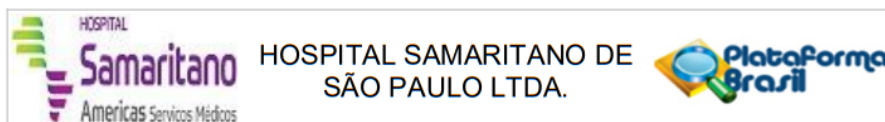
53. MILANO, Kim; CHATOOR, Irene; KERZNER, Benny. A functional approach to feeding difficulties in children. **Current Gastroenterology Reports**, v. 21, p. 1-8, 2019.
54. MILLER, J. L.; SONIES, B. C.; MACEDONIA, C. Emergence of oropharyngeal, laryngeal and swallowing activity in the developing fetal upper aerodigestive tract: an ultrasound evaluation. **Early Human Development**, v. 71, n. 1, p. 61–87, fev. 2003.
55. MOROCO, Annie E. *et al.* Pediatric Dysphagia. **Pediatric Clinics Of North America**, [S.L.], v. 69, n. 2, p. 349-361, abr. 2022. Elsevier BV.
56. MORRIS S. E.; KLEIN M. D. **Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development**. Pro-ed; 2000.
57. MORRIS, Natalie *et al.* Feeding disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, v. 26, n. 3, p. 571-586, 2017.
58. NEWMAN, Lisa A. *et al.* Swallowing Function and Medical Diagnoses in Infants Suspected of Dysphagia. **Pediatrics**, [S.L.], v. 108, n. 6, p. 1-4, 1 dez. 2001. American Academy of Pediatrics (AAP).
59. NICKLAUS, S.; SCHWARTZ, C. Early influencing factors on the development of sensory and food preferences. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v. 22, n. 3, p. 230–235, maio 2019.
60. NORMAN, Vivienne *et al.* Prevalence of feeding and swallowing disorders in congenital heart disease: a scoping review. **Frontiers in Pediatrics**, v. 10, p. 843023, 2022.
61. PARK, Jinhee *et al.* Symptoms of feeding problems in preterm-born children at 6 months to 7 years old. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 68, n. 3, p. 416-421, 2019.
62. PAULA, Ari de; BOTELHO, I. *et al.* Avaliação da disfagia pediátrica através da videoendoscopia da deglutição. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [S.L.], v. 68, n. 1, p. 91-96, 13 maio 2002.
63. PAZINATTO, Débora Bressan *et al.* Initial evaluation of a multidisciplinary pediatric aerodigestive program in a Brazilian hospital: challenges and mitigation strategies. **Jornal de pediatria**, v. 99, n. 6, p. 626-634, 2023.
64. **Pediatric Feeding and Swallowing**. Disponível em: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-feeding-and-swallowing/#collapse_8>. (Acesso em 10/09/2023)
65. PETERSEN, M. C.; ROGERS, B. T. Introduction: Feeding and swallowing and developmental disabilities. **Developmental Disabilities Research Reviews**, v. 14, n. 2, p. 75–76, 2008.

66. PUTNICK, Diane L. et al. Feeding problems as an indicator of developmental delay in early childhood. **The Journal of Pediatrics**, v. 242, p. 184-191. e5, 2022.
67. REILLY, S. M. et al. Oral-motor dysfunction in children who fail to thrive: organic or non-organic?. **Developmental medicine and child neurology**, v. 41, n. 2, p. 115-122, 1999.
68. ROCKVILLE, M. D. American Speech-Language-Hearing Association National Outcome Measurement System (NOMS). Adult Speech-Language Pathology training manual. ASHA, 1998.
69. ROMANO, Claudio *et al.* Current topics in the diagnosis and management of the pediatric non organic feeding disorders (NOFEDs). **Clinical Nutrition**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 195-200, abr. 2015. Elsevier BV.
70. ROMMEL, Nathalie et al. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 37, n. 1, p. 75-84, 2003.
71. ROSS, E. S.; BROWNE, J. V. Feeding Outcomes in Preterm Infants After Discharge From the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A Systematic Review. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 13, n. 2, p. 87–93, jun. 2013.
72. SALATTO, A. et al. Pitfalls and Risks of “New Eating Disorders”: Let the Expert Speak!. **Nutrients**, v. 15, n. 6, p. 1307, 7 mar. 2023.
73. SCHWEMMLE, C. *et al.* Fütter-, Ess- und Schluckstörungen bei Säuglingen und Kindern. *Hno*, [S.L.], v. 66, n. 7, p. 515-526, 31 jul. 2017. **Springer Science and Business Media LLC**
74. SHARP, William G. et al. Pediatric feeding disorders: A quantitative synthesis of treatment outcomes. **Clinical child and family psychology review**, v. 13, p. 348-365, 2010.
75. SHARP, William G. et al. Toward better understanding of pediatric feeding disorder: a proposed framework for patient characterization. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 75, n. 3, p. 351, 2022.
76. SHEPPARD, Justine J. Using motor learning approaches for treating swallowing and feeding disorders: A review. Vol. 39 • 227–236 Jul. 2008. **American Speech-Language-Hearing Association**
77. SIMIONE, Meg et al. Examining health conditions, impairments, and quality of life for pediatric feeding disorders. **Dysphagia**, v. 38, n. 1, p. 220-226, 2023.
78. SLANA, N.; HOČEVAR-BOLTEŽAR, I.; KORNHAUSER-CERAR, L. Risk Factors for Feeding and Swallowing Disorders in Very Low Birth Weight Infants in Their Second Year of Life. **Medicina**, v. 58, n. 11, p. 1536, 27 out. 2022.

79. SLAUGHTER, Jonathan L. Neonatal aerodigestive disorders: epidemiology and economic burden. **Clinics in Perinatology**, v. 47, n. 2, p. 211-222, 2020.
80. SOBOTKA, Sarah A. et al. A literature review of feeding disorders in children with tracheostomies and ventilators. **Pediatric Annals**, v. 51, n. 7, p. e291-e296, 2023.
81. SOUZA, Paula Colvara de et al. Findings of postoperative clinical assessment of swallowing in infants with congenital heart defect. In: **CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 2018.
82. STANLEY, Maria 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**, v. 179, n. 2, p. 177-182, 2019.
83. TAYLOR, Olivia D.; WARE, Robert S.; WEIR, Kelly A. Speech pathology services to children with cancer and nonmalignant hematological disorders. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, v. 29, n. 2, p. 98-108, 2012.
84. TEIXEIRA, Adriana Fonseca; VIANA, Kátia Danielle Araújo Lourenço. Nutritional screening in hospitalized pediatric patients: a systematic review. **Jornal de pediatria**, v. 92, p. 343-352, 2016
85. TUTOR, James D. *et al.* Dysphagia and aspiration in children. **Pediatric Pulmonology**, [S.L.], v. 47, n. 4, p. 321-337, 18 out. 2011. Wiley.
86. VAN DEN ENGEL-HOEK, Lenie et al. Pediatric feeding and swallowing rehabilitation: An overview. **Journal of pediatric rehabilitation medicine**, v. 10, n. 2, p. 95-105, 2017.
87. 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.
88. VISWANATHAN, Sreekanth; JADCHERLA, Sudarshan. Feeding and swallowing difficulties in neonates: developmental physiology and pathophysiology. **Clinics in Perinatology**, v. 47, n. 2, p. 223-241, 2020.
89. WAWRZONEK, Addam J. et al. Symptoms of pediatric feeding disorders among individuals with 3q29 deletion syndrome: A case-control study. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 43, n. 3, p. e170-e178, 2022.
90. WERE, Fred N.; LIFSCHITZ, Carlos. Complementary feeding: Beyond nutrition. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 73, n. Suppl. 1, p. 20-25, 2018.
91. WIGGINS, S. How infant food likes become established as knowledge: Parental food assessments during infant mealtimes in the home. **Appetite**, v. 184, p. 106489, maio 2023.

ANEXO

1. ANEXO A:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE DISFAGIA OROFARÍNGEA E DO DISTÚRBO ALIMENTAR PEDIÁTRICO EM AMBIENTE HOSPITALAR

Pesquisador: NATHALIA ANASTOPOULOS DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67233323.3.0000.5487

Instituição Proponente: ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.967.880

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado com vasta referência bibliográfica, de forma adequada.

Objetivo da Pesquisa:

descrito de forma clara e objetiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos de forma adequada ao longo do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância científica, descrita de forma clara e objetiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitação aceita de ausência de Termo por se tratar de dados retrospectivo de banco de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação

Endereço: Rua Tupi, 535 - 9º andar, sala 02

Bairro: Santa Cecília

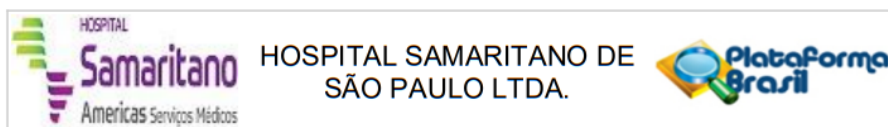
UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 01.233-907

Telefone: (11)3821-5721

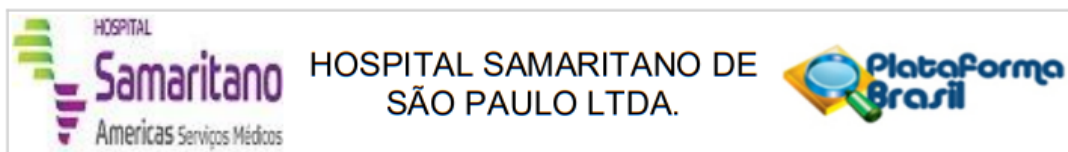
E-mail: cep@samaritano.com.br



Continuação do Parecer: 5.967.880

Recurso do Parecer	recurso.pdf	06/03/2023 13:13:04		Aceito
Outros	TCUD.pdf	06/03/2023 13:12:22	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	projoretificado.pdf	06/03/2023 13:05:44	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2081574.pdf	12/02/2023 22:12:04		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfra.pdf	12/02/2023 22:10:44	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTASOLICITACAOPESQUISADOR.pdf	09/02/2023 09:04:27	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	09/02/2023 08:51:02	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Outros	DocumentosCEPSamaritano.pdf	09/02/2023 08:29:01	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	declaracaocep.pdf	09/02/2023 08:24:51	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisador.pdf	09/02/2023 08:00:29	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	Cartadiretor.pdf	08/02/2023 15:44:18	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TLC.pdf	08/02/2023 13:55:50	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	08/02/2023 13:55:22	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	08/02/2023 13:53:25	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOCHANCELADO.pdf	30/01/2023 10:36:30	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/01/2023 10:36:17	NATHALIA ANASTOPULOS DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Rua Tupi, 535 - 9º andar, sala 02**Bairro:** Santa Cecília**CEP:** 01.233-907**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)3821-5721**E-mail:** cep@samaritano.com.br



Continuação do Parecer: 5.967.880

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 28 de Março de 2023

Assinado por:
Paulo Cesar Koch Nogueira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tupi, 535 - 9º andar, sala 02

Bairro: Santa Cecília

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3821-5721

CEP: 01.233-907

E-mail: cep@samaritano.com.br

APÊNDICE A: TERMO COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS (TCUD)

Eu, Nathália Anastopulos dos Santos, CPF 390.793,488-13, pesquisadora responsável do projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de disfagia orofaríngea e do distúrbio alimentar pediátrico em ambiente hospitalar”, declaramos, para os devidos fins, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Este projeto de pesquisa não apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois trata-se de pesquisa documental, em bando de dados contemplados da descrição de dados clínicos coletados e armazenados como parte das rotinas institucionais e não será possível obter o consentimento livre e esclarecido das pessoas cujos dados estão contidos nesses documentos de acesso restrito, pois elas não frequentam a instituição detentora. Por isto, propomos ao Sistema CEP/CONEP a dispensa de TCLE para esta pesquisa.

Eu me comprometo com a utilização dos dados contidos em banco de dados e prontuário institucional (Sistema Tasy) da Instituição Hospital Samaritano Higienópolis, que serão manuseados somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP e da instituição detentora.

Eu me comprometo a manter a confidencialidade e sigilo dos dados contidos nos (bando de dados e sistema de prontuário - Tasy), bem como a privacidade de seus conteúdos, mantendo a integridade moral e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Não será repassado os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, as pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Também me comprometo com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer

outra pesquisa, em que necessitemos coletar informações, será submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos da pesquisa documental serão guardados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, por cinco anos, e depois serão destruídos.

Ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

São Paulo, 03 de março de 2023.

Fga Nathália Anastopulos dos Santos

Pesquisadora responsável

APÊNDICE B: PROTOCOLO ELABORADO PARA
AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO

Pós-Graduação em Fonoaudiologia

Faculdade de Filosofia e Ciências - Câmpus de Marília



**PREVALÊNCIA DE DISTÚRBO ALIMENTAR PEDIÁTRICO
E/OU DISFAGIA OROFARÍNGEA EM AMBIENTE
HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE**

Nathália Anastopulos dos Santos, Dra. Déborah Salle
Levy, Profa Dra. Roberta Gonçalves da Silva

**PROTOCOLO ELABORADO PARA AVALIAÇÃO DO
CONTEÚDO:**

Dados de identificação dos Juízes

Nome:	Idade:
Titulação:	Ano:
Tempo de experiência em disfagia, dificuldades alimentares infantis:	Local:



**PREVALÊNCIA DE DISTÚRBO ALIMENTAR PEDIÁTRICO
E/OU DISFAGIA OROFARÍNGEA EM AMBIENTE
HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE**

Nathália Anastopulos dos Santos, Dra. Déborah Salle
Levy, Profa Dra. Roberta Gonçalves da Silva

**PROTOCOLO ELABORADO PARA AVALIAÇÃO DO
CONTEÚDO:**

A seguir está a escala modificada do grau de comprometimento da disfagia pediátrica proposta pelas autoras baseada na escala do protocolo PAD-PED (ALMEIDA, et al. 2014)

1 – Deglutição Normal	Ausência de sinais clínicos de disfagia.
2 – Disfagia Orofaríngea Leve	Presença de sinais clínicos decorrentes de inadequações durante a situação de alimentação. A disfagia é resolvida com adequações posturais, de utensílios e/ou de fluxo.
3–Disfagia Orofaríngea Moderada	Há moderado risco/suspeita de problemas na fase faríngea da deglutição ou alterações na fase oral com impacto moderado na nutrição e hidratação. Necessita de restrições de mais de uma consistência alimentar e/ou faz uso de via alternativa de alimentação. A via oral pode se manter com necessidade de adequações posturais, de utensílios e/ou fluxos.
4–Disfagia Orofaríngea Moderada/Grave *	Há grande risco/suspeita de problemas na fase faríngea da deglutição e alterações na fase oral com impacto severo na nutrição e hidratação. Necessita de restrições quanto ao volume para alimentar e se faz uso de via alternativa de alimentação para suporte nutricional e hídrico. A via oral nesses casos se faz necessária com mínimo volume, auxílio de adequações posturais, ajuste de utensílios e/ou fluxos, sendo o seu objetivo terapêutico para prazer/conforto oral e habilitação/reabilitação da função de deglutição. Pode-se fazer necessária a utilização de medidas xerostômicas para controle da aspiração de saliva.
5 – Disfagia Orofaríngea Grave	Impossibilidade de alimentação por via oral pelo alto risco de aspiração presumido. Necessita de via alternativa de alimentação exclusiva e pode se fazer necessária o uso de medidas xerostômicas para controle da aspiração de saliva.

* Proposta de adaptação com elaboração pelo autor para o grau moderado/grave



**PREVALÊNCIA DE DISTÚRPIO ALIMENTAR PEDIÁTRICO
E/OU DISFAGIA OROFARÍNGEA EM AMBIENTE
HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE**

Nathália Anastopulos dos Santos, Dra. Déborah Salle
Levy, Profa Dra. Roberta Gonçalves da Silva

**PROTOCOLO ELABORADO PARA AVALIAÇÃO DO
CONTÉUDO:**

A seguir estão os itens a serem preenchidos referentes ao grau proposto pelas autoras. 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.

ESTRUTURA COERENTE	() SIM	() NÃO
RELEVANTE	() SIM	() NÃO
SE NÃO, JUSTIFIQUE NO ESPAÇO A SEGUIR:		