



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILA MACIEL DINIZ

VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO
INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

FORTALEZA

2022

CAMILA MACIEL DINIZ

VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO INEFICAZ
DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

FORTALEZA

2022

CAMILA MACIEL DINIZ

VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PADRÃO INEFICAZ
DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovado em: 13/06/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Lívia Maia Pascoal (Membro efetivo)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dra. Prof. Dra. Nirla Gomes Guedes (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Iane Ximenes Teixeira (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Marcos André de Matos (Membro efetivo)
Universidade Federal de Goiás (UFG)

Prof. Dra. Ana Luisa Brandão Carvalho (Membro suplente)
Universidade do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Membro suplente)
Universidade Federal do Pernambuco (UFPE)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D61v Diniz, Camila Maciel.
Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente / Camila Maciel
Diniz. -- 2022.
133 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes .

1. Acurácia Diagnóstica. 2. Alimentação Infantil. 3. Diagnóstico de Enfermagem. 4. Estudos de Validação.
I. Título.

CDD 610.73

*A Deus, sempre.
Aos meus anjos, aqui e no céu.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Nossa Senhora, primeiramente, e sempre, por todas as bênçãos derramadas sobre mim; por serem a Luz da minha vida.

Ao meu Anjo no céu, meu pai, que plantou em mim os valores de um ser guiado pelo amor, os quais orientam minha caminhada; ao meu Anjo aqui, minha mãe, que está sempre ao meu lado, me incentivando, apoiando e fazendo da minha felicidade a dela. Para eles, dedico todas as minhas conquistas.

Aos meus amados Lucas, Laís e Miguel, por todo incentivo e carinho durante essa trajetória, e a minha avó, Bernadete, por todo o apoio, amor e proteção de sempre.

Ao meu amor, Danilo, por estar ao meu lado em todos os momentos dessa caminhada, por me ajudar, aconselhar e estimular o melhor de mim.

Ao professor Marcos, por todos os ensinamentos, pela dedicação e pela confiança durante todos esses anos de crescimento acadêmico, profissional e pessoal.

A todos os integrantes do grupo GEDIRE, pelo apoio e torcida, em especial à Beatriz, Alessandra e Ana Clara por contribuírem de forma substancial na coleta de dados desse estudo.

À instituição IPREDE e a todos os funcionários, pela acolhida e disponibilidade para realização dessa pesquisa, em especial à Andreza, por todo carinho e prontificação.

À CAPES, pelo apoio financeiro durante a realização desse estudo.

Aos amigos, Fernando Oliveira, Arianne Miranda, Rafaela Munguba, Lia Araruna, Thais Pinto, Ingrid Egydio, Emmanuelle Resende, Julia Lima, Fernanda Moreira, Larissa Cavalcante, Lara Camilo e Caroline Rocha por todo apoio e torcida.

Às queridas amigas do curso de pós-graduação e da vida, Angélica Paixão, Marília Mendes, Larissa Castelo, Natália Barreto, Nayana Gomes, Larissa Lemos e Layana de Paula, por acompanharem de perto a realização desse trabalho, por toda ajuda e encorajamento.

A todos os funcionários e professores do Departamento de Enfermagem, pelo carinho, ensinamentos e apoio durante esta trajetória.

A todos lactentes e familiares participantes desse trabalho, pela disponibilidade e confiança.

A todos aqueles que, de alguma forma, torceram e emanaram boas energias para o êxito desse trabalho, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A comunicação entre enfermeiros é facilitada por meio de taxonomias de enfermagem. O uso de diagnósticos de enfermagem permite aos profissionais uma linguagem padronizada e objetiva. Contudo, algumas dificuldades são encontradas durante a utilização desses sistemas de classificações, o que coloca em risco o processo de inferência diagnóstica correto. No contexto de alimentação infantil, etiquetas diagnósticas apresentam limitações estruturais e conceituais, por exemplo o diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação do lactente. Com isso, o desenvolvimento de estudos de validação clínica se faz importante para reduzir as lacunas e inconsistências observadas em diagnósticos de enfermagem. Assim, o objetivo do estudo é validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente. Para isso, selecionaram-se lactentes entre um mês e 24 meses de vida, acompanhadas em uma instituição não-governamental especializada em atendimento à primeira infância em situação de vulnerabilidade social e alimentar. Realizou-se anamnese para obtenção de dados sociodemográficos, clínicos e subjetivos. O exame físico avaliou o quadro de saúde da criança, como peso para a idade, comprimento para a idade, IMC para a idade, marcos do desenvolvimento infantil, integridade de pele e mucosas, condições orais de alimentação (sucção, mastigação e deglutição). Os dados foram organizados em planilhas no software *Excel* e analisados com auxílio do programa estatístico *R* e *SPSS*. A análise descritiva foi realizada para obter as frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e dispersão. Para a verificação da aderência à normalidade utilizou-se o teste Shapiro-Wilk. A acurácia dos indicadores clínicos foi obtida por meio da análise de classe latente. Ajustes nos modelos obtidos foram realizados a fim de encontrar aquele que melhor representasse o diagnóstico em estudo, considerando razão de verossimilhança superior a 0,5 para sensibilidade e/ou especificidade. O estudo das probabilidades posteriores foi realizado a fim de identificar a manifestação ou ausência do diagnóstico de acordo com o modelo de classe latente de melhor ajuste, considerando presente os valores acima de 50%. A análise dos fatores etiológicos se deu por meio de regressão logística (Teste de Wald). O estudo seguiu a normativa para realização de pesquisas com seres humanos e teve seu início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e da instituição elencada para a realização do estudo. A prevalência do diagnóstico foi de 23%. O indicador “Irritabilidade” apresentou maior valor de sensibilidade (90,3%). Os indicadores “Diarreia”, “Engasgo” e “Integridade de pele e mucosas inadequada” demonstraram maiores valores de especificidade (98,9%, 98,1% e 95,9%, respectivamente). Os fatores etiológicos relacionados à Padrão alimentar ineficaz do lactente

foram “Deformidade orofaríngea”, “Hipersensibilidade oral”, “Refluxo gastresofágico” e “Idade materna”. Portanto, os elementos identificados como relevantes configuram uma nova organização para o diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente, tornando-o mais bem relacionado ao contexto de padrão alimentar. Ademais, tais elementos são cabíveis de intervenções por parte do enfermeiro, exceto a idade materna.

Palavras-chave: Acurácia Diagnóstica; Alimentação Infantil; Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação

ABSTRACT

Communication between nurses is facilitated using nursing taxonomies. The use of nursing diagnoses allows professionals a standardized and objective language. However, some difficulties are encountered when using these classification systems, which jeopardizes the process of correct diagnostic inference. In the context of infant feeding, diagnostic labels have structural and conceptual limitations, for example the diagnosis Ineffective Infant Feeding Pattern. Thus, the development of clinical validation studies is important to reduce the gaps and inconsistencies observed in nursing diagnoses. Therefore, the objective of the study is to clinically validate the nursing diagnosis Ineffective infant feeding pattern. For this, infants between one month and 24 months of age were selected, followed up in a non-governmental institution specialized in early childhood care in situations of social and food vulnerability. Anamnesis was performed to obtain sociodemographic, clinical, and subjective data. The physical examination evaluated the child's health status, such as weight for age, length for age, BMI for age, child developmental milestones, skin and mucosal integrity, oral feeding conditions (sucking, chewing and swallowing). The data were organized in spreadsheets in Excel software and analyzed with the aid of the statistical program R and SPSS. Descriptive analysis was performed to obtain absolute frequencies, percentages, measures of central tendency and dispersion. To verify adherence to normality, the Shapiro-Wilk test was used. The accuracy of the diagnostic elements was obtained through latent class analysis. Adjustments to the models obtained were performed to find the one that best presents itself for the diagnosis under study, considering a likelihood ratio greater than 0.5 for sensitivity and/or specificity. The study of posterior probabilities was carried out to identify the manifestation or absence of the diagnosis according to the best-fit latent class model, considering values above 50% present. The analysis of etiological factors was carried out using logistic regression (Wald's test). The study followed the regulations for conducting research with human beings and began after approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará and the institution listed for the study. The prevalence of diagnosis was 23%. The "Irritability" indicator showed the highest sensitivity value (90.3%). The indicators "Diarrhea", "Choking" and "Inadequate skin and mucosal integrity" showed higher specificity values (98.9%, 98.1% and 95.9%, respectively). The etiological factors related to the infant's ineffective dietary pattern were "Oropharyngeal deformity", "Oral hypersensitivity", "Gastroesophageal reflux" and "Maternal age". Therefore, the elements identified as relevant configure a new organization for the nursing diagnosis Ineffective infant feeding pattern, making it better related to the dietary

pattern context. Furthermore, such elements are suitable for interventions by nurses, except for maternal age.

Keywords: Diagnostic accuracy; Infant feeding; Nursing diagnosis; Validation Studies

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Componentes do padrão alimentar ineficaz no contexto do lactente.....	29 - 30
Quadro 2	Elementos finais do padrão alimentar ineficaz do lactente que serão submetidos à validação clínica.....	32

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Promoção da saúde alimentar e prática clínica alimentar	15
2.2 Breve histórico sobre validade e a validação diagnóstica.....	17
2.4 Validação conceitual do PIAL	22
2.4.1 Teoria de Médio Alcance para o diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente (DINIZ et al., 2021).....	22
2.5 Análise de conteúdo dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do Padrão ineficaz de alimentação do lactente (DINIZ et al., 2020).....	30
3 OBJETIVO	34
3.1 Objetivo Geral	34
3.2 Objetivos Específicos.....	34
4 MÉTODOS.....	35
4.1 Desenho do Estudo	35
4.2 Local do Estudo	35
4.3 População e Amostra	36
4.4 Procedimento de coleta de dados	37
4.5 Organização e análise de dados.....	38
4.6 Aspectos Éticos	40
5 RESULTADOS	41
6 DISCUSSÃO	48
6.1 Indicadores clínicos de Padrão ineficaz de alimentação do lactente	48
6.2 Fatores etiológicos de Padrão ineficaz de alimentação do lactente.....	54
6.2.1. <i>Fatores relacionados ao Padrão ineficaz de alimentação do lactente</i>	54
6.2.2. <i>Condições associadas ao Padrão ineficaz de alimentação do lactente</i>	55
6.2.3. <i>População em risco para Padrão ineficaz de alimentação do lactente</i>	59
6.3. Padrão ineficaz de alimentação do lactente <i>versus</i> outros diagnósticos da NANDA-I.....	61
7 CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS	65

APÊNCIDE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL).....	72
APÊNCIDE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VALIDAÇÃO CLÍNICA.....	75
APÊNDICE C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DOS ELEMENTOS DO DIAGNÓSTICO PIAL	103
ANEXO.....	119

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O processo de pesquisa sobre diagnósticos de enfermagem é dinâmico e, a depender das circunstâncias escolhidas, apresenta diferentes caminhos para se desenvolver, desde estudos sobre a estrutura conceitual envolvida no fenômeno até pesquisas clínicas, as quais verificam a aplicabilidade do diagnóstico na assistência de enfermagem. As recorrentes atualizações no sistema de classificação da NANDA Internacional (NANDA-I) refletem o processo dinâmico das validações as quais os fenômenos de enfermagem são submetidos. Assim, a cada edição, pode-se observar mudanças no que se refere à inclusão de novas etiquetas, mudanças na nomenclatura, bem como a exclusão de diagnósticos que não apresentaram nível de evidência suficiente para manter-se na taxonomia.

Nesse sentido, durante o desenvolvimento do presente estudo, a taxonomia NANDA-I passou por atualizações, sendo lançada sua última versão (NANDA-I 2021-2023). Em sua versão mais atual, o diagnóstico de enfermagem elencado para esta pesquisa – Padrão ineficaz de alimentação do lactente (PIAL) (NANDA-I 2018-2020) – teve o título alterado para “*Ineffective infant suck-swallow response*” (NANDA-I 2021-2023), englobando elementos voltados especificamente para o processo de sucção e deglutição. Com isso, a etiqueta PIAL foi excluída da classificação NANDA-I 2021-2023 (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Como o estudo sobre o diagnóstico PIAL (NANDA-I 2018-2020) ocorreu devido às fragilidades encontradas em seus elementos, optou-se por, agora, sugerir uma nova estrutura para PIAL a fim de que possa ser reinserida na classificação NANDA-I. As fragilidades encontradas anteriormente referiam-se às limitações do diagnóstico a um problema de sucção e deglutição do lactente, condição que foi atualmente adaptada pela alteração no título do diagnóstico NANDA-I 2021-2023.

Um padrão alimentar ineficaz compreende um universo de fatores causais e comportamentais que vão além do processo anátomo-fisiológico da alimentação. Assim, considerando estudos anteriores (DINIZ et al., 2020; DINIZ e tal., 2021), PIAL apresenta entre seus agentes etiológicos elementos correspondentes a características maternas e econômicas, por exemplo, bem como indicadores clínicos voltados para os aspectos de crescimento e desenvolvimento do lactente. Tal fato pode ser identificado durante o processo de validação do diagnóstico, o qual contou com as etapas de estruturação teórica, análise de conteúdo e, por fim, validação clínica de seus componentes.

Esta tese apresentará a proposta de uma nova estrutura para o diagnóstico PIAL, o qual se caracteriza de forma mais ampla ao previamente trazido na NANDA-I 2018-2020, além de parecer compreender outras etiquetas presentes na atual versão da taxonomia, como Amamentação ineficaz e *Ineffective infant feeding dynamics* (NANDA-I 2021-2023), diagnósticos esses que estão voltados, principalmente, para o comportamento da genitora e dos cuidadores principais do lactente.

É importante destacar ainda que a realização desse estudo compreendeu um período mundial atípico, o qual trouxe consequências para a sua exequibilidade. O cenário de saúde pública mundial em decorrência da pandemia de COVID-19 interferiu na formatação do estudo, o qual seria, primariamente, um estudo longitudinal acerca do padrão alimentar do lactente nos seus dois primeiros anos de vida. Após adaptações necessárias, o estudo, dessa vez, ocorreria em três séries transversais, contemplando 260 lactentes para cada faixa etária: zero a seis meses, sete a doze meses e treze a vinte e quatro meses de vida, em atendimento na atenção básica de saúde. No entanto, devido ao grande tamanho amostral e impossibilidade de realizar o estudo nas unidades de saúde da família do município de Fortaleza, por conta do decreto estadual de suspensão das atividades acadêmicas e de pesquisa nas instituições de saúde pública do Ceará, o presente estudo foi reestruturado para o que se apresenta nos capítulos a seguir dessa tese. Ademais, o processo de treinamento e de coleta de dados precisou de adaptações para que fosse garantida a segurança de todos os envolvidos na pesquisa. Diante das dificuldades encontradas, a presente pesquisa precisou ser desenvolvida em uma instituição não-governamental que acolhe crianças na primeira infância em condições de vulnerabilidade social e insegurança alimentar.

1 INTRODUÇÃO

O uso de diagnósticos de enfermagem permite aos profissionais uma linguagem padronizada e objetiva. No entanto, é importante que a estrutura diagnóstica esteja bem delimitada, ou seja, com definições, características definidoras e fatores relacionados acurados. Isto facilita a comunicação entre os profissionais de enfermagem, destes com outros profissionais da saúde, além de auxiliar na identificação de situações que alertam o enfermeiro quanto ao estado de saúde/doença do paciente (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2017).

Contudo, algumas dificuldades são encontradas durante a utilização desse sistema de classificação, o que coloca em risco o processo de inferência diagnóstica correto. Tais dificuldades podem decorrer da falta de conhecimento dos profissionais em utilizar as taxonomias, deficiência ao dominar práticas de raciocínio clínico, similaridade entre diagnósticos de enfermagem, presença de elementos (características definidoras e fatores relacionados) com denominações semelhantes e dificuldade para identificar os fatores causais do diagnóstico. Desse modo, estudos que validam clinicamente a estrutura diagnóstica possibilitam a utilização desta ferramenta de forma adequada e segura pelos enfermeiros. Neste sentido, alguns estudos dessa natureza afirmaram as inconsistências encontradas em diferentes estruturas diagnósticas e buscaram validá-las (MENDES; SOUSA; LOPES, 2011; PASCOAL et al., 2015; MONTORILL et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2016). Assim, revisões dos componentes diagnósticos devem ser realizadas, principalmente para diagnósticos recentemente incluídos na taxonomia ou que ainda estejam classificados num nível de evidência baixo.

Os diagnósticos que possuem essa classificação de evidência inicial (igual ou abaixo de 2.1), quando não submetidos a estudos de validação podem ser excluídos da taxonomia. Tal fato ocorreu com o diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação do lactente (PIAL) na versão atual da NANDA-I (2021-2023). Em sua publicação anterior (NANDA-I 2018-2020), a qual foi primariamente utilizada neste estudo, o referido diagnóstico apresentava nível de evidência 2.1, o que o tornava aplicável a uma validação. PIAL fora definido como um prejuízo durante o processo de sugar ou coordenar a sucção e deglutição, levando a um quadro de nutrição oral insatisfatória para as necessidades metabólicas do lactente (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2017), mostrando-se incongruente com sua etiqueta diagnóstica, haja vista que existem outros fatores e sinais clínicos ligados ao padrão alimentar de um lactente.

Em concordância a essa restrição apresentavam-se as características definidoras (CD): Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz, Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz, e Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2017). Os fatores relacionados ao diagnóstico também se apresentavam limitados aos aspectos fisiológicos do processo alimentar, sendo eles: Estado de jejum oral prolongado, Prejuízo neurológico, Retardo neurológico, Prematuridade, Deformidade orofaríngea e Hipersensibilidade oral (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2017).

No entanto, em sua versão 2021-2023, a taxonomia modificou a etiqueta para “*Ineffective infant suck-swallow response*” – “Resposta ineficaz de sucção-deglutição infantil” em tradução livre – e trouxe novos componentes para o diagnóstico, excluindo assim PIAL de sua lista. Essa atualização gerou um novo diagnóstico voltado apenas para questões anatofisiológicas do processo de sucção e deglutição do lactente, o que pode torná-lo semelhante ao diagnóstico de Deglutição prejudicada. Adicionalmente, ainda no domínio Nutrição, a presente versão da NANDA-I trouxe um outro novo diagnóstico aplicado à população pediátrica. “Dinâmica alimentar ineficaz do lactente” – tradução livre de “*Ineffective infant feeding dynamics*” – engloba elementos voltados para o comportamento dos cuidadores no que se refere ao processo alimentar do lactente (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2020).

Diante essas atualizações percebe-se que os diagnósticos incluídos podem se limitar a apenas um ponto do conjunto de elementos envolvidos na alimentação do lactente. Assim, a proposta de um novo diagnóstico sobre o padrão alimentar parece contribuir para um olhar mais amplo sobre a alimentação do lactente, incluindo as possíveis manifestações e o que pode levar a um padrão alimentar ineficaz. Dessa forma, pesquisa anterior revisou de forma ampla os conceitos envolvidos no padrão alimentar do lactente com a construção de uma Teoria de Médio Alcance (TMA) (DINIZ et al., 2021), embasada no Modelo de Adaptação de Roy (MAR), e com a validação de conteúdo por especialistas (DINIZ et al., 2020). Com a TMA, são levantados na literatura o maior número possível de achados que mantêm relação com a temática de escolha, buscando novos conceitos e definições (FAWCETT, 2005; PICKETT et al., 2014; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017). Elas incluem um menor número de conceitos concretos, ou seja, conceitos com um menor nível de abstração que podem ser estendidos às situações clínicas do fenômeno em estudo (SMITH; LIEHR, 2008; ROY, 2014). Para fundamentar sua construção, recomenda-se o uso de uma grande teoria com nível maior de abstração, como o MAR. Esta teoria foi escolhida por apresentar em sua estrutura a Nutrição como uma necessidade básica do ser humano, mantendo assim, relação com o diagnóstico de

enfermagem escolhido. Ainda neste sentido, vale destacar que as TMA procuram estabelecer as relações precisas de causalidade entre os conceitos relacionados ao objeto de interesse, com o objetivo de descrever o modo como as mudanças ocorrem dentro do fenômeno (FAWCETT, 2005).

Os achados do referido estudo reforçaram a ideia de que os elementos presentes na taxonomia NANDA-I 2018-2020 se limitam a aspectos anatômicos e fisiológicos do processo alimentar, o que exclui componentes comportamentais e sociodemográficos importante dentro do padrão alimentar. Desse modo, a TMA ampliou os conceitos envolvidos em um padrão alimentar ineficaz na realidade do lactente, descrevendo-os e correlacionando-os à prática clínica. Os indicadores clínicos encontrados por meio deste método foram: Peso inadequado para a idade, Comprimento inadequado para a idade, Índice de massa corpórea (IMC) inadequado para a idade, Atraso nos marcos do desenvolvimento, Proteção ineficaz, Engasgo, Irritabilidade, Vômitos, Coloração inadequada de pele e mucosas, Integridade prejudicada de pele e mucosas, Erupção dentária tardia, Diarreia e Constipação (DINIZ et al., 2021).

Além desses achados, identificou-se, também, que as características definidoras presentes no diagnóstico PIAL da versão NANDA-I 2018-2020 estariam mais bem alocadas dentro dos agentes causais para a manifestação de PIAL. Assim, tais características definidoras foram denominadas como o fator etiológico Mecanismos de sucção insatisfatórios. Os fatores Prejuízo neurológico e Retardo neurológico, citados na taxonomia, foram substituídos, respectivamente, por Episódios convulsivos e Hipotonia, pois se relacionavam melhor à população definida. Ademais, outros fatores identificados foram: Refluxo gastresofágico, Padrão inadequado de oferta alimentar, Uso prolongado de sonda enteral, Idade materna, Escolaridade materna e Renda familiar. Esses elementos causais foram unidos aos fatores relacionados elencados na NANDA-I - Deformidade orofaríngea, Hipersensibilidade oral e Prematuridade - que se mantiveram após a nova estruturação. O fator Estado de jejum oral prolongado foi excluído da análise por corresponder a uma prescrição médica, na qual o enfermeiro está limitado a intervir (DINIZ et al., 2021).

No que se refere a estudos sobre o padrão alimentar de lactente como um fenômeno de enfermagem, percebe-se uma lacuna na literatura sobre essa temática e, em especial, sobre estudos que validem o diagnóstico PIAL quanto aos seus componentes e suas definições. Desse modo, vê-se a necessidade de verificar a validade da estrutura diagnóstica PIAL, haja vista que este fenômeno está contextualizado em uma faixa etária que requer atenção dos profissionais de enfermagem, pois é um importante período de crescimento físico e desenvolvimento

neurológico infantil (MONTERO *et al.*, 2009; TROLLI *et al.*, 2012; DODRILL e GOSA, 2015). Além disso, sabe-se que, ações equivocadas no estabelecimento do comportamento alimentar levam a prejuízos no estado de saúde da criança, os quais são frequentemente descritas em estudos nacionais e internacionais (LI; FEIN; CHEN; GRUMMER-STRAWN, 2008; SALDIVA *et al.*, 2014; WEN; KONG; EIDEN; SHARMA; XIE, 2014; CORRÊA; CORSO; MOREIRA; KAZAPI, 2009). Portanto, o presente estudo dispõe-se a validar clinicamente a estrutura diagnóstica PIAL, concluindo a terceira etapa do processo de validação, como recomendado pela literatura (LOPES; SILVA, 2016).

No que se refere à alimentação infantil, a literatura aponta o padrão alimentar ineficaz não como um fenômeno de enfermagem em si, mas como uma situação de saúde presente, principalmente, na atenção primária (SOUZA *et al.*, 2013). O padrão de alimentação é caracterizado pelo comportamento alimentar, incluindo quantidade e qualidade dos alimentos e suas variações dentro do contexto brasileiro (NOBRE; LAMOUNIER; FRANCESCHINI, 2012; SOUZA *et al.*, 2013). Além disso, um padrão alimentar ineficaz pode ser entendido como conjunto de práticas envolvidas no processo alimentar que repercutem na saúde do lactente a curto, médio e longo prazo. Por exemplo, como padrões antropométricos inadequados para a idade, déficits imunológicos e comprometimento do desenvolvimento (DINIZ *et al.*, 2020; DINIZ *et al.*, 2021). Neste sentido, sabe-se que este cenário vem se modificando, com predominância do consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sódio com baixo teor de nutricional e elevado teor calórico, evidenciando quadros de desnutrição dando espaço para o excesso de peso na infância (SOUZA *et al.*, 2013; BRASIL, 2013a). Com isso, os índices de sobrepeso e obesidade vêm se alarmando como um problema de saúde pública da atualidade, configurando um comportamento alimentar incoerente à saúde (BRASIL, 2015a).

Esse padrão alimentar pode ser fortemente influenciado por aspectos sociais, financeiros e biológicos (CARVALHO *et al.*, 2020). Assim, características maternas, renda familiar e hábitos alimentares da família são trazidos como alguns fatores associados ao padrão alimentar incoerente à saúde (LI *et al.*, 2008; BROILO *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013; SALDIVA *et al.*, 2014; WEN, *et al.*, 2014; CORRÊA *et al.*, 2009; QUIJADA; GUITERREZ, 2012; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ; LOTT, 2017). Além disso, características anatómicas e fisiológicas, como deformidades orais e déficits neurológicos podem influenciar negativamente o processo alimentar (SILVA *et al.*, 2005; CARRARO; DORNELLES; COLLARES, 2011; MONTERO, 2009; CRAPNELL *et al.*, 2013; YAMAMOTO *et al.*, 2010;

MORAIS, 2016), dificultando a execução correta dos mecanismos de sucção e prejudicando a amamentação.

Tais aspectos podem favorecer a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, levando à introdução antecipada da alimentação complementar. Parada et al. (2007) evidenciaram que bebês no primeiro mês de vida já consumiram água e chás, e aproximadamente 25% das crianças com idades entre 3 e 6 meses consumiram precocemente papas de frutas e salgadas. Além disso, foi encontrado um alto consumo de café, refrigerantes e bolachas/salgadinhos entre os lactentes com 09 e 12 meses. Essa introdução antecipada na dieta da criança aumenta a morbimortalidade infantil, reduz a absorção dos nutrientes e elevam a incidência de alergias alimentares e dos quadros de desnutrição (AGOSTONI et al., 2009; ALVES; MENDES, 2013; BRASIL, 2015).

Diante dos dados expostos anteriormente, vê-se a necessidade de conhecer os elementos envolvidos em um padrão alimentar inadequado para o lactente com objetivo de estabelecer ações preventivas e corretivas em prol de um processo alimentar adequado. Assim, torna-se pertinente o estudo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente, haja vista que a execução destas intervenções depende de uma inferência diagnóstica acurada. Neste sentido, sugere-se o acompanhamento desta população por profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, de forma frequente do primeiro mês de vida até os 24 meses, período no qual é possível reconhecer de forma precoce as incoerências alimentares (BRASIL, 2015a).

Frente às informações apresentadas, surgiram os seguintes questionamentos: qual a prevalência do fenômeno de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente em lactentes atendidos no nível primário de atenção à saúde, em uma instituição não-governamental de atendimento à primeira infância? Quais são os indicadores clínicos com melhor acurácia para a identificação deste diagnóstico de enfermagem? Quais indicadores clínicos e fatores etiológicos estão associados ao diagnóstico? Quais fatores causais aumentam o risco de manifestação do referido diagnóstico?

A partir do exposto, defende-se a tese sobre a existência de um conjunto de indicadores clínicos com medidas de acurácia diagnóstica adequadas para a testar a validade da inferência diagnóstica do constructo Padrão ineficaz de alimentação do lactente, de modo a torná-lo um diagnóstico mais amplo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Promoção da saúde alimentar e prática clínica alimentar

A promoção da saúde desde seu surgimento é assunto vigente dentro da saúde por contemplar elementos essenciais e prioritários para o bem-estar integral do indivíduo, excedendo o conceito biomédico do processo saúde-doença ao incluir determinantes sociais além do contexto clínico. Desse modo, de acordo com documentos nacionais sobre a promoção da saúde, promover um ambiente saudável requer ações individuais e coletivas que se articulam com os demais setores formando uma rede de serviços para a saúde, a qual visa promover equidade e qualidade de vida para os indivíduos ao reduzir as vulnerabilidades em saúde (BRASIL, 2015b).

As ações promotoras de saúde se caracterizam, principalmente, por incluir intervenções que vão além do domínio saúde. Os determinantes e condicionantes apresentam papel fundamental para a estruturação dessas ações, uma vez que o contexto ambiental no qual o indivíduo está inserido tem importante influência na condição de vida e nas escolhas saudáveis. Desse modo, conhecer de forma acurada tais determinantes auxilia o profissional promotor de saúde a arquitetar um plano de cuidados além da esfera clínica, a qual se caracteriza muitas vezes por ser identificada mais facilmente. Tal feito corrobora com uma das diretrizes elencadas na PNPS ao estimular ações promotoras de saúde organizadas de acordo com o contexto local e as especificidades da comunidade e do indivíduo, favorecendo ambientes saudáveis (BRASIL, 2015b).

No que se refere ao manejo dessas ações, é importante que o profissional de saúde apresente um perfil ajustado às práticas de promoção da saúde. Nesse sentido, destaca-se as características fundamentais para um agente promotor de saúde discutidas e apresentadas, inicialmente, na conferência de Galway, em 2008, e reajustadas mais tarde pelo *Core Competencies and Professional Standards for Health Promotion* (CompHP). Esses documentos incluem o conhecimento e a ética como pilares das ações de promotoras de saúde, além dos domínios que erguem a promoção da saúde, a saber: possibilidade de mudança, advocacia em saúde, parcerias; comunicação, liderança, diagnóstico, planejamento, implementação, e avaliação e pesquisa. Dentre esses, destaca-se para o presente estudo o domínio diagnóstico, o qual se refere à capacidade de identificar necessidades e potencialidades de atitudes promotoras ou comprometedoras de saúde, junto aos indivíduos que receberão as ações de PS, bem como

aos parceiros sociais, incluindo os diversos contextos envolvidos (social, cultural, econômico, ambiental e biológico) (BARRY et al., 2012)

O processo de diagnosticar requer do promotor de saúde diversas habilidades, como a coleta e a avaliação de informações pertinentes e o uso da literatura para fundamentar as ações de promoção da saúde, bem como a identificação de determinantes sociais que influenciam tais ações de forma positiva ou não (BARRY et al., 2012). Nesse sentido, se faz necessário o uso de ferramentas precisas que auxiliem o promotor de saúde na correta identificação de sinais e sintomas e de determinantes sociais de saúde. O uso de taxonomias de enfermagem, como os diagnósticos e intervenções de enfermagem, auxilia o enfermeiro promotor de saúde a organizar informações, avaliar dados e estabelecer metas de cuidado diante da situação de saúde-doença do indivíduo ou comunidade (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2017). Para isso, é necessário que tais taxonomias apresentem estruturas fidedignas à realidade na qual se insere. Dessa forma, estudos de validação diagnóstica são incentivados a fim de obter um conjunto de elementos que melhor representem o desfecho clínico que o indivíduo manifesta, minimizando os riscos de não identificar determinantes sociais de saúde ou identificá-los de forma incorreta, o que poderá influenciar negativamente na promoção da saúde.

Adicionalmente, tornar um diagnóstico válido por meio de atributos metodológicos robustos auxiliará o enfermeiro, enquanto promotor de saúde, na identificação de determinantes de saúde de maneira confiável. Isso acontece tendo em vista que o processo de validação diagnóstica percorre etapas teóricas, com auxílio da literatura, e etapas de avaliação clínica, possibilitando reconhecer no cenário real aqueles elementos elencados na literatura, bem como identificar novos determinantes não citados anteriormente. Ademais, o conceito de validade e o processo de validação serão apresentados de forma mais detalhada na sessão subsequente a essa.

Por fim e ainda no que se refere à aproximação do presente estudo com a promoção da saúde, o diagnóstico em estudo, PIAL, contempla um dos temas prioritários elencados na Política nacional de promoção da saúde. A alimentação adequada e saudável é definida pelo glossário de PS como “*padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida, (...) sempre levando em consideração os aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares.*” (BRASIL, 2013b, p.16). Assim, a política nacional traz a importância de promover ações promotora de saúde no estabelecimento de uma alimentação correta e saudável, com foco na segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2015b). Ainda, ressalta-se a importância de atuar, junto ao contexto familiar, nos anos iniciais de vida do indivíduo a fim de estabelecer esse padrão alimentar

saudável, haja vista que é nessa faixa etária que ocorre a formação dos hábitos alimentares. Desse modo, identificar de forma acurada os determinantes de saúde envolvidos no padrão alimentar do lactente possibilitará ao enfermeiro enquanto promotor de saúde elencar estratégias com a finalidade de estabelecer um modelo de alimentação saudável e adequada para a idade do lactente.

2.2 Breve histórico sobre validade e a validação diagnóstica

O conceito de validade segue em evolução, o qual teve origem na ideia de validade como uma característica do instrumento de avaliação e seguiu para a abordagem interpretativa dos resultados do processo de avaliação. Ou seja, no início dos estudos sobre o assunto, até os anos 1950, a validade destinava-se, majoritariamente, a uma característica do teste aplicado para se obter determinada informação. Em seguida, seu foco foi transferido para a interpretação que testes psicométricos propunham sobre as informações coletadas. Desse modo, o conceito evoluiu por diferentes correntes filosóficas, indo desde o Positivismo lógico até o Pragmatismo, passando pelo Realismo e Empirismo. Dentro dessas correntes, diversos autores (CRONBACH, 1949; APA, 1952; CRONBACH, MEEHL, 1955; MESSICK, 1989; KANE, 1992; AERA, APA, NCME, 1999; NEWTON, 2012) propuseram características pertinentes para a conceituação da validade, algumas também criticadas por correntes filosóficas distintas. Assim, algumas abordagens foram propostas com o objetivo de reduzir as dificuldades na definição da validade do teste.

A primeira abordagem, até 1950, apresentou o conceito de validade voltado para as propriedades do teste em termos de processo de validação, classificando a validade em quatro formas: conteúdo, constructo, concorrente e preditiva. As duas últimas, posteriormente, foram unidas dando origem a chamada validade de critério. Desse modo, o período foi caracterizado pela abordagem trinitária da validade, englobando as validades de critério, conteúdo e constructo (CRONBACH; MEEHL, 1955; APA, 1966). A validade de critério corresponde aos processos comparativos do teste desenvolvido com critérios específicos considerados padrão de referência ou que representam o fenômeno como um desfecho futuro. A validade de conteúdo representa um processo de avaliação da amostra de itens que supostamente representa do universo de conteúdo para o qual o teste foi desenvolvido. A validade de constructo envolve o estabelecimento das relações clínicas entre componentes de um teste as quais são determinadas por uma variável latente que não poderia ser diretamente mensurada (CRONBACH; MEEHL, 1955; APA, 1966).

Adicionalmente às definições de validade da época, é importante destacar algumas críticas surgiram acerca dessa abordagem focada na validade do teste em si. Por exemplo, ao considerarmos um esfigmomanômetro como um instrumento válido para a aferição da pressão arterial, não podemos garantir que os dados obtidos a partir dele sejam válidos, visto que o aparelho pode estar descalibrado. Assim, para a fidedignidade dos resultados, é importante que o instrumento de avaliação seja acurado, possibilitando interpretações válidas.

Após o período trinitário da validade, surge a abordagem unificada proposta por Messick (1995). O autor considera que a fragmentação da validade nos três tipos citados anteriormente não se adequa a proposta de validade por considerar o significado das respostas do teste para a escolha das intervenções, bem como as consequências sociais dos usos desses resultados. Desse modo, Messick sugere com sua abordagem uma validade pautada no conjunto das três validades, o que corresponde a uma estruturação baseada no significado dos resultados e nos valores sociais pertinentes às interpretações e ao uso do teste (MESSICK, 1995). Assim, as validades descritas anteriormente eram na verdade segmentos da validade de constructo, e essa, portanto, corresponde ao julgamento das evidências empíricas e fundamentação teórica que sustentam a adequação dos resultados do teste (MESSICK, 1989). Com isso, a validade é obtida quando as evidências observadas estão de acordo com as interpretações e o uso do teste utilizado. Desse modo, uma fonte de informação por si só não é suficiente para envolver todos os aspectos que precisam ser levados em consideração para que a validade esteja presente (MESSICK, 1995).

Outras abordagens a respeito do conceito de validade também foram propostas após os estudos de Messick, levando a uma nova caracterização da validade. Por exemplo, Kane (1992) traz a ideia de que a validade é unicamente dependente do teste e das interpretações de seus resultados, não considerando o contexto no qual ele está inserido. Ademais, outra definição foi proposta como a das associações internacionais AERA, APA e NCME (1999), salientando que validade corresponde ao grau em que a evidência e o embasamento teórico sustentam as interpretações dos resultados do teste.

Diante o exposto, percebe-se que a definição para validade é dependente da corrente intelectual vigente da época, perpassando por diferentes contextos. Portanto, para o presente estudo a definição de validade elencada leva em consideração os atributos essenciais de validade, destacando a abordagem trazida por Messick (1995) e a perspectiva de Pasquali (2017).

A definição de validade é estruturada com base na presença de um constructo, o qual corresponde à determinada manifestação humana não passível de mensuração e o teste

proposto para realizar sua aferição (SCARAMUCCI, 2011). Messick, em 1989, considerou que a validade de um constructo está pautada sobre as inferências que são feitas sobre os resultados dos testes aplicados para verificar a validade deste, considerando os aspectos teóricos e empíricos do processo (MESSICK, 1989; SCARAMUCCI, 2011). Nesse âmbito, o conceito trazido pelo autor uniu duas características importantes da construção do constructo, a saber: a perspectiva dos resultados obtidos pelo avaliador considerando o conteúdo do teste (teórico e empírico) e a apreciação destes resultados, e suas implicações diante a aplicabilidade, relevância e consequências do uso do teste. Assim, a essência da validade engloba a interação entre constructo e inferência dos resultados obtidos pelo teste, os princípios considerados na sua confecção e as consequências de seu uso. Adicionalmente, o processo de validação foi considerado como algo que está interligado ao contexto que o cerca. Com isso, a validade de um constructo considera a correlação de elementos, tais como as características do aplicador do teste, os instrumentos disponíveis para obtenção dos dados, os resultados colhidos, as análises sobre tais resultados, bem como a divulgação final das conclusões obtidas. Assim, o processo de validação conta com um constructo fundamentado no cenário teórico, psicométrico e prático. (BESSA, 2007).

Ainda sobre sua visão, Messick destaca um fator importante a ser considerado durante a obtenção de validade que é a possibilidade de vieses durante a testagem, e ressalta a importância de atentar para as características contidas nas inferências de modo que estas estejam de acordo com o teste proposto e sua teoria de base. Adicionalmente, no que se refere às consequências do uso do processo de validação, o autor destaca que se deve observar se tais efeitos podem comprometer a qualidade do processo (MESSICK, 1995; BESSA, 2007).

Diante da tendenciosidade pertinente ao processo de validação, surgiu uma inquietação a respeito do cunho científico desse processo. Messick, por sua vez, defende que a validação é um processo de “*investigação científica*” com o objetivo de coletar informações e organizá-las de modo que esses dados ratifiquem ou reiterem os achados dos testes aplicados (MESSICK, 1995; BESSA, 2007). A favor disso, estratégias foram adotadas para melhorar a qualidade e a segurança dos resultados obtidos. Uma dessas medidas foi a colaboração das ciências exatas durante o processo, principalmente da estatística. Assim, testes estatísticos foram desenvolvidos e aplicados no processo de validação, resultando em dados mais fidedignos e robustos, reduzindo os vieses pertinentes a esse processo (LOPES; SILVA, 2016).

A concepção de Pasquali (2017) reforça aspectos mencionados anteriormente. Para o autor, a validade consiste na qualidade do processo em que ocorre a mensuração dos dados, ou seja, a concordância entre a forma de mensuração e o alvo desta. Para chegar a essa visão, o

conceito de validade passou por vertentes que consideravam algo válido de acordo com o que se era imposto como tal pela teoria psicológica, evoluindo para abordagens mais concretas, com o uso de testes estatístico para defini-la. No entanto, ainda que a teoria estatística se apresente fortemente no processo de validação, também é necessário agregar fundamentações teóricas que sirvam de base para as evidências estatísticas obtidas com os resultados a partir da verificação da validade - *“teorizar em Psicometria”* (PASQUALI, 2017).

Dado o exposto, o objetivo dos estudos de validação volta-se para o constructo, considerando as relações entre os achados do teste e outras variáveis de interesse pertinentes ao constructo. No que se refere ao processo de validação de diagnósticos de enfermagem, o método necessita de um embasamento teórico robusto, servindo de suporte para as testagens de seu conteúdo. Dentro dessas temáticas destaca-se o termo variável latente, pela qual os estudiosos em psicometria estruturaram o conceito de validade. Isso porque uma variável latente consiste em algo que não pode ser diretamente observado, mensurado e/ou avaliado. Nesse aspecto, identifica-se o desafio para obtenção da validade das variáveis latentes, uma vez que o método almeja mensurar o que de fato se pretende mensurar. Assim, a validade da variável latente será obtida pela avaliação dos comportamentos oriundos desse traço, ou seja, a validade do traço latente será a extensão da validade de suas manifestações (traços não-latente) (PASQUALI, 2017).

No que se refere aos diagnósticos de enfermagem, a variável latente é o próprio fenômeno de enfermagem em estudo - diagnóstico de enfermagem, enquanto suas manifestações ou comportamentos são suas características definidoras / indicadores clínicos. Nesse sentido, a validação diagnóstica parte das avaliações fidedignas e robustas das características definidoras / indicadores clínicos que representam o diagnóstico de interesse (LOPES; SILVA, 2016). Adicionalmente, é importante destacar que o constructo (diagnóstico) só será verdadeiro se houver uma teoria de base que sustente as evidências da avaliação. Daí então, se dá a relevância de agregar uma fundamentação teórica no processo de validação (PASQUALI, 2017).

No tocante à validação, é importante distinguir seu conceito daquele trazido para validade. Nesse sentido, validação corresponde ao processo realizado para obter as evidências que levam à validade, e essa, como já mencionado, refere-se à qualidade das interpretações e tomadas de decisão obtidas a partir dos resultados do teste (ZUMBO; CHAN, 2014).

Nesse sentido, para o processo de validação de diagnósticos de enfermagem pode-se identificar a abordagem atualmente empregada para alcançar a validade do constructo. Como referido anteriormente, as técnicas propostas envolvem evidências apoiadas por conteúdo,

interação com outras variáveis, processos de respostas, estrutura interna e consequências da aplicabilidade do teste (AERA; APA; NCME, 1999; PASQUALI, 2017). Na primeira proposta baseado no conteúdo, são elencadas informações que representem o constructo e fundamentem sua relevância para a ocorrência desse. Nesse sentido, se faz útil a construção de definições conceituais e operacionais dos comportamentos (características definidoras / indicadores clínicos) relacionados ao fenômeno latente, de modo que tais definições sejam adequadamente relevantes, claras e precisas. Adicionalmente, a evidência baseada nos processos de respostas leva em consideração os processos mentais envolvidos no método de validação (PASQUALI, 2017). Assim, aspectos pessoais do avaliador / aplicador e do avaliado, bem como a estrutura teórica e empírica por trás do teste, precisam ser levados em consideração frente aos resultados obtidos no processo.

A validação diagnóstica também conta com as evidências baseadas nas associações com outras variáveis, contribuindo para a validade do constructo. Sobre essa técnica, identifica-se informações pertinentes ao diagnóstico de interesse que também podem ser encontradas em outro fenômeno de enfermagem ou outro contexto. Assim, as delimitações entre os diagnósticos servem para estabelecer os atributos essenciais do constructo em estudo, facilitando sua definição, o que, por conseguinte, irá colaborar na obtenção da validade. Ademais, a relação com outras variáveis também pode auxiliar na definição da capacidade preditiva de algumas manifestações do diagnóstico, implicando em um conjunto de elementos capaz de representar de forma válida o fenômeno de interesse.

Outro aspecto utilizado na validação diagnóstica leva em consideração a estrutura interna, que de forma semelhante à proposta anterior, verifica a correlação entre os elementos internos do diagnóstico. Nessa abordagem, é importante utilizar de estratégias para fortalecer os achados do processo de validação, os quais são citados por Pasquali (2017), a saber: o conhecimento do erro de estimação, da análise da representação e da análise das hipóteses. Nessas estratégias pode-se observar a parceria entre técnicas estatísticas e a fundamentação teórica para a obtenção de evidências fortemente válidas.

Por fim, as consequências do método de avaliação da validade diagnóstica podem ser agregadas ao processo de validação. Tal estratégia é de suma importância dentro da validação diagnóstica, uma vez que obtendo resultados equivocados pelo uso de testes inadequados, implicará em um processo de inferência diagnóstica frágil, trazendo consequências na elaboração do plano de cuidados por parte do profissional. Assim, a responsabilidade na obtenção da validade diagnóstica vai além de estabelecer um fenômeno de enfermagem com elementos condizentes a sua estrutura. A validação de um fenômeno de

enfermagem, desde sua etapa mais teórica até a testagem clínica, deve envolver os métodos robustos para garantir uma estrutura diagnóstica condizente com a realidade observada, favorecendo a escolha de intervenções de enfermagem precisas.

Nesse sentido, a fim de proporcionar um maior rigor para a realização do presente estudo, uma etapa teórica foi desenvolvida por meio da construção de uma Teoria de Médio Alcance (DINIZ et al., 2021). Em seguida, a validação de conteúdo dos tais achados realizada por juízes especialistas na temática de alimentação infantil e/ ou diagnóstico de enfermagem foi realizada (DINIZ et al., 2020). A seção seguinte trará de forma resumida a realização das etapas citadas.

2.4 Validação conceitual do PIAL

O processo de validação diagnóstica envolve etapas com diferentes níveis de abstração, isto é, inicia-se com a estruturação de um arcabouço teórico fundamentado no que a literatura apresenta sobre o diagnóstico ou a temática na qual está inserido, finalizando em etapas de avaliações sobre como tais achados manifestam o fenômeno de enfermagem em contextos específicos. Para essa última fase, chamada de validação clínica, é importante que a estrutura diagnóstica esteja bem definida em referenciais teóricos precisos, os quais possibilitam uma definição mais clara do diagnóstico de enfermagem, contemplando conceitos e modos de mensuração / operacionalização dos elementos pertinentes ao diagnóstico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA, 2016).

A seguir, são apresentados dois estudos anteriormente realizados e publicados sobre as etapas iniciais de validação do diagnóstico PIAL.

2.4.1 Teoria de Médio Alcance para o diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente (DINIZ et al., 2021).

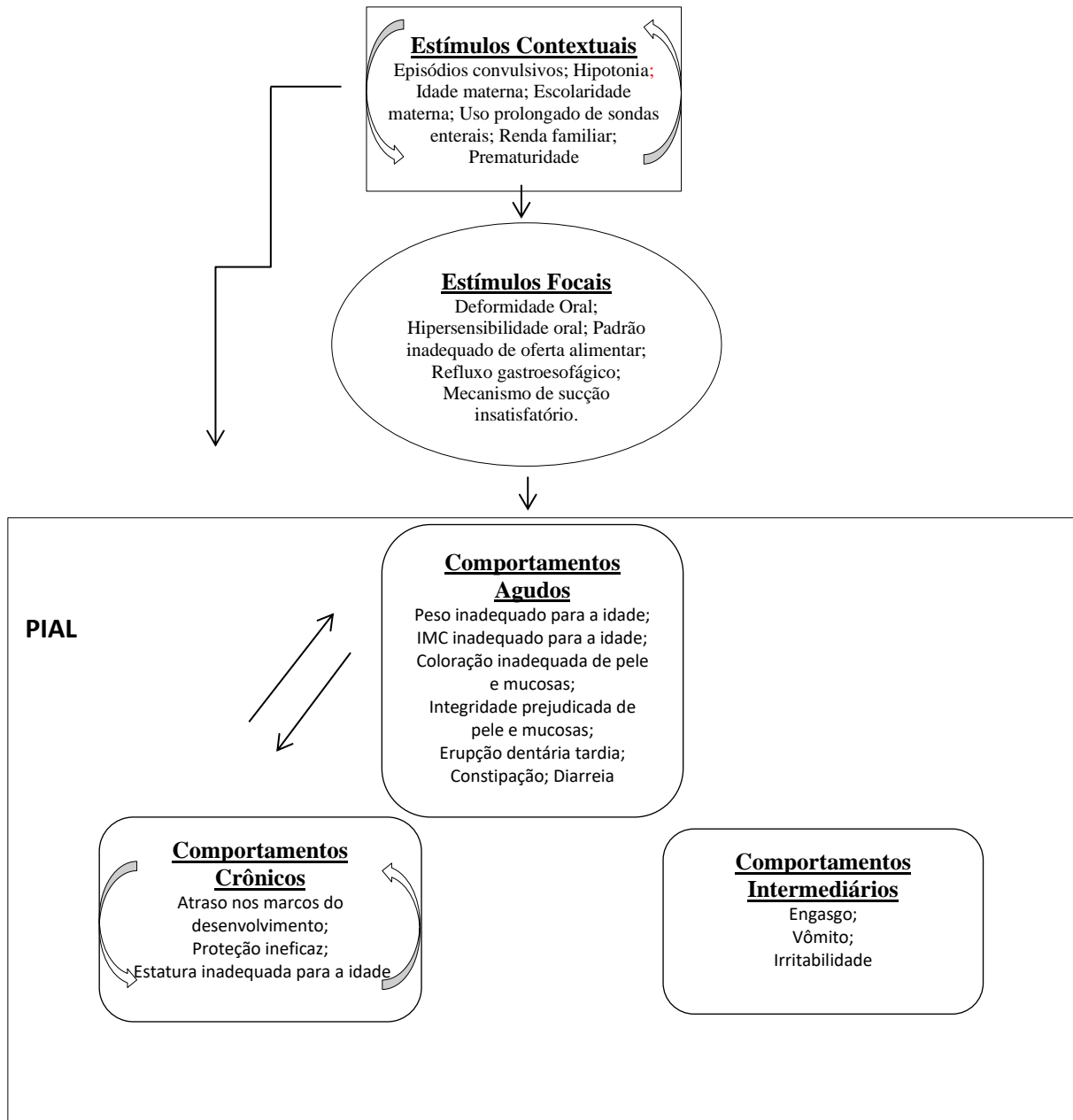
A Teoria de Médio Alcance (TMA) consiste em uma abordagem metodológica que auxilia na translação do conhecimento, o qual passa a ser mais claro para o cenário prático da enfermagem os conceitos envolvidos no fenômeno de interesse (LOPES; SILVA, 2016). A TMA é formada por uma quantidade menor de conceitos com menor nível de abstração e maior relação com a prática, apresentando relações de causalidade entre eles (ROY, 2014). O desenvolvimento dessa teoria pode partir de um referencial teórico mais amplo, como as grandes teorias de enfermagem. Entre essas, destaca-se o Modelo de Adaptação de Roy (MAR),

o qual foi utilizado como referencial para a construção da TMA para o Padrão ineficaz de alimentação do lactente.

A TMA foi desenvolvida com base no MAR, bem como em uma busca na literatura sobre os conceitos que apresentam relação com um padrão alimentar ineficaz. Para isso, os autores definiram os conceitos-chave da TMA considerando os elementos presentes na NANDA-I e aqueles identificados na revisão da literatura, embasada no componente nutricional do MAR. Os conceitos identificados abordaram o fenômeno de interesse quanto aos aspectos fisiológicos, psicológicos, ambientais e culturais. Esses conceitos foram organizados de acordo com a classificação de Roy em estímulos contextuais e focais, bem como em comportamentos. Os estímulos correspondem, na nomenclatura da NANDA-I, aos fatores relacionados. Ou seja, são os agentes etiológicos que podem predispor a ocorrência do fenômeno de enfermagem. Os comportamentos, por sua vez, se equiparam às características definidoras da NANDA-I, correspondendo aos indicadores clínicos – manifestações – do diagnóstico em estudo.

Os conceitos identificados na TMA podem ser observados na figura 1. O pictograma desenvolvido no estudo traz os 13 indicadores clínicos e os 12 fatores etiológicos elencados na teoria para PIAL. Assim, os indicadores clínicos elencados foram: peso inadequado para a idade, comprimento inadequado para a idade, IMC inadequado para a idade, coloração de pele e mucosas inadequada, integridade de pele e mucosas prejudicada, atrasos nos marcos do desenvolvimento, proteção ineficaz, erupção dentária tardia, vômito, engasgo, irritabilidade, constipação, diarreia. No tocante aos fatores etiológicos, os conceitos estudados foram: deformidade orofaríngea, hipersensibilidade oral, padrão inadequado de oferta alimentar, refluxo gastroesofágico, episódios convulsivos, hipotonia, idade materna, escolaridade materna, renda familiar, mecanismos de sucção insatisfatórios, uso prolongado de sonda enteral e prematuridade.

Figura 1. Pictograma da Teoria de Médio Alcance do Padrão ineficaz de alimentação do lactente.



Fonte: Diniz et al. (2021) – tradução livre.

Ainda no que se refere aos fatores etiológicos de PIAL, a NANDA-I 2018-2020 traz em sua estrutura os fatores Prejuízo neurológico e Atraso neurológico. No entanto, a literatura apontou que tais fatores correspondem a termos genéricos, o que poderia dificultar a construção de suas definições. Ademais, os referidos termos estão focados em diagnósticos médicos, o que limitaria a atuação do enfermeiro. Isso porque as condutas de enfermagem são elencadas a partir dos comportamentos apresentados pelo paciente, e não pelo diagnóstico médico em si. Diante o exposto, os fatores citados foram substituídos, respectivamente, por episódios convulsivos e hipotonia.

Ademais, o fator relacionado Estado de jejum oral prolongado (NPO), trazido na NANDA-I 2018-2020, não esteve presente entre os estudos selecionados na revisão e, assim, foi excluído do estudo. Além disso, esse fator representa uma prescrição médica, na qual o enfermeiro está limitado a interferir, e parece estar vinculado a outras condições clínicas que interferem no padrão alimentar do lactente. Por exemplo, crianças com cardiopatias apresentam quadros dispneicos inerentes da condição clínica. Desse modo, é aceitável que haja uma restrição médica da dieta por via oral, com a finalidade de minimizar casos de pneumonias aspirativas. Nesse cenário, não compete ao enfermeiro interferir na recomendação do jejum oral, haja vista que os riscos de aspiração são maiores do que aqueles riscos em desenvolver padrão alimentar insatisfatório devido à suspensão da dieta oral.

Diante dos conceitos ressaltados no MAR e aqueles identificados na literatura para a TMA, pode-se organizar os fatores etiológicos (causais / estímulos) conforme os processos trazidos por Roy, a saber: Digestão – mecanismos de sucção insatisfatórios, uso prolongado de sondas enterais, hipersensibilidade oral, deformidade orofaríngea, refluxo gastroesofágico; Metabolismo – padrão de oferta alimentar inadequado. A prematuridade apresentou características pertinentes às duas classificações, haja vista que o lactente prematuro apresenta condições física que comprometem o processo alimentar, como a dificuldade em sugar devido à imaturidade neurológica, bem como a absorção nutricional delicada diante à imaturidade gastrointestinal. Além disso, outros estímulos, presentes na NANDA-I 2018-2020, não se enquadraram nos conceitos de Roy, no entanto, foram também considerados na TMA visto sua influência no padrão alimentar do lactente, conforme a literatura (CRAPNELL et al., 2013; MURRAY et al., 2010; PELIZZO et al., 2017), foram eles: episódios convulsivos e hipotonia.

Adicionalmente, outros estímulos foram identificados na literatura e corresponderam ao subsistema cognato do indivíduo, tais como idade materna, escolaridade materna e renda familiar. Os referidos estímulos foram destacados na literatura como importantes elementos desencadeadores de um padrão alimentar incoerente à idade do lactente (QUIJADA; GUTIÉRREZ, 2012; WEN et al., 2014). Com esses estímulos se percebe a influência dos processos de conhecimento acerca da alimentação, bem como as emoções e os sentimentos envolvidos no processo alimentar, indo além dos aspectos fisiológicos.

No tocante aos comportamentos identificados, conforme a classificação de Roy, foram organizados a nível de digestão os seguintes indicadores clínicos: vômito, engasgo, constipação, diarreia e erupção dentária tardia; enquanto em caráter de metabolismo foram alocados os indicadores: coloração inadequada de pele e mucosas, integridade prejudicada de pele e mucosas, proteção ineficaz, comprimento inadequado para a idade, peso inadequado para

a idade, IMC inadequado para a idade, atraso nos marcos do desenvolvimento. A irritabilidade, ainda que pareça não se enquadrar em nenhuma das classificações, foi organizada junto à digestão, tendo em vista que a definição de irritabilidade no contexto de padrão alimentar infantil está, também, relacionada aos quadros de disfagia e refluxo gastroesofágico.

Adicionado a isso, foram estabelecidas correlações entre os termos, as quais podem ser visualizadas de forma mais didática no quadro 1. Primeiramente, é importante destacar que, ao longo da elaboração da TMA, as características definidoras trazidas pela taxonomia da NANDA-I 2018-2020 seriam mais bem alocadas como um único fator causal de PIAL, tornando-se assim o fator etiológico mecanismos de sucção insatisfatórios. Outra consideração importante é referente aos comportamentos Percepções gustativa e olfativa e Apetite e sede, destacados no MAR. Tais respostas humanas não foram consideradas diretamente na TMA haja vista a dificuldade de avaliação na população em estudo – lactente. A percepção dos sabores e odores referentes aos alimentos é inviável de avaliar diante das condições inerentes da faixa etária (não verbalizar a distinção entre os sabores doce, salgado, azedo, amargo). Quanto ao Apetite e sede, esses poderiam ser avaliados conforme as manifestações da criança e / ou relato do cuidador principal por meio da presença de choro, no entanto poderiam ser confundidas com as manifestações de irritabilidade.

Ademais, apesar de não apresentar um correspondente na TMA, o comportamento humano Ingesta alterada considerado no modelo de Roy pode ser correlacionado ao fator etiológico uso prolongado de sondas enterais, identificado na TMA, visto que na definição de Roy para o referido comportamento são destacadas alternativas quando há a impossibilidade de ingestão por via oral. O mesmo ocorreu para os comportamentos Perfil nutricional e Alergias alimentares, destacados no MAR, os quais foram contemplados / inseridos na definição do fator etiológico Padrão inadequado de oferta alimentar.

Os estímulos Sinais para alimentação e Medicação, elencados no MAR, não apresentaram correspondentes na NANDA-I 2018-2020 nem na TMA. O primeiro estímulo sugerido no modelo teórico refere-se aos sinais químicos que são desencadeados no hipotálamo quando há fome ou saciedade. No entanto, quando há um desequilíbrio nessa função, seja por motivos internos ou externos, o enfermeiro pode intervir tentando identificar quais fatores levaram a tal desequilíbrio. Por exemplo, o ato de comer em excesso relacionado ao estresse cotidiano (ROY, 2009). Porém, no contexto pediátrico, a presença desse estímulo pode não ser devidamente avaliada, visto que os hábitos alimentares do infante estarão associados aos padrões da família ou do cuidador principal. Ademais, o estímulo Medicação também estaria

mais bem relacionado ao contexto do adulto e não do lactente, pois como destacado no MAR, o uso de estimuladores ou inibidores de apetite não é realizado nessa faixa etária.

Quadro 1 – Componentes do padrão alimentar ineficaz no contexto do lactente.

NANDA-I (2018-2020)	MAR (2009)	TMA (2021)
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	COMPORTAMENTOS	INDICADORES CLÍNICOS
Incapacidade de coordenar a sucção, deglutição e respiração	-	-
Incapacidade de manter uma sucção eficaz	-	-
Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz	-	-
-	Condição da cavidade oral	Engasgo
-		Erupção dentária tardia
-		Vômito
-	Percepções gustativa e olfativa	-
-	Apetite e sede	-
-	Peso e altura	Peso inadequado para a idade
-		Comprimento inadequado para a idade
-		IMC inadequado para a idade
-	Dor	Irritabilidade
-	Indicadores laboratoriais	Proteção ineficaz
-	Ingesta alterada	-
-	-	Atraso nos marcos do desenvolvimento
-	Perfil nutricional	-
-	-	Coloração inadequada de pele e mucosas
-	-	Integridade de pele e mucosas prejudicada
-	Alergias alimentares	-
-	-	Constipação
-	-	Diarreia
FATORES RELACIONADOS	ESTÍMULOS	FATORES ETIOLÓGICOS
Deformidade orofaríngea	Integridade estrutural e funcional	Mecanismos de sucção insatisfatórios
Hipersensibilidade oral		Refluxo gastroesofágico
Retardo neurológico	-	Hipersensibilidade oral
		Uso prolongado de sondas enterais
Prejuízo neurológico	-	Hipotonia
		Refluxo gastresofágico
		Episódios convulsivos

continua

Quadro 1 – Componentes do padrão alimentar ineficaz no contexto do lactente. (Continuação)

NANDA-I (2018-2020)	MAR (2009)	TMA (2021)
FATORES RELACIONADOS	ESTÍMULOS	FATORES ETIOLÓGICOS
-		Padrão inadequado de oferta alimentar
	Demandas nutricionais	
	Cultura	
	Condições de alimentação	
-	Acesso à comida	Renda familiar
-	Eficácia cognitiva	Idade materna
		Escolaridade materna
Prematuridade	-	Prematuridade
-	Medicação	-
	Sinais para alimentação (<i>cues for eating</i>)	-
Estado de jejum oral prolongado (NPO)	-	-

2.5 Análise de conteúdo dos indicadores clínicos e fatores etiológicos do Padrão ineficaz de alimentação do lactente (DINIZ et al., 2020).

A realização da etapa subsequente à construção da TMA teve como objetivo analisar de forma criteriosa os elementos identificados na etapa teórica, considerando sua relevância, bem como a clareza e precisão de suas definições para o fenômeno de enfermagem em estudo – PIAL (NANDA-I 2018-2020). Para isso, foi utilizado um quadro de diagnosticadores composto por 23 enfermeiros especialistas em taxonomias de enfermagem e/ou alimentação infantil, além de técnicas estatísticas para análise dos julgamentos.

Diante da dificuldade em contar com um número suficientemente adequado para a análise dos julgamentos, o estudo fez uso da técnica da sabedoria coletiva (“*The Wisdom of Crowds*”), na qual considera o conhecimento de um grupo de juízes com diferentes níveis de expertise. Assim, o conhecimento advindo da coletividade apresenta melhores indicadores em comparação ao conhecimento individual, mesmo que esse seja de elevado expertise. A sabedoria coletiva defende que as médias de um grupo são maiores do que as médias individuais dos integrantes desse grupo, desde que os julgamentos realizados sejam independentes entre si (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016).

Os juízes participantes do estudo foram classificados quanto ao grau de expertise conforme os parâmetros de Benner, Tanner e Chelsa (2009). Foram considerados aspectos profissionais (assistencial e/ou acadêmico), produção científica e participação em grupos de pesquisas nas temáticas de taxonomias de enfermagem e / ou alimentação infantil. Desse modo, os juízes foram classificados em: *novice*, *advanced beginner*, *competence*, *proficient* e *expert*.

No que se refere à análise dos julgamentos foram consideradas as características da diversidade preditiva. Com essa abordagem é possível quantificar a relação entre os julgamentos individuais e o do grupo, obtendo as probabilidades individuais de cada participante durante o processo de análise do conteúdo dos elementos de interesse. Desse modo, a avaliação de um componente sobre um indicador clínico se refere ao quanto o juiz considera aquele item relevante e/ou adequado para o fenômeno em estudo (LOPES; SILVA, 2016).

Os juízes julgaram os elementos elencados pela TMA – doze fatores etiológicos e treze indicadores clínicos – e a definição para o fenômeno de interesse, também fundamentada pela TMA. As avaliações consistiram em análises quanto a pertinência do elemento para a presença do fenômeno (relevância) e a clareza e precisão das definições conceituais e operacionais. Os julgamentos foram graduados em uma escala tipo Likert com cinco níveis,

variando do menor nível de julgamento (nota 1) ao nível máximo (nota 5) de relevância, clareza ou precisão.

A validade de cada julgamento foi obtida por meio do índice de validade de conteúdo (IVC), baseado na diversidade preditiva e ponderada pelo nível de expertise do juiz. Diante as análises, a definição proposta pela TMA para o fenômeno PIAL foi considerada mais adequada do que a definição trazida na NANDA-I 2018-2020, conforme a avaliação dos juízes. No que se refere aos fatores etiológicos, somente não foram considerados como relevantes os fatores Renda familiar, Escolaridade materna e Idade materna (Tabela 1). Tal fato pode ser explicado pela ausência de um termo que os classifique, por exemplo, *Baixa* escolaridade materna, *Baixa* renda familiar e Idade materna *jovem*. Os demais fatores etiológicos foram considerados pertinentes à manifestação de PIAL, porém alguns elementos apresentaram definições não tão claras, sendo realizada as devidas adequações na redação dessas definições, a saber: clareza conceitual do fator Hipersensibilidade oral e clareza operacional do fator Hipotonia. Quanto aos indicadores clínicos submetidos à avaliação, foram considerados pertinentes ao PIAL em sua totalidade, sendo necessário apenas pequenos ajustes na escrita da definição operacional do elemento Coloração inadequada de pele e mucosas.

Diante o exposto, os elementos identificados na TMA, embasada pelo MAR, e analisados pelos juízes correspondem à estrutura que será submetida à validação clínica proposta no presente estudo. Os elementos com suas adequações finais estão expostos no quadro 2. Entretanto, um dado importante a ser destacado refere-se ao fator Deformidade orofaríngea, o qual foi excluído da taxonomia na sua versão 2018-2020 (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2017). No estudo anterior – validação de conteúdo – o referido fator foi analisado e considerado pertinente ao fenômeno PIAL, conforme a análise dos juízes. Por esse motivo, o estímulo foi mantido para a etapa de validação clínica.

Ademais, outra adequação apresentada na última versão da referida taxonomia foi observada no fator relacionado Retardo neurológico. Tal fator teve sua escrita modificada, sendo atualmente apresentado como Atraso neurológico (HERDMAN; KAMITSURU, LOPES, 2017; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Tabela 1. Análise de conteúdo dos indicadores clínicos e fatores etiológicos para o diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente.

Componentes	Teste Shapiro-Wilk		IVC			Teste Wilcoxon	
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	V	Valor p	
Indicadores clínicos							
1. Peso inadequado para idade	0,343	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
2. Comprimento inadequado para idade	0,343	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
3. IMC inadequado para idade	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
4. Atraso nos marcos do desenvolvimento	0,562	<0,001	1,00	0,88	1,00	1176	0,889
5. Engasgo	0,663	<0,001	0,88	0,87	1,00	861	0,149
6. Irritabilidade	0,591	<0,001	1,00	0,88	1,00	1081	0,702
7. Proteção ineficaz	0,633	<0,001	0,88	0,75	1,00	990	0,450
8. Vômito	0,419	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000
9. Coloração inadequada de pele e mucosas	0,514	<0,001	1,00	0,88	1,00	1225	0,943
10. Integridade inadequada de pele e mucosas	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
11. Constipação	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
12. Diarreia	0,458	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
13. Erupção dentaria tardia	0,577	<0,001	1,00	0,88	1,00	1081	0,702
Fatores etiológicos							
1. Deformidade orofaríngea	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
2. Hipersensibilidade oral	0,395	<0,001	1,00	1,00	1,00	1540	1,000
3. Refluxo gastroesofágico	0,374	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
4. Padrão de oferta alimentar inadequado	0,310	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
5. Episódios convulsivos	0,638	<0,001	0,88	0,75	1,00	946	0,331
6. Hipotonia	0,335	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
7. Prematuridade	0,337	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
8. Mecanismos de sucção insatisfatórios	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
9. Uso prolongado de sonda enteral	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
10. Idade materna	0,882	<0,001	0,62	0,50	0,75	171	<0,001
11. Escolaridade materna	0,743	<0,001	0,87	0,63	0,88	561	0,001
12. Renda familiar	0,772	<0,001	0,75	0,63	0,87	496	<0,001

Fonte: Diniz et al. (2020) – tradução livre.

Quadro 2 – Elementos finais do padrão alimentar ineficaz do lactente que serão submetidos à validação clínica.

INDICADORES CLÍNICOS	FATORES ETIOLÓGICOS
Engasgo	Baixa renda familiar
Erupção dentária tardia	Idade materna jovem
Peso inadequado para a idade	Baixa escolaridade materna
Comprimento inadequado para a idade	Prematuridade
IMC inadequado para a idade	Mecanismos de sucção insatisfatórios
Irritabilidade	Hipersensibilidade oral
Proteção ineficaz	Uso prolongado de sondas enterais
Atraso nos marcos do desenvolvimento	Hipotonia
Coloração inadequada de pele e mucosas	Refluxo gastresofágico
Integridade de pele e mucosas prejudicada	Episódios convulsivos
Constipação	Padrão inadequado de oferta alimentar
Diarreia	Deformidade orofaríngea
Vômito	

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar prevalência do diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação do lactente e seus indicadores clínicos em lactentes atendidos em uma instituição não-governamental de atendimento à primeira infância;
- Determinar as medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos do diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação do lactente naqueles atendidos em uma-instituição não-governamental de atendimento à primeira infância;
- Verificar a associação entre os indicadores a manifestação do diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação do lactente, em lactentes atendidos em uma instituição não-governamental de atendimento à primeira infância;
- Identificar as relações de associação entre os fatores etiológicos e o diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação do lactente;
- Observar a ocorrência de relação entre as variáveis socioeconômicas e as medidas de acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido para identificar a prevalência do diagnóstico PIAL em lactentes com faixa etária entre um mês e 24 meses de vida atendidos em uma instituição não-governamental de atendimento à primeira infância. Esse desenho permite o conhecimento das possíveis associações entre o fenômeno de enfermagem e as variáveis que podem manter relações com o diagnóstico. Ademais, permite descrever as variáveis, seus padrões de distribuição e as relações entre os fenômenos estudados (LOPES, 2013).

A análise dos dados se deu em duas etapas distintas. A primeira consiste na acurácia dos indicadores clínicos e inferência diagnóstica, por meio da análise de classe latente (ACL). A segunda fase referiu-se à testagem das relações de associações entre os fatores relacionados e o diagnóstico em estudo, de acordo com o cálculo das probabilidades posteriores.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em uma instituição não-governamental referência em atendimentos à primeira infância. A instituição, fundada há 35 anos e localizada no município de Fortaleza, oferece serviços de diferentes especialidades às crianças e suas famílias em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, além da assistência ao desenvolvimento infantil. No programa voltado para o crescimento e a nutrição na primeira infância, as crianças são acompanhadas por médicos, enfermeiros e nutricionistas. Outros programas de cuidados voltados para o desenvolvimento infantil contam com a assistência multidisciplinar de pediatras do desenvolvimento, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, psicomotricista, psicólogos e fonoaudiólogos. Adicionalmente, a instituição oferece programas voltados especificamente para as mães, fortalecendo seu papel quanto cuidadora principal e proporcionando atividades de aperfeiçoamento profissional. Os atendimentos realizados na instituição têm o objetivo acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil de crianças em situação de vulnerabilidade social nos primeiros anos de vida, haja vista que é a faixa etária que necessita de cuidados mais específicos.

A instituição, durante o período de desenvolvimento do presente estudo, possuía em seu cadastro 842 crianças, com idades entre um mês de vida e 11 anos. Entre essas crianças,

179 estavam na faixa etária preconizada para o estudo (um mês a 24 meses). Os atendimentos ofertados pela instituição eram realizados quinzenalmente, pelo período da manhã ou da tarde. O acompanhamento a essas crianças consiste em consultas de puericultura com médicos pediatras e enfermeiros, bem como atendimentos psicológicos, terapias ocupacionais, educação física, fisioterapias ou consulta com nutricionistas, a depender da necessidade de cada criança. Ainda, a instituição oferece para essas crianças e seu acompanhante duas refeições (lanche e almoço) durante o período que permanecem em atendimento. Adicionalmente, a instituição é responsável por realizar a entrega de alimentos não perecíveis, leite em pó e produtos de higiene pessoal, produtos os quais foram oriundos de doações.

4.3 População e Amostra

A população incluída no estudo correspondeu a lactentes atendidos na referida instituição, durante as consultas de rotina, as quais são previamente agendadas quinzenalmente. Para o presente estudo adotou-se a classificação preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual considera lactente aquela criança com faixa etária entre um mês e 24 meses de vida (BRASIL, 2002).

Os critérios de inclusão para este estudo foram: compreender a faixa etária preconizada pela OMS para lactentes (um mês a 24 meses de vida) e comparecer às consultas de puericultura ou demanda espontânea na referida instituição. Foram excluídas aquelas crianças cujos responsáveis/cuidadores não estavam aptos para responder adequadamente às questões do instrumento de coleta, ou seja, aqueles cuidadores que não prestavam os cuidados principais para o lactente ou que desconheciam sobre a rotina alimentar do bebê.

O cálculo da amostra baseou-se, primeiramente, no modelo de classe latente, no qual se estipula um número de indivíduos para cada indicador clínico a ser avaliado (SWANSON et al., 2012). Para o presente estudo foi adotado a quantia de 9 sujeitos para cada indicador. O total de indicadores clínicos identificado em estudo anterior (DINIZ et al., 2020) resultou em um total de treze indicadores clínicos. Desse modo, o cálculo amostral resultou em 117 lactentes. A captação dos sujeitos ocorreu diariamente, entre os meses de agosto a outubro de 2021, caracterizando uma amostragem consecutiva, considerando aqueles que se enquadram aos critérios de inclusão (HULLEY et al., 2015). Ao final desse período, a amostra final foi de 121 sujeitos avaliados.

4.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevista e avaliação física, realizadas pela própria autora do estudo, contando com o auxílio de acadêmicas de enfermagem participantes do grupo de pesquisa em diagnóstico de enfermagem, previamente treinadas para realização de tal procedimento. Esse treinamento objetivou minimizar os possíveis vieses durante a coleta de dados, bem como aproximá-las ao instrumento de pesquisa (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). O treinamento foi realizado à distância, por meio da plataforma digital Google Meet, em decorrência situação pandêmica de saúde pública e teve duração de duas semanas. Foi apresentada às acadêmicas a etiqueta diagnóstica em estudo, abordando sua definição e seus componentes. Foram apresentadas as definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos e fatores etiológicos, validadas por especialistas em estudo anterior (DINIZ et al., 2020). Após o treinamento teórico, as acadêmicas de enfermagem acompanharam as avaliações realizadas pela pesquisadora, para que pudessem sanar possíveis dúvidas. As avaliadoras acadêmicas, inicialmente, realizaram avaliações na presença da pesquisadora durante os primeiros 45 dias de coleta de dados, até que se sentissem seguras para avaliar os lactentes de forma independente. O período de coleta contemplou os meses de agosto a novembro de 2021.

A coleta iniciou após seleção de lactentes e seus respectivos responsáveis que se enquadravam no perfil do estudo. As avaliadoras, antes de iniciar a coleta de dados, expuseram os objetivos do estudo, bem como explicaram sobre os procedimentos de coleta de dados e de seguimento do estudo. Após anuência dos responsáveis (APÊNDICE A), os dados foram coletados e preenchidos em um instrumento digital (APÊNDICE B) confeccionado, na plataforma *Google Forms*, para os devidos fins. O instrumento abordou dados de identificação do lactente, sua genitora e do cuidador principal, bem como dados referentes aos indicadores clínicos e fatores etiológicos do diagnóstico PIAL. Tempo de cada avaliação foi em média 40 minutos. Alguns lactentes apresentaram, em um primeiro momento, resistência à interação ao primeiro contato com o avaliador. Logo, um momento de descontração foi realizado com o suporte de brinquedos e conversas lúdicas, respeitando o que o bebê tinha interesse no momento, para ganhar sua confiança.

Os indicadores clínicos Proteção ineficaz, Constipação e Diarreia e os fatores etiológicos Idade materna, Escolaridade materna, Renda familiar, Episódios convulsivos, Prematuridade, Uso prolongado de sonda enteral e Refluxo gastroesofágico foram avaliados mediante questionamento e/ou identificação em registro de saúde (prontuário do lactente ou

caderneta da criança). Os indicadores Peso inadequado para a idade, Comprimento inadequado para a idade, IMC inadequado para a idade, Coloração de pele e mucosas inadequada, Integridade de pele e mucosas inadequada, Erupção dentária tardia e Atraso nos marcos do desenvolvimento e os fatores etiológicos Deformidade orofaríngea e Hipersensibilidade oral foram avaliadas por meio do exame físico. Ainda, é válido destacar que para os lactentes prematuros, as avaliações levaram em consideração a idade corrigida.

Já os indicadores Engasgo, Vômito e Irritabilidade foram identificados por meio do relato do cuidador e/ou pela observação durante a avaliação do lactente, quando ofertado, após consentimento do acompanhante, uma bolacha de amido de milho (Maizena®). Os lactentes que se apresentavam em aleitamento materno tiveram os referidos elementos avaliados mediante o processo de amamentação. Ademais, o fator etiológico Mecanismos de sucção insatisfatórios também foi avaliado durante a amamentação. Assim, solicitou-se à mãe para que colocasse o lactente na mama e foram observados: reflexos orais, tempo de sucção, força de sucção, ritmo de sucção, movimentação da língua e mandíbula e sinais de estresse/instabilidade. O indicador foi mensurado a partir da presença ou ausência desses pontos observados. Para aqueles lactentes menores de seis meses que não estavam dispostos à amamentação no momento da avaliação ou que não se encontravam em aleitamento materno, foi utilizada a técnica do dedo mínimo enluvado (sucção não-nutritiva). Essa técnica consiste na introdução do dedo mínimo enluvado do avaliador na cavidade oral do lactente. Toques nas bochechas e lábios permitiram a avaliação do reflexo de busca. Ao introduzir o dedo mínimo na boca do lactente, o avaliador observou os padrões de força e ritmo da sucção, movimentação da língua e mandíbula, canolamento da língua, bem como os reflexos de mordida, sucção e de vômito (FUJINAGA, 2005).

Ressalta-se que os fatores etiológicos Mecanismos de sucção insatisfatórios e Hipotonia foram mensurados por meio de somatório de comportamentos observados durante a avaliação do lactente. A descrição das definições operacionais de cada elemento avaliado no estudo está descrita no Procedimento Operacional Padrão – POP desenvolvido para o estudo (APÊNDICE C).

4.5 Organização e análise de dados

A análise dos dados ocorreu em dois momentos, a saber: acurácia dos indicadores clínicos, inferência diagnóstica com a análise de classe latente, e relações entre os fatores

relacionados e o diagnóstico por meio das probabilidades posteriores. Os dados sociodemográficos, clínicos e referentes aos indicadores clínicos e os fatores etiológicos do diagnóstico foram organizados em uma planilha do software Excel (2010) e, posteriormente, analisados pelo pacote estatístico *R*, versão 3.2.0.

A análise descritiva das variáveis consistiu na obtenção das frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e dispersão. Os intervalos de confiança de 95% foram calculados para as proporções das variáveis categóricas. Para verificação de aderência à distribuição normal, aplicou-se o teste de Shapiro-Wilk.

A acurácia dos indicadores clínicos foi obtida por meio da análise de classe latente. Esse modelo permite o cálculo da acurácia diagnóstica quando não há um padrão de referência, deduzindo que o diagnóstico de enfermagem (variável latente/não-observada) determina as associações entre os indicadores clínicos (variáveis observadas) (COLLINS; LANZA, 2010).

Um primeiro modelo foi construído considerando todos os indicadores clínicos observados na amostra. A razão de verossimilhança deverá ser superior a 0,5 para pelo menos uma das duas medidas de acurácia – sensibilidade e especificidade. A sensibilidade refere-se à proporção de indivíduos com o diagnóstico em estudo que apresentam teste positivo para tal, enquanto a especificidade consiste na proporção dos sujeitos sem o fenômeno diagnóstico que apresentam o teste negativo (FLETCHER; FLETCHER, 2006; LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012). Desse modo, foram eliminados aqueles indicadores que apresentarem valores de acurácia menores que 0,5 ou quando o intervalo de confiança de 95% apresentar esse valor. Com isso, um novo modelo foi ajustado conforme aparecimento de indicadores com tais valores supracitados até que o G^2 apresente valor significativo ($p > 0,05$).

As probabilidades posteriores foram calculadas a fim de identificar a presença ou ausência do diagnóstico em estudo a partir do modelo de classe latente devidamente ajustado com aqueles indicadores clínicos que apresentaram melhor acurácia. Resultados acima de 0,5 para a presença do diagnóstico indicam a ocorrência do mesmo (PIAL).

A análise dos fatores etiológicos se deu por meio da análise de regressão logística (teste Wald) utilizando o método Forward. Nesta análise foram inicialmente selecionados todos os fatores que apresentaram valor $p < 0,20$, sendo sequencialmente excluídos aqueles que não atingiam o nível de significância definido para o modelo final. A Odds Ratio foi calculada para cada fator causal, respeitando o intervalo de confiança de 95%. Quanto ao nível de significância da análise final e da análise bivariada foi adotado o valor de 5%.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo possui parecer positivo para sua realização, sob o número 2.237.819, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição escolhida para realização da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE. No entanto, adequação quanto ao número da amostra foi realizada junto à plataforma. O estudo teve início após a aprovação da referida atualização amostral. Ademais, o presente estudo atendeu as recomendações da resolução 466/2012 acerca das pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b).

A coleta de dado foi realizada após o esclarecimento e consentimento dos pais/responsáveis pelos sujeitos da pesquisa, mediante apresentação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido que será confeccionado para tal fim.

5 RESULTADOS

A avaliação dos 121 lactentes resultou em uma amostra predominantemente masculina (56,2%), com idade mediana de 14 meses e que faz acompanhamento na instituição de saúde devido ao baixo peso ponderal e atraso no desenvolvimento (Tabela 2). O peso ao nascer foi de aproximadamente três quilos, com comprimento de 48 centímetros.

Tabela 2 – Perfil dos lactentes avaliados (n=121). Fortaleza, Ceará. 2022.

Variáveis	n	%	IC 95%			
Sexo						
Masculino	68	56,2	46,9 – 65,1			
Feminino	53	43,8	34,9 – 53,1			
Motivo do acompanhamento						
Baixo peso ponderal	84	69,4	60,3 – 77,3			
Atraso no desenvolvimento	31	25,6	18,3 – 34,5			
Refluxo Gastroesofágico	9	7,4	3,7 – 14,0			
Vulnerabilidade social	6	5	2,0 – 10,9			
Sobrepeso / Obesidade	3	2,5	,6 – 7,6			
Outros*	3	2,5	,6 – 7,6			
	Média	DP	IC 95%	Mediana	IQR	Valor p [†]
Idade lactente (meses)	13,51	6,63	12,32 - 14,71	14,0	12	0,001
Idade gestacional (semanas)	37,21	3,46	36,59 - 37,84	38,0	3	<0,001
Comprimento ao nascer (cm) (n=105)	46,50	5,16	45,5 - 47,5	48,0	4,8	<0,001
Peso ao nascer (gramas) (n=113)	2756,2	817,8	2600,9- 2911,5	2920,0	878	0,004

*Cardiopatia congênita / Má formação congênita / Síndrome de Down; †Teste de Shapiro-Wilk

As características dos cuidadores/genitoras dos lactentes estão dispostas na tabela 3. Os responsáveis pelos lactentes possuíam idade mediana de 28 anos, a mesma identificada para a variável Idade materna, o que pode ser justificado pelo fato de que a maioria dos entrevistados era a genitora dos lactentes avaliados. O número de filhos do cuidador principal e a quantidade de membros que compartilhavam a mesma casa foi dois e quatro, respectivamente. Dentre as genitoras que amamentaram anteriormente ao lactente avaliado (n=74), uma não soube informar por quanto tempo havia amamentado, enquanto metade das genitoras avaliadas referiram um tempo inferior a doze meses de aleitamento materno.

Tabela 3 – Características do cuidador principal e/ou genitora dos lactentes avaliados (n=121). Fortaleza, Ceará. 2022.

Variável	Média	Dp	IC 95%	Mediana	IQR	Valor p [†]
Idade do cuidador principal (em anos)	29,20	9,66	27,46 - 30,94	28,00	13	<0,001
Nº filhos do cuidador principal	2,39	1,19	2,17 - 2,60	2,00	3	<0,001
Quantidade de membros na família	4,53	1,55	4,25 - 4,81	4,00	3	<0,001
Idade materna (em anos)	27,29	6,93	26,0 - 28,5	26,00	32	0,002
Nº gestações anteriores (n=119)	1,73	1,62	1,44 - 2,03	1,00	3	<0,001
Nº consultas pré-natal (n=112)	7,25	3,60	6,58 - 7,92	6,50	4	<0,001
Peso ao final da gestação (em quilos) (n=96)	73,66	19,43	69,72 - 77,60	70,50	24,5	<0,001
Altura materna (em metros) (n=76)	1,56	0,06	1,55 - 1,58	1,55	,09	0,155
IMC materno (n=76)	28,52	8,89	26,44 -30,60	29,28	10,39	<0,001
Tempo de amamentação anterior (em meses) (n=73)	18,37	15,67	14,71 - 22,03	12,00	19	<0,001

Dp: Desvio-padrão; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; IQR: intervalo interquartil; [†]Teste de Shapiro-Wilk

A tabela 4 apresenta a disposição dos indicadores clínicos de PIAL observados na amostra estudada. O indicador com maior número de observações entre os lactentes foi Atraso nos marcos do desenvolvimento (63,6%), sendo uma das mais frequentes motivações de busca por atendimento na instituição de saúde, como observado na tabela 1. Em seguida, o indicador Irritabilidade (59,5%) também foi observado com mais frequência entre os lactentes observados. Os indicadores Vômitos e Coloração de pele e mucosas inadequada não foram identificados na presente amostra. A relação entre as variáveis sociodemográficas e indicadores clínicos com a presença do diagnóstico estudado, não se apresentou estatisticamente significativa na amostra estudada.

Tabela 4 – Frequência dos indicadores clínicos do diagnóstico PIAL (n=121). Fortaleza, Ceará. 2022.

Indicador clínico	N	%	IC 95%
Atraso nos marcos do desenvolvimento	77	63,6	54,3 – 72,0
Irritabilidade	72	59,5	50,2 – 68,2
Constipação	59	48,8	39,6 – 58,0
IMC inadequado para a idade*	42	35	26,4 – 44,0
Erupção dentária tardia	36	29,8	22,0 – 38,8
Peso inadequado para idade	27	22,3	15,4 – 31,0
Comprimento inadequado para a idade*	26	21,7	14, – 30,1
Proteção ineficaz	24	19,8	13,3 – 28,3
Integridade de pele e mucosas inadequada	11	9,1	48,5 – 16,4
Engasgo	6	5	2,03 – 10,9
Diarreia	1	0,8	0,04 – 5,2

*N=120 lactentes avaliados

Os fatores etiológicos mais recorrentes na amostra estudada foram: Padrão de oferta alimentar ineficaz (45,5%), seguido de Refluxo gastroesofágico (19%) e Uso prolongado de sonda enteral (12,5%). O fator Hipotonia foi identificado em apenas 13 crianças, sendo uma delas com a pontuação máxima para a ocorrência de hipotonia. A metade da amostra estudada apresentou idade gestacional inferior a 38 semanas, englobando prematuridade limítrofe quando considerado o extremo esquerdo do intervalo (tabela 5).

O fator Padrão de oferta alimentar ineficaz foi avaliado conforme um somatório de elementos relacionados à oferta de alimentos ao lactente, dentre eles a ocorrência ou não de aleitamento materno. Assim, entre os 121 lactentes avaliados 71 (58,7%; IC95% 49,3 – 67,4) estavam em algum tipo de aleitamento materno (exclusivo, predominante, complementado ou misto). Entre esses, apenas nove sujeitos não eram amamentados conforme as recomendações da OMS para a faixa etária.

No que se refere às características maternas, a idade mediana da genitora foi 26 anos, com nove anos de estudo, o que corresponde a um padrão abaixo do ideal (12 anos de estudo, no mínimo) para a realidade educacional brasileira. A renda familiar identificada em metade da amostra foi inferior a R\$663,00, valor abaixo do salário-mínimo brasileiro (R\$1.100,00) referente ao período de coleta dos dados da pesquisa.

Tabela 5 – Frequência dos fatores etiológicos do diagnóstico PIAL (n=121). Fortaleza, Ceará. 2022.

Fator etiológico	N	%	IC 95%		
Padrão inadequado de oferta alimentar	55	45,5	36,5 – 54,7		
Refluxo gastroesofágico	23	19,0	12,7 – 27,4		
Uso prolongado de sonda enteral [‡]	15	12,5	7,4 – 20,1		
Hipersensibilidade oral	7	5,8	2,5 – 12,0		
Episódios convulsivos	6	5,0	2,0 – 10,9		
Deformidade orofaríngea	5	4,1	1,5 – 9,8		
Hipotonia*					
0 ponto	108	89,3	82,0 – 93,9		
1 ponto	9	7,4	3,7 – 14,0		
2 pontos	3	2,5	0,6 – 7,6		
4 pontos	1	0,8	0,4 – 5,2		
	Média	DP	Mediana	IQR	Valor p^{††}
Renda familiar (reais)	1008,5	70 - 6000	663,50	725	<0,001
Prematuridade (semanas)	37,2	25 - 42	38,00	3	<0,001
Idade materna (anos)	27,3	15 - 47	26,00	10	0,002
Escolaridade materna (anos) [†]	8,4	0 - 11	9,00	4	<0,001
Mecanismo de sucção insatisfatório*	7,3	0 - 18	5,00	6	<0,001

*Variáveis obtidas pelo somatório de manifestações clínicas; †n=106; ‡n=120; ††Teste de Shapiro-Wilk; DP: desvio padrão; IQR: intervalo interquartil; IC 95%: intervalo de confiança 95%.

Após a análise de classe latente com os 13 indicadores elencados para PIAL, o modelo ajustado final foi composto por sete desses indicadores (Tabela 6). O indicador Irritabilidade (90,3%) apresentou maior sensibilidade para a ocorrência do diagnóstico na amostra estudada, enquanto Diarreia, Integridade de pele e mucosas inadequada e Engasgo demonstraram maior especificidade para PIAL. A prevalência do diagnóstico na amostra avaliada foi de 23%.

Tabela 6 – Análise de classe latente dos indicadores clínicos de Padrão ineficaz de alimentação do lactente. Fortaleza, Ceará. 2022.

Características definidoras	Se	IC95%		Sp	IC95%	
Comprimento inadequado para a idade	0,5796	0,2678	0,9993	0,8943	0,7866	0,9997
Diarreia	0,0002	0,0000	0,0506	0,9893	0,9610	1,0000
Engasgo	0,1504	0,0002	0,4791	0,9806	0,9337	1,0000
Integridade de pele e mucosas inadequada	0,2606	0,0485	0,6373	0,9599	0,8930	1,0000
Irritabilidade	0,9032	0,6483	0,9998	0,4972	0,3695	0,7105
Peso inadequado para idade	0,5338	0,2640	0,9992	0,8698	0,7735	0,9995
Proteção ineficaz	0,2911	0,0008	0,5922	0,8294	0,7357	0,9291
Prevalência: 23,04%	$G^2(106) = 33,28; p = 1,000$					

Se: Sensibilidade; Sp: Especificidade; G^2 : Teste de razão de verossimilhança

O modelo de classe latente gerou 27 conjuntos envolvendo os indicadores clínicos relevantes para PIAL. Entre esses, 12 conjuntos demonstraram a probabilidade da ocorrência do fenômeno de enfermagem estudado em pelo menos um lactente avaliado, como exposto na tabela 7. O indicador Irritabilidade apresenta-se em 11 dos 12 conjuntos ajustados, demonstrando sua forte relação com a ocorrência de PIAL. Em seguida, observa-se que Peso inadequado para a idade e o Comprimento inadequado para a idade estiveram presentes em oito dos 12 conjuntos ajustados, evidenciando também uma forte relação com a manifestação de PIAL. O indicador Proteção ineficaz, por sua vez, esteve presente em metade dos conjuntos ajustados, ressaltando sua relação para a ocorrência do fenômeno. Além disso, dos sete conjuntos com presença de PIAL superior a 85%, observou-se que em cinco desses conjuntos o indicador Irritabilidade e Peso inadequado para a idade estiveram juntos e em quatro conjuntos estavam presentes concomitantemente os indicadores Irritabilidade, Peso inadequado para a idade e Comprimento inadequado para a idade. Adicionalmente, outros dois conjuntos combinou a presença de Irritabilidade com Proteção ineficaz e Comprimento inadequado para a idade.

Tabela 7 – Probabilidade para a manifestação de PIAL por meio da presença dos indicadores clínicos ajustados no modelo de classe latente. Fortaleza, Ceará. 2022.

Conj.	Características definidoras							n	PIAL	
	IC.1	IC.2	IC.3	IC.4	IC.5	IC.6	IC.7		Pres	Aus
1	1	1	0	1	0	0	1	2	0,98	0,02
2	1	1	1	1	0	0	0	1	0,98	0,02
3	0	1	0	1	1	0	1	1	0,94	0,06
4	0	1	1	1	1	0	0	2	0,94	0,06
5	1	1	0	1	1	0	0	2	0,93	0,07
6	1	1	0	1	0	0	0	3	0,87	0,13
7	1	1	0	0	0	0	1	1	0,86	0,14
8	1	0	1	1	0	0	0	1	0,84	0,16
9	1	0	0	1	0	0	1	2	0,83	0,17
10	0	1	0	1	1	0	0	2	0,65	0,35
11	0	0	0	1	1	0	1	1	0,57	0,43
12	1	0	0	1	1	0	0	1	0,54	0,46

IC.1: Peso inadequado para idade; IC.2: Comprimento inadequado para a idade; IC.3: Engasgo; IC.4: Irritabilidade; IC.5: Proteção ineficaz; IC.6: Diarreia; IC.7: Integridade de pele e mucosas inadequada.

A análise dos fatores etiológicos de PIAL, baseada na regressão logística, apontou quatro fatores principais para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem entre os lactentes avaliados no presente estudo. Dos doze fatores avaliados, apenas Deformidade orofaríngea, Hipersensibilidade oral, Refluxo gastroesofágico e a Idade materna apresentaram relação com um padrão alimentar ineficaz. A presença de Deformidade orofaríngea e Hipersensibilidade oral eleva a chance de ocorrência de PIAL em 14 e 15 vezes, respectivamente. Ainda, quando se observa a presença do Refluxo gastroesofágico, a chance de manifestação do fenômeno de enfermagem é de sete vezes. Além disso, entre os fatores relevantes para PIAL, apenas Idade materna representa um agente não modificável. Os demais fatores podem sofrer interferência da equipe de saúde, inclusive do enfermeiro.

Tabela 8 – Modelo de regressão logística para PIAL ajustado para fatores etiológicos.
Fortaleza, Ceará. 2022.

Fatores relacionados	χ^2 de Wald	gl	Valor p	OR	IC95%	
Deformidade orofaríngea	5,25	1	0,022	14,47	1,47	142,30
Hipersensibilidade oral	6,96	1	0,008	15,13	2,01	113,93
Refluxo gastresofágico	6,34	1	0,012	7,02	1,54	32,00
Idade materna	29,65	1	<0,001	0,89	0,85	0,93
Teste de Wald						

6 DISCUSSÃO

6.1 Indicadores clínicos de Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Os achados do presente estudo apontaram que, dentre as 13 manifestações de PIAL avaliadas, as mais frequentes foram: Atraso nos marcos do desenvolvimento, Irritabilidade, Constipação, IMC inadequado para a idade, Erupção dentária tardia, Peso inadequado para idade e Comprimento inadequado para a idade. A recorrência dos indicadores Atraso nos marcos do desenvolvimento, Peso inadequado para a idade, Comprimento inadequado para a idade e IMC inadequado para a idade condiz com os motivos pelos quais os lactentes eram acompanhados na instituição selecionada para desenvolvimento do estudo, visto que se trata de uma instituição de referência no acolhimento e cuidado de crianças em situação de vulnerabilidade social, insegurança nutricional e comprometimento no desenvolvimento. Embora o estudo apresente esses indicadores clínicos com alta frequência na amostra, o foco de discussão será sobre aqueles que demonstraram elevados níveis de sensibilidade e/ou especificidade, pois são os elementos que indicam uma maior probabilidade de estar associado a expressão do diagnóstico por meio dos valores de acurácia diagnóstica. A partir desses números, foi observada a presença de PIAL em 23,4% da amostra avaliada, configurando uma baixa manifestação do diagnóstico, ainda que o cenário estudado representasse inconsistências no padrão alimentar dos lactentes.

Entre os elementos com melhor acurácia diagnóstica, destaca-se “Irritabilidade” como o único indicador com a sensibilidade elevada. Por ser o indicador mais sensível entre os comportamentos avaliados, o “Irritabilidade” atua como alerta para o enfermeiro, pois é possível que seja um dos primeiros sinais a ser manifestado por um lactente que apresenta um padrão alimentar inadequado. Assim, lactentes com grande possibilidade de iniciar um processo de alimentação ineficaz podem se apresentar mais irritadiços, chorosos ou impacientes do que lactentes que possuem um padrão alimentar adequado. Estudo realizado com crianças na primeira infância apresentou que entre os indicadores relevantes para a manifestação de status nutricional menor que as necessidades infantis apresentavam-se o choro excessivo e a aversão alimentar (TEIXEIRA et al., 2016), sinais que podem ser inseridos no contexto da irritabilidade. Ademais, autores corroboram com o exposto ao identificarem também a irritabilidade como um sinal manifestado por crianças com padrões inadequados de alimentação (LEVY et al, 2009).

Na amostra estudada, o referido indicador correspondeu aos sinais de estresses identificados pelos cuidadores principais durante o processo alimentar. Nesse contexto, a irritabilidade pode ser entendida como algo fisiológico do processo alimentar do lactente, representando uma forma de comunicação do bebê, visto que eles ainda não verbalizam suas necessidades. Os cuidadores entrevistados associaram essa irritabilidade aos momentos próximos aos horários das refeições, manifestação que pode ser entendida como um sinal de fome do lactente. Assim, esse indicador foi avaliado por: 1) ser considerado na estrutura primária de PIAL (NANDA-I 2018-2020) e ainda mantido no diagnóstico que o substitui na atual versão NANDA-I 2020-2023 (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021) (*Ineffective infant suck-swallow response*); 2) estudos anteriores (DINIZ et al., 2020; DINIZ et al., 2021) o apontaram como um possível indicador de um padrão alimentar ineficaz no que se refere às condutas estressantes durante a alimentação do lactente – momentos de estresse para os cuidadores, uso de chantagem ou força/violência para alimentar o bebê, ou recusa alimentar persistente por parte do bebê, por exemplo – tornando um momento agitado e irritado para o lactente. Com isso, ainda que tenha se apresentado como indicador de maior sensibilidade para a manifestação de PIAL dentro do cenário estudado, a ocorrência de “Irritabilidade” deve ser vista com cautela, pois pode representar os sinais fisiológicos de fome do lactente, em vez de um sinal propriamente dito de um padrão alimentar ineficaz. Desse modo, sua permanência como indicador da nova estrutura proposta para PIAL deve ser reavaliada em estudos futuros.

Os indicadores relacionados aos dados antropométricos do lactente, exceto IMC inadequado para a idade, também foram considerados relevantes na representação de um padrão ineficaz diante seus altos valores de especificidade. A acurácia desses indicadores reflete que a ausência dos mesmos se dá na ausência de manifestação do fenômeno PIAL. Ademais, os indicadores “Peso inadequado para a idade” e “Comprimento inadequado para a idade” parecem representar de forma mais direta a ocorrência de PIAL, ainda que um comprimento inadequado se refira às condições crônicas insatisfatórias de alimentação, por serem sinais diretamente observáveis pelo profissional de saúde.

Os modelos que apresentaram maior probabilidade de ocorrência de PIAL na amostra estudada contemplaram, pelo menos, a manifestação dos indicadores clínicos “Peso inadequado para a idade”, “Comprimento inadequados para a idade” e “Irritabilidade”. Os dois primeiros indicadores foram identificados em todos os modelos com ajuste adequado para a ocorrência de PIAL. O uso de medidas antropométricas, principalmente o peso e o comprimento, são fundamentais na avaliação nutricional de uma criança, pois os mesmos

podem representar tanto a ocorrência de um padrão alimentar insatisfatório como as inconsistências alimentares. Lactentes que possuem padrões alimentares fora das recomendações preconizadas pelos órgãos de saúde manifestam medidas antropométricas de peso e comprimentos inadequados para a idade, tanto índices abaixo do recomendado como taxas indicativas de excessos alimentares, comumente encontrados na população pediátrica (LIRA et al., 2017; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2019; ISMAIL et al., 2022).

Os índices antropométricos de crianças brasileiras apresentaram prevalência de 2,7% para baixo peso para idade entre crianças nordestinas menores de cinco anos, índice mais elevado quando comparado a frequência nacional (2,3%) e as demais regiões do Brasil (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2019). Entre a faixa etária de zero a 23 meses, a prevalência de baixo peso compreende 7,4%. E o de peso elevado para a idade é de 10%, em crianças brasileiras menores de cinco anos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2019). Adicionalmente, o índice do comprimento para a idade na faixa etária de zero a 11 meses e 12 a 23 meses apresenta índices de baixa estatura para a idade com, respectivamente, 9,0% e 10,2%, sendo maiores que a frequência nacional (7,0%). Alinhado a isso, estudo realizado em municípios de um estado nordestino identificou prevalência de déficit estatural entre crianças menores de cinco anos variando entre 9% e 15%, estando acima da prevalência nacional (13,1%) (LIRA et al., 2017).

No entanto, destaca-se que o panorama nacional sobre as características ponderais infantis tem mudado nos últimos anos. Os índices de desnutrição caíram, mantendo uma prevalência inferior a 2,5% no Brasil (FAO et al, 2021), o que sugere eficácia de ações de promoção da saúde sobre alimentação infantil desde a fase intraútero, como a melhora na adesão do acompanhamento pré-natal. Por outro lado, observa-se uma transição do perfil nutricional infantil devido às crescentes taxas de sobrepeso e obesidade. A prevalência de sobrepeso em menores de cinco anos apresentou maior índice (10,7%) na faixa etária entre 12 e 23 meses, com diferença estatisticamente significativa comparada às demais faixas etárias (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2019). Ademais, autores identificaram índices de 19,5% de excesso de peso em crianças de um estado do Nordeste, taxa maior do que a prevalência em crianças nordestinas, em geral, (18,5%) e brasileiras (17,1%) (LIRA et al., 2017). Corroborando com esses dados, estudo sobre o padrão alimentar de crianças identificou que bebês dessa mesma faixa etária (12 a 23 meses) apresentaram maiores prevalências no consumo de alimentos inadequados para a idade (refrigerantes, doces e sucos artificiais), em

comparação às outras faixas etárias. Ademais, as crianças de zero a seis meses e de 12 a 23 meses e residentes na região Nordeste apresentaram menor probabilidade de consumo de alimentos saudáveis (frutas, legumes, cereais, carnes e ovos), o que concorda com o identificado na presente amostra estudada (FLORES et al., 2021).

Essa transição, a nível nacional e regional, da desnutrição para a obesidade evidencia a mudança nos hábitos alimentares das crianças em decorrência do melhor acesso aos alimentos. Porém, ainda que se tenha melhorado o acesso por meio de programas governamentais de auxílio financeiro, esse acesso tem sido a alimentos de baixa qualidade nutricional e alta densidade energética, configurando um cenário recorrente de sobrepeso/obesidade e desnutrição (ISMAIL et al., 2022; PEREIRA et al., 2017; LIRA et al., 2017; UNICEF, 2019; DINKU; MEKONNEN; ADILU, 2020). É o que atualmente se chama de “deserto alimentar” ou “pântano alimentar”; no primeiro, evidencia-se a escassez de alimentos saudáveis, enquanto o segundo caracteriza-se por oferta intensa de alimentos não-saudáveis e ultra processados, ricos em calorias vazias (UNICEF, 2019). O Nordeste foi uma das regiões brasileiras a apresentar esse cenário, em específico o Ceará, estado no qual índices de sobrepeso e obesidade na infância foram altos em comparação a outros estados brasileiros (PEREIRA et al., 2017; LIRA et al., 2017).

A escolha por tais alimentos reflete condições socioeconômicas que colocam em risco a segurança alimentar, o que condiz com o perfil dos lactentes avaliados, visto que a amostra foi formada por lactentes em situação de vulnerabilidade social, dependentes de auxílio financeiro e doações para ter acesso a alimentação. Ainda, a escolha dos alimentos a serem oferecidos ao lactente leva em consideração produtos mais baratos, os quais muitas vezes não são adequados para o consumo infantil, como os industrializados ultra processados ricos em gorduras, sódio e açúcares. Tal fato ressalta a importância de medidas promotoras de saúde por parte do enfermeiro, desde a orientação alimentar da gestante no pré-natal, a promoção do aleitamento materno exclusivo até a adequada introdução alimentar infantil. A educação nutricional adequada e capacitada implica na melhora de dados antropométricos de lactentes durante os primeiros dois anos de vida, como aponta Ojha et al. (2020) em seu estudo comparativo sobre educação nutricional para pais e cuidadores. Além de favorecer um crescimento e desenvolvimento saudável para o lactente, um padrão alimentar satisfatório na infância refletirá no status de saúde na vida adulta, visto que casos de doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes e a obesidade na faixa etária adulta estão relacionadas a hábitos

alimentares inadequados na infância (BLACK et al., 2013; UNICEF, 2019; FÉLIX-BELTRÁN; SEIXAS, 2021).

A alta especificidade dos indicadores clínicos de PIAL demonstram o grau de comprometimento do padrão alimentar do lactente. Assim, quanto pior estiver esse padrão, piores serão as consequências a curto, médio e longo prazo. Com caráter agudo de uma inadequação do padrão alimentar, pode se observar o comprometimento do peso para a idade do lactente, a diarreia e o comprometimento de pele e mucosas, e à medida que essa ineficácia alimentar se mantém, o lactente poderá chegar a prejuízos crônicos, como o crescimento inadequado e déficits na imunidade, levando à proteção ineficaz (DINIZ et al., 2021). Essa, por sua vez, pode estar relacionado aos déficits nutricionais identificados na amostra, caracterizado por recorrentes infecções nos últimos doze meses de vida do lactente. Tal observação pode indicar que, ainda que os valores de peso para a idade se mantenham acima do desejado, déficits nutricionais são observados caracterizando o lactente com sobrepeso/obesidade e desnutrido, por falta de micronutrientes essenciais para a manutenção saudável de suas funções orgânicas. A ocorrência de enfermidades e parte da mortalidade de crianças menores de cinco anos está relacionada com o déficit nutricional. O documento de referência sobre a segurança alimentar e nutricional da América Latina (FAO et al, 2019) aponta que 45% das mortes infantis possuem a subnutrição como uma de suas causas. Ainda que os dados avaliados no presente estudo tenham sido comprometidos pela falta de registro de exames laboratoriais, estudos apontam a recorrência de déficits de micronutrientes, como ferro, zinco, vitamina A e D, corroboram para uma proteção ineficaz, o que prejudica o crescimento saudável do lactente (BLACK et al., 2013; BAILEY et al., 2015; CARVALHO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2016; LIAO et al., 2019)

O indicador clínico “Diarreia” apresentou elevada especificidade para a manifestação de PIAL. Assim, a ausência do indicador remete também à ausência do fenômeno de enfermagem em estudo, o que é um fato entendível, visto que um padrão alimentar bem estabelecido de forma saudável e adequado para a idade do lactente dificilmente manifestará casos de diarreia associados à alimentação. Em estudo com crianças submetidas à quimioterapia, a diarreia foi identificada com indicador de uma nutrição desequilibrada. No entanto, essa ocorrência pode ser associada ao manejo clínico do câncer ao qual as crianças estavam submetidas, mais do que ao componente alimentar em si (CARVALHO et al., 2022). Por outro lado, uma análise global de condições nutricionais da população aponta que, no cenário pediátrico, a diarreia é comumente encontrada e apresenta influência negativa nos índices de crescimento infantil (BLACK et al., 2013; RICHARD et al., 2013). Com isso, por

ser um indicador que reflete o agravamento do perfil alimentar ineficaz do lactente (devido à alta especificidade), a identificação de quadros diarreicos em lactentes, aparentemente saudáveis (sem condições crônicas ou patológicas de diarreia – doenças gastrointestinais), serve de alerta para intervenções imediatas sobre os hábitos alimentares do lactente. Assim, o enfermeiro pode investigar quais alimentos e suas quantidades, bem como as formas de preparo estão sendo ofertados para o bebê, e orientar as adequações necessárias condizentes com a faixa etária e as recomendações dos órgãos de saúde.

Outro indicador clínico específico para a manifestação de PIAL é o “Engasgo”. Ainda que esteja voltado para aspectos anatomopatológicos do processo alimentar e se apresente na estrutura do novo diagnóstico *Ineffective infant suck-swallow response* (NANDA-I 2021 – 2023 (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021)), o indicador foi relevante estatisticamente para a amostra estudada. Ademais, esse indicador foi considerado para o estudo por representar um comportamento intermediário de um padrão alimentar inadequado (DINIZ et al., 2021). Estudo realizado com bebês acometidos com atrofia muscular espinhal, os quais comumente apresentam dificuldades para a alimentação, validou um instrumento sobre as habilidades orais e de sucção, no qual avalia sinais clínicos de um processo alimentar comprometido. Entre seus itens, o instrumento verifica a ocorrência de tosse (engasgo) e sinais de estagnação da refeição. O referido item foi identificado entre bebês de três a seis meses com maior severidade da atrofia espinhal (BERTI et al., 2021). Em um cenário distinto, estudos sobre o método de introdução alimentar *Baby-led weaning* (BLW), o qual traz mais autonomia para a criança ao alimentar-se com as próprias mãos, sendo supervisionada pelo cuidador, pode apontar a ocorrência de engasgo. Tal fato pode restringir o uso dessa técnica por parte dos cuidadores, ainda que diferenças estatisticamente significativas não sejam identificadas entre o BLW e métodos tradicionais para a ocorrência do engasgo (GOMEZ et al., 2020; BROWN, 2018; FANGUPO et al., 2016).

O medo de engasgo ou asfixia gera insegurança em muitos pais e cuidadores no momento da alimentação do lactente (GOMEZ et al., 2020). Diante disso, o enfermeiro pode orientar sobre o método de alimentação que melhor se encaixe ao perfil familiar, alertando para a identificação dos sinais de fome e saciedade da criança, bem como a diversidade de alimentos e suas preferências. Ao optar por métodos mais tradicionais, como alimentar o lactente por meio de colher, o cuidador pode tender a ofertar uma quantidade maior do que a necessidade do lactente, comprometendo a percepção de fome e saciedade do bebê. Ademais, Brown e Lee (2013) mostraram a relação entre o peso ponderal infantil e a oferta de alimentos por meio de

colher, sendo as crianças alimentadas dessa forma apresentavam maior peso quando comparada às aquelas alimentadas pelo BLW.

Por fim, o indicador “Integridade de pele e mucosas inadequadas” foi considerado relevante para a amostra estudada devido ao seu alto valor de especificidade. Estudos apontaram esse elemento como uma manifestação aguda do comprometimento nutricional que um padrão ineficaz de alimentação pode causar no lactente (DINIZ et al., 2020; DINIZ et al., 2021). Corroborando o exposto, pesquisa sobre aspectos nutricionais de crianças com câncer apontou sinais indicativos de uma integridade inadequada de pele e mucosas, como pele ressecada e lesões na cavidade oral (CARVALHO et al., 2022). Ainda que esses dados devam ser considerados com cautela, devido ao perfil clínico da amostra, é aceitável o fato de que déficits nutricionais levam à ocorrência de prejuízos cutâneos, como pele ressecada e queda de cabelo.

6.2 Fatores etiológicos de Padrão ineficaz de alimentação do lactente

6.2.1. Fatores relacionados ao Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Ainda que não tenha sido estatisticamente significativo para a amostra estudada, o fator mais prevalente no presente estudo – “Padrão de oferta alimentar inadequado” – está relacionado aos indicadores antropométricos de PIAL. Isso porque a oferta inadequada de alimento, no que se refere à qualidade e/ou à quantidade ofertada pode levar a consequências no peso do lactente. Por exemplo, a oferta de leite de vaca como substituto do aleitamento materno e/ou antes dos seis meses de vida está relacionado a prejuízos no ganho de peso da criança bem como na ocorrência de alergias (PRELL; KOLETZKO, 2016). Adicionalmente, o fator pode representar a realidade socioeconômica da amostra, a qual se caracteriza com privações financeira e déficit educacional da genitora. Essa relação se dá pelo fato de que a oferta de alimentos em quantidade e qualidade satisfatória para o crescimento e desenvolvimento infantil é prejudicada pela falta de recursos para adquiri-los. Diante desse cenário, o enfermeiro pode lançar mão de ações educativas sobre amamentação, seja no período pré-natal ou ao longo do puerpério, envolvendo também outros membros da família. Estudos apontam a melhora na adesão e manutenção do aleitamento materno exclusivo após ações de educação em saúde com mães no período prévio ao nascimento do bebê, e atividades educativas com os pais (ÖZTÜRK; ERGÜN; ÖZYAZICIOĞ, 2022; PANAHI et al., 2022; CHIPOJOLA et al., 2022).

Adicionalmente, o cenário de pandemia da COVID-19 agravou o caso, visto que os atendimentos na instituição foram suspensos, bem como as doações ficaram restritas. Além disso, a pandemia contribuiu também para o aumento dos custos da cesta-básica, comprometendo o orçamento das famílias que, muitas vezes, recebem apenas o auxílio financeiro do governo. O relatório sobre o panorama da segurança alimentar e nutricional realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e outros órgãos internacionais de saúde identificou a prevalência recorde de 9,1% de famílias da América Latina e Caribe vivendo com a fome, a mais alta nos últimos 15 anos. Entre 2019 e 2020, a região também apresentou aumento de superior a 50% na prevalência de desnutrição e em 2020, período ápice da pandemia de COVID-19, a taxa de insegurança alimentar moderada ou grave na região atingiu 41%. Na América do Sul, o percentual de desnutrição foi o maior desde 2007, atingindo uma prevalência de 7,8%, além do aumento significativo das taxas de insegurança alimentar para 39,2%, o que significa o dobro da taxa no ano de 2014 (FAO et al, 2021). Diante disso, observou-se um aumento nas taxas de insegurança alimentar nos países da América Latina e Caribe, provocando o aumento da taxa de pessoas convivendo com a fome e a piora ao acesso a alimentos adequados e saudáveis, devido aos impactos na produção alimentar e no seu custo.

Ademais, o fator “Padrão de oferta alimentar ineficaz” também contempla a oferta de leite materno, ordenhado ou direto das mamas. Os achados do presente estudo apontaram uma frequência de, aproximadamente, 59% de aleitamento materno. Ainda que para a amostra avaliada essa frequência ultrapasse a metade das observações, as taxas de prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) pelo menos até o sexto mês de vida ainda está aquém do recomendado pelos órgãos de saúde mundiais. No relatório disponibilizado pela OPAS sobre as condições alimentares e nutricionais da população latino-americana, a América do Sul contempla 41,9% da prevalência de AME, abaixo do padrão mundial (44%) e muito inferior a taxa recomendada pela OMS de 70% (FAO et al, 2021).

6.2.2. Condições associadas ao Padrão ineficaz de alimentação do lactente

O “Refluxo gastroesofágico” (RGE) foi frequentemente observado entre os lactentes avaliados. Além de sua recorrência na amostra, a análise de regressão logística para os fatores relacionados e a ocorrência do diagnóstico aponta que houve relação estatisticamente significativa entre RGE e PIAL, podendo-se assim considerá-lo uma condição do lactente que o leva a manifestar um padrão alimentar inadequado. A construção de uma teoria de médio

alcance sobre padrão alimentar ineficaz do lactente apontou a presença de RGE como um estímulo focal para PIAL, ou seja, elemento diretamente relacionado a ocorrência de processo alimentar inadequado (DINIZ et al., 2021). No entanto, a sociedade brasileira de pediatra traz em um documento oficial a definição de refluxo gastroesofágico e a sua diferença para a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). O RGE, considerado na nomenclatura NANDA-I 2018-2020 como uma condição associada, pode ser considerada um processo fisiológico do lactente, por imaturidade do sistema gástrico, até um ano de vida quando não acarreta complicações clínicas, como a esofagite (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP, 2017). Entre os lactentes avaliados no presente estudo que apresentaram o RGE, quinze deles eram menores de um ano de vida, o que poderia indicar a ocorrência fisiológica do fator. A DRGE, por sua vez, compreende manifestações clínicas mais graves além da regurgitação, como episódios de vômitos intensos, ganho ponderal insatisfatório e irritabilidade (SBP, 2017; KRASAELAP; KOVACIC; GODAY, 2020). É ainda recorrente a confusão entre esses termos, havendo um uso recorrente de RGE em vez de DRGE. Com isso, dentro do cenário avaliado, o referido fator causal poderia ser denominado “regurgitação”, para os casos mais leves e fisiológicos da idade, ou chamado de “doença do refluxo gastroesofágico”, como uma condição associada mais grave à ocorrência de PIAL.

Independentemente da nomenclatura, é fato que exista relação entre episódios recorrentes de refluxo e a presença de um padrão alimentar ineficaz. Em estudo com bebês acometidos por hérnia diafragmática, os autores identificaram alta incidência do refluxo gastroesofágico na amostra avaliada, bem como um risco três vezes maior para a necessidade de procedimentos de acesso enteral, como gastrotomia ou jejunostomia. Ademais, o perfil clínico desses bebês se caracteriza por déficits ponderais (peso e estatura) devido ao comprometimento da alimentação via oral, prejudicada por comorbidades como o RGE (PRIETO et al., 2021). Embora se caracterize como uma condição associada, a qual o incute a necessidade de uma intervenção multidisciplinar, o manejo de lactente que apresentam o RGE pode ser orientado por profissionais atento à sua presença. Assim, a orientação para pais e cuidadores sobre a oferta de alimentos com textura mais espessa, em pequenas porções entre intervalos menores de tempo, bem como o posicionamento do lactente durante a alimentação se fazem importantes quando o fator é precocemente identificado (KRASAELAP; KOVACIC; GODAY, 2020).

O fator “Uso prolongado de sondas enterais”, identificado em 12,5% da amostra estudada, parece apresentar estreita ligação com o fator “Prematuridade”, pois foi identificado

entre aqueles lactentes que apresentaram idade gestacional inferior a 37 semanas. O tempo prolongado de uso foi maior entre aqueles com menor idade gestacional. Assim, o lactente que utilizou dispositivos enterais por maior período (90 dias) foi o mesmo com a menor idade gestacional registrada no presente estudo (25 semanas gestacionais). Além desse, outro lactente nascido com 30 semanas gestacionais fez uso de sonda enteral por 35 dias. Essa relação entre idade gestacional e uso de sonda enteral também foi identificada no estudo de Hoogewerf et al (2017), no qual foi observada associação estatística relevante entre pré-termos extremos e o tempo de uso de tubos enterais. Ainda, o uso prolongado de sonda enteral (superior a 30 dias) foi associado estaticamente a chance, de quase 1,7, maior para a ocorrência de problemas no processo alimentar, independentemente da idade gestacional (HOOGEWERF et al., 2017). De modo contrário ao identificado na presente amostra, o estudo referido traz que crianças com prematuridade moderada ou crianças a termo apresentaram maior chance (OR 2,50 IC 1,13 – 5,56) de ter problemas no processo alimentar quando exposta a períodos superiores a 30 dias de alimentação enteral. Ademais, os pesquisadores apontaram que a exposição prolongada a tubo enterais podem levar a prejuízos no processo alimentar em crianças de 12 a 24 meses, nascidas com idade gestacional acima de 32 semanas, o que justificam pelo fato de que os problemas em uma idade mais avançada são decorrentes da continuidade dos problemas vivenciados nos primeiros meses de vida. Os autores também a descreveram como uma causa iatrogênica devido a exposição prolongada a sondas enterais (HOOGEWERF et al., 2017), ou seja, a exposição prolongada a sondas enterais pode repercutir em problemas no processo alimentar quando a criança estiver mais velha, além daquelas dificuldades encontradas nos primeiros meses de vida.

Adicionalmente, é entendível que bebês com menores idades gestacionais apresentem maior dificuldade para alimentar-se devido à sua imaturidade fisiológica. Acrescido a esse fato, um maior comprometimento em um padrão alimentar leva ao prolongamento do uso de sondas enterais, entre crianças com má formação craniofaciais, chegando a um período médio de 1,3 anos de uso de sondas (CARON et al., 2018). A relação entre fator e a ocorrência de PIAL pode ser explicada pelo fato de que o uso de sondas enterais, principalmente em prematuros, pode interferir na capacidade motora oral de sucção e deglutição, além de estar associado a alterações de sensibilidade da cavidade oral. Com isso, o lactente pode apresentar certa dificuldade ao realizar os movimentos orofaciais necessários para a ingestão de alimentos, seja o leite materno ou aqueles pertinentes à introdução alimentar. No entanto, ainda que se apresente frequente para a estrutura de PIAL avaliada nesta pesquisa, vale destacar que esse

fator foi considerado no presente estudo por fazer parte da versão NANDA-I 2018-2020 de PIAL, estando ainda presente na nova etiqueta diagnóstica *Ineffective infant suck-swallow response* (NANDA-I 2021-2023). Logo, entende-se que tal fator pode estar mais bem alocado no diagnóstico voltado para os mecanismos de sucção e deglutição do lactente.

O uso de sonda enterais de forma prolongada pode levar a ocorrência de alteração na sensibilidade oral de lactentes. Com isso, percebe-se a relação entre esses fatores causais de PIAL – Uso prolongado de sonda enterais e Hipersensibilidade oral. A hipersensibilidade oral pode ser entendida com a manifestação de reflexos orais exacerbados que provocam recusa alimentar na criança, por exemplo o reflexo de gag exacerbado, caracterizado por comportamentos de engulhos ou vômitos. Estudo apontou essa alteração aumentada da sensibilidade oral como uma manifestação recorrente e estatisticamente relevante entre crianças que apresentavam padrões alimentares insatisfatórios (LEVY et al., 2009). O fator associado “Hipersensibilidade oral” também representa um elemento que depende de ações multidisciplinares para contornar sua influência sobre padrão alimentar. No entanto, condutas como a identificação de texturas e alimentos que agradem ao lactente com alteração da sensibilidade oral e a orientação de pais e cuidadores para ofertá-los de modo adequado são mecanismos ao alcance do enfermeiro que podem auxiliar na redução da influência desse fator sobre a manifestação de PIAL.

Outro fator causal importante para a presença de PIAL foi o “Deformidade orofaríngea”. Esse elemento apresentou relevância estatística para a ocorrência de um padrão alimentar ineficaz, diante a análise de regressão logística, apresentando uma razão de chance superior a 14 vezes para a ocorrência do fenômeno de enfermagem quando alguma má formação orofaríngea está presente. Em estudo realizado com bebês nascidos com deformidade orofacial, aqueles com fissura lábio palatina apresentaram maior comprometimento no processo alimentar quando comparado às demais má-formações. Dessas crianças acometidas com dificuldades alimentares e deformidade oral, aquelas que apresentaram maior comprometimento para a alimentação necessitavam de alimentação por sondas enterais por um período médio de 13,3 a 19,5 meses, a depender de sua gravidade (CARON et al., 2018)

Embora também seja uma condição associada, na qual o enfermeiro necessitará de um apoio multidisciplinar, autores apontam que práticas alimentares, inclusive de amamentação, devem ser encorajadas. Por exemplo, no caso de lactentes com fenda palatina a amamentação pode ser orientada a ocorrer de forma que o bebê esteja em uma posição mais vertical para que se evite a aspiração do leite. Ainda, os autores defendem que crianças com

deformidades orofaciais devem ganhar peso e crescer assim como as demais crianças, visto que déficits antropométricos podem interferir na realização da correção cirúrgica, bem como prejudicar o pós-operatório (ALOIS; RUOTOLO, 2020). Técnicas de alimentação para crianças indianas com deformidades orais foram testadas, indicando que o uso de um dispositivo semelhante a uma xícara/molheira (*paladai*) apresentou melhor resultado para o ganho de peso e o crescimento estatural da criança quando comparada a alimentação por colher ou mamadeira (RAVI et al., 2015). Adicionalmente, estudo aponta que a oferta de leite materno/fórmula infantil para bebês com deformidade oral por meio de seringa apresentou melhores respostas para o ganho de peso. Além disso, a oferta desses alimentos por meio de copos e colheres apresentou maior ocorrência de regurgitação, quando comparada a oferta por seringa (IZE-IYAMU; SAHEEB, 2011). Além das formas de ofertar o alimento para crianças que tem o comprometimento estrutural da cavidade oral, o profissional de saúde também deve estar atento ao componente emocional envolvido no processo alimentar. Estudo aponta que mães de crianças com deformidades orais sofreram com a ansiedade e o estigma social além das dificuldades inerentes da amamentação (NABATANZI et al., 2021), interferindo no padrão alimentar desses bebês.

6.2.3. População em risco para Padrão ineficaz de alimentação do lactente

Por fim, entre os fatores sociodemográficos avaliados, a “Idade materna” foi o único que apresentou significância estatística para a ocorrência de PIAL. Por ser um elemento incluído na classificação da NANDA-I como “População em risco”, torna-se um componente não modificável pelos profissionais de saúde. No entanto, o conhecimento sobre a influência de mães mais jovens sobre a conduta alimentar de seus lactentes serve de alerta para o profissional de enfermagem, pois aquelas mães mais jovens podem ter comportamento que leve a um padrão alimentar inadequado. Desse modo, cabe ao profissional atentar-se para a condição etária materna e intervir, promovendo educação em saúde alimentar do lactente desde os primeiros encontros, ainda no pré-natal. É relevante ressaltar a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a introdução alimentar complementar em idade oportuna. Ainda, ao enfermeiro, junto à equipe multidisciplinar, cabe identificar a estrutura familiar e realidade socioeconômica na qual o lactente está inserido, a fim de reduzir danos e riscos de insegurança alimentar.

Os achados sobre a relação entre idade materna e a ocorrência de padrões alimentares inadequados são controversos. Estudo realizado com puérperas de um país em desenvolvimento não encontraram relação estatisticamente significativa entre a idade materna e práticas alimentares do lactente (frequência de refeições, diversidade de alimentos e aceitação da alimentação). No referido estudo, a idade das genitoras foi semelhante a encontrada na amostra estudada, porém não foram encontradas associações relevantes entre a faixa etária da genitora e o processo de alimentação do lactente (AFOLABI; AFOLABI; OMISHAKIN, 2021)). Em contrapartida, estudo comparativo entre mães adolescentes e mães adultas apontou que aquelas de menor idade apresentavam comportamento incongruente com práticas alimentares adequadas para seu filho, como autoritarismo e estilo de alimentação menos responsivo – ou seja, com menor interação, menos afetuosos. Além disso, as mães adolescentes apresentaram comportamentos inadequados ao alimentar seus filhos, oferecendo-lhes de forma recorrente alimentos ricos em açúcares e gorduras, e em menor frequência alimentos mais saudáveis como carne, feijões e ovos (DA COSTA et al., 2018).

No que se refere a associação entre idade materna e dados antropométricos do lactente, estudo observou que a idade da genitora estava positivamente associada ao comprimento para a idade de crianças menores de cinco anos. Além disso, uma associação estatisticamente significativa e positiva foi identificada entre a idade materna e os indicadores peso para a idade e comprimento para a idade (DINKU; MEKONNEN; ADILU, 2020). Por outro lado, estudo identificou que crianças filhas de mães mais velhas apresentaram menores escores índices de Peso para o Comprimento, demonstrando uma correlação inversa entre a idade materna e a relação peso para o comprimento (IRARRÁZVAL et al., 2018).

Adicionalmente, observa-se que a idade do lactente influencia o comportamento materno diante práticas alimentares, pois entre as mães mais jovens (adolescentes) o perfil mais responsivo foi observado entre bebês maiores de 18 meses, enquanto as mães mais velhas (adultas) apresentaram comportamento mais passivo com bebês de mesma faixa etária (18 meses) (DA COSTA et al., 2018). A interação mãe-bebê tende a aumentar e fortalecer com o crescimento e desenvolvimento do lactente, por isso se observa que a idade do lactente está associada ao comportamento materno de alimentação. Bebês de maior idade apresentam maior interação com suas mães, justificando a relação das genitoras com o processo alimentar do lactente tende a ser mais responsivo entre bebês mais velhos quando comparado aos lactentes mais jovens. Com isso, o processo alimentar é um reflexo da interação entre mãe e bebê (DA COSTA et al., 2018).

6.3. Padrão ineficaz de alimentação do lactente e a taxonomia da NANDA-I

O desenvolvimento desse estudo ocorreu em um período de transição das versões da taxonomia NANDA-I, entre sua edição 2018 – 2020 e 2021 – 2023. Com isso, ocorreram mudanças em suas etiquetas diagnósticas, com surgimento de novos diagnósticos, reestruturação de componentes e exclusão daqueles com baixo nível de evidência. Nesse contexto, o diagnóstico PIAL sofreu alterações em sua composição, sendo substituído pelo diagnóstico *Ineffective infant suck-swallow response (IISR)*, como mencionado anteriormente. Essa alteração demonstra ser benéfica aos usuários da NANDA-I, pois a nova estrutura parece estar mais alinhada à proposta do diagnóstico, ao abordar componentes voltados para ineficácia dos mecanismos de sucção e deglutição do lactente, antes trazidos em PIAL. Anteriormente, PIAL, por trazer em seu título a ideia de padrão alimentar, parecia estar restrito aos elementos voltados para aspectos anatomofisiológicos da alimentação do lactente (sucção, deglutição e coordenação). Por isso, diante dessa versão anterior que se propôs estudar PIAL, visto que um padrão alimentar vai além dos aspectos de sucção e deglutição.

Nesse período, a nova versão trouxe as mudanças e com ela o novo diagnóstico, que parece se assemelhar a proposta atual de PIAL, *Ineffective infant feeding dynamics (IIFD)*. Essa etiqueta, incluída na versão NANDA-I 2021-2023, aponta elementos mais gerais envolvidos no processo alimentar do lactente. No entanto, sua estrutura etiológica parece mais voltada às atitudes dos pais e cuidadores, e as manifestações parecem limitadas apenas ao ato alimentar em si. Entre as características definidoras tem-se: *Food refusal, Inadequate appetite, Inappropriate transition to solid foods, Overeating* e *Undereating*. Nota-se que tais elementos estão associados ao momento pontual da alimentação, diferente da proposta de PIAL, o qual considera uma estrutura de temporalidade para seus elementos, abordando consequências e comportamentos a curto, médio e longo prazo de um padrão alimentar ineficaz. Quanto aos agentes causais do fenômeno, *IIFD* traz elementos voltados para condutas dos pais e cuidadores, por exemplo *Disengaged parenting, Intrusive parenting, Lack of knowledge of infant's developmental stages* e *Multiple caregivers*, além das condições associadas *Parental psychiatric disorder, Psychological health issue of parent*. Sobre os lactentes, destaca-se alguns fatores como *Abandoned infants, Infants living in foster care, Infants born to economically disadvantaged families*. Observa-se que alguns desses fatores relacionados também se voltam para características parentais do lactente, o que pode tornar o diagnóstico mais voltado para

pais e cuidadores do que propriamente ao lactente. Em contrapartida, PIAL é sugerido para retornar à classificação da NANDA-I por trazer componentes abrangentes do padrão alimentar de um lactente, envolvendo-o entre seus elementos, além de considerar também os componentes do contexto familiar ao qual o bebê se insere.

Adicionalmente, PIAL traz a ideia de que um padrão alimentar ineficaz é algo que se recorre, algo que acontece de forma repetida, tornando um hábito, ou seja, um padrão em si. Logo, retornar a etiqueta PIAL em sua nova roupagem permite que ela contemple esse componente da temporalidade, representando a ocorrência de hábitos inadequados recorrentes, o que leva a prejuízos agudos e crônicos para a saúde do bebê. Com isso, por meio da identificação precoce dos indicadores clínicos acurados apontados no presente estudo, o enfermeiro pode lançar mão de intervenções a tempo de evitar complicações para a saúde do lactente, como o ganho ponderal inadequado e comprometimento da imunidade, por exemplo. Por fim, PIAL pode trazer entre seus elementos a nova etiqueta IISSR, pois entende-se que ela pode ser um fator que leve a um padrão alimentar ineficaz. Diante dos achados do presente estudo e das reflexões realizadas é incentivada a realização de novos estudos sobre os conceitos envolvidos em um padrão alimentar ineficaz do lactente, pois é sabido que os conceitos são infundáveis e mutáveis, e com isso sofrem influência dos contextos temporal, social e econômico.

7 CONCLUSÃO

O estudo mostrou uma prevalência de 23,04% do diagnóstico na amostra estudada e trouxe elementos que o representam de forma significativa para aqueles lactentes avaliados. Os indicadores que foram estatisticamente significativos para representar a ocorrência de um padrão alimentar ineficaz foram: Peso inadequado para a idade, Comprimento inadequado para a idade, Integridade de pele e mucosas inadequada, Engasgo, Irritabilidade, Diarreia e Proteção ineficaz. Entre esses, o de maior sensibilidade foi o indicador Irritabilidade e o mais específico foi Diarreia. Quanto aos fatores associados à presença de PIAL, aqueles estatisticamente significativos foram: Deformidade orofaríngea, Hipersensibilidade oral, Refluxo gastroesofágico e Idade materna. O fator Hipersensibilidade oral, quando presente, apresentou uma razão de 15 vezes para a manifestação do diagnóstico, enquanto o indicador Deformidade orofaríngea demonstrou uma razão de chance um pouco maior à 14 vezes.

Ressalta-se que, dentre os fatores causais relevantes para PIAL, apenas Idade materna é um elemento não modificável. Os demais representam componentes que podem sofrer intervenção por profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro. Ainda que suas ações não sejam autônomas/independentes, o enfermeiro tem importante papel como educador e promotor de saúde, ao identificar precocemente os sinais de alerta (fatores relacionados relevantes) e orientar, de forma acurada e condizente à realidade socioeconômica e afetiva a qual o lactente se encontra, as condutas alimentares ideais para a idade do bebê.

Os resultados do presente estudo precisam ser vistos com cautela, pois, devido a característica transversal do estudo, os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelo atual cenário de saúde pública – pandemia de COVID-19 – o qual acarretou consequências em vários aspectos, principalmente o social e o financeiro. Os lactentes avaliados, embora já fossem acompanhados na instituição antes da pandemia, estavam mais expostos ao agravamento da insegurança alimentar diante às restrições econômicas pertinentes à época.

Adicionalmente, a falta de informações nos prontuários, como resultados de exames laboratoriais, prejudicou a análise do indicador clínico Proteção ineficaz de forma apropriada. O referido indicador foi considerado presente quando infecções recorrentes aconteceram no período de um ano. No entanto, os dados laboratoriais, como hemograma completo ou taxas de micronutrientes, poderiam indicar de modo mais fidedigno a presença ou não de comprometimento da imunidade devido a questões alimentares do lactente.

Com isso, sugere-se a realização de novos estudos sobre PIAL, de modo a contemplar os elementos avaliados nessa pesquisa, bem como identificar outros possíveis componentes para o diagnóstico, como o padrão alimentar materno durante a gestação. Ademais, avaliar a ocorrência do diagnóstico em cenários neutros, como creches e unidades básicas de saúde, e com um tamanho amostral maior pode permitir a identificação mais generalizável de PIAL.

Por fim, os resultados do presente estudo defenderam a tese inicialmente proposta de que existe um conjunto de elementos que melhor representa o fenômeno de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente, os quais foram anteriormente destacados como os indicadores clínicos e fatores etiológicos relevantes para o diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- AERA; APA; NCME. American Psychological Association. National Council on Measurement in Education. **Standards for Educational and Psychological Testing**. Washington, D.C.: AERA,1999.
- AFOLABI, K. A.; AFOLABI, A. O.; OMISHAKIN, M. Y. J. Complementary feeding and associated factors: Assessing compliance with recommended guidelines among postpartum mothers in Nigeria. **Population Medicine**, v. 3, p. 1–11, 1 jun. 2021.
- AGOSTONI, C. et al. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 46, p. 99-110, 2009.
- ALOIS, C. I.; RUOTOLO, R. A. An overview of cleft lip and palate. **JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants**, v. 33, n. 12, p. 17–20, 1 dez. 2020.
- ALVES, J.Q.N; MENDES, J.F.R. Consumo dietético e estado nutricional em crianças com alergia à proteína do leite de vaca. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n. 1, p. 65-72. 2013.
- BARRY, M. et al. On behalf of the CompHP Partners (2012). **The CompHP Project Handbooks**. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), Paris. Retrieved. Disponível em:
http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_Project_Handbooks.pdf
- BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2. ed. New York: Springer Publishing Comapny, 2009.
- BERTI, B. et al. Oral and Swallowing Abilities Tool (OrSAT) for Type 1 SMA Patients: Development of a New Module. **Journal of Neuromuscular Diseases**, v. 8, n. 4, p. 589–601, 2021.
- BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **The Lancet**. Elsevier. v.382, p. 427- .451. 2013. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60937-X
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2015a.
- BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde.** – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BROILO, M. C. et al. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. **J Pediatr**, v.89, n. 5, p.485–91, 2013.

BROWN, A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 31, n. 4, p. 496–504, 1 ago. 2018.

CARON, C. J. J. M. et al. Feeding difficulties in craniofacial microsomia: A multicenter retrospective analysis of 755 patients. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 46, n. 10, p. 1777–1782, 1 out. 2018.

CARRARO, D.F., DORNELLES, C.T.L., COLLARES, M.V.M. Fissuras labiopalatinas e nutrição. **Rev HCPA**, v. 31, n.4, p. 456-463, 2011.

CARVALHO, C.A. et al. Fatores associados aos padrões alimentares no segundo semestre de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 2, p. 449-459, 2020.

CARVALHO, P. M. O.; LOPES, M.V.O.; TEIXEIRA, I.X.; NUNES, M.M.; DINIZ, C.M.; SILVA, V. M., MENEZES, A.P. Diagnostic accuracy of clinical indicators of Imbalanced nutrition in pediatric patients submitted to chemotherapy. **Journal of Child Health Care**, 2022. DOI: 10.1177/13674935211058011

CHEIKH ISMAIL, L. et al. Nutritional status and adequacy of feeding Practices in Infants and Toddlers 0-23.9 months living in the United Arab Emirates (UAE): findings from the feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2020. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, 1 dez. 2022.

CHIPOJOLA, R.; KHWEPEYA, M.; GONDWE, K. W.; RIAS, Y.A.; HUDA, M. H. The Influence of Breastfeeding Promotion Programs on Exclusive Breastfeeding Rates in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Human Lactation**. v.38, n. 3, p. 466–476. 2022. DOI: 10.1177/08903344221097689 j

COLLINS, L. M.; LANZA, S. T. **Latent class and latent transition analysis: with applications in the social behavioral, and health sciences**. Hoboken, N. J.: Wiley, 2010.

CÔRREA, E. N. *et al.* Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev Paul Pedi**, v. 27, n. 3, p.258-64. 2009.

CRAPNELL, T. L. et al. Factors Associated with Infant Feeding Difficulties in the Very

Preterm Infant. **Acta Paediatric**, v. 102, n. 12, p.539–545, 2013.

CRONBACH, L. J. **Essentials of psychological testing**. New York: Harper, 1949.

CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**. v. 52, n.4, p. 281-302. 1955.

DA COSTA, K. A. O. et al. Feeding style of adolescent mothers and complementary feeding practice of their infants. **Revista de Nutricao**, v. 31, n. 1, p. 49–58, 1 jan. 2018.

DA SILVA LIRA, M. C. et al. Nutritional status of children in Alagoas state cities according to SISVAN. **Mundo da Saúde**, v. 41, n. 1, p. 68–76, 1 jan. 2017.

DINIZ, C. M. et al. A Content Analysis of Clinical Indicators and Etiological Factors of Ineffective Infant Feeding Patterns. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 52, p. e70–e76, 1 maio 2020.

DINIZ, C. M. et al. A Middle-Range Theory for Nurses to Diagnose Ineffective Infant Feeding Patterns. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 32, n. 2, p. 117–124, 1 abr. 2021.

DINKU, A. M.; MEKONNEN, T. C.; ADILU, G. S. Child dietary diversity and food (in)security as a potential correlate of child anthropometric indices in the context of urban food system in the cases of north-central Ethiopia. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 39, n. 1, 1 dez. 2020.

DODRIL, P.; GOSA, M. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. **Ann Nutr Metab**, v.66, p. 24-31, 2015.

FANGUPO, L. J. et al. A baby-led approach to eating solids and risk of choking. **Pediatrics**, v. 138, n. 4, 1 out. 2016.

FAO; et al. **Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019**. Santiago. 2019.

FAO et al. **América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021**. Santiago de Chile: FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2021.

FAWCETT, J. Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. **Aquichan**, v.5, n.1, p. 32–43, 2005.

FÉLIX-BELTRÁN, L.; SEIXAS, B. V. Childhood hunger experiences and chronic health conditions later in life among Brazilian older adults. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 45, 2021.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Tradução de Roberta Marchiori Martins. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FLORES, T. R. et al. Food consumption patterns in children under two years of age in Brazil: National health survey, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 625–636, 2021.

FUJINAGA, C.I. **Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação**. Tese (Doutorado em Enfermagem na

saúde pública) – Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, 120p., 2005.

GOMEZ, M. S. et al. Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: Integrative literature review. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo Pediatric Society, 2020.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; TAKAO LOPES, C. **NANDA International, Inc. nursing diagnoses: definitions and classification 2021- 2023**. Twelfth ed. Thieme: New York, 2021.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S; LOPES, C.T. (Eds.), **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & classification**. 2018–2020, Thieme: New York, 2017.

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.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Tradução Michael Schmidt Duncan. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IRARRÁZAVAL, B. et al. Influence of feeding practices on malnutrition in haitian infants and young children. **Nutrients**, v. 10, n. 3, 20 mar. 2018.

IZE-IYAMU, I. N.; SAHEEB, B. D. Feeding intervention in cleft lip and palate babies: A practical approach to feeding efficiency and weight gain. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 40, n. 9, p. 916–919, set. 2011.

KANE, M. T. An argument-based approach to validity. **Psychological Bulletin**, v. 112, p. 527-535. 1992.

KRASAE LAP, A.; KOVACIC, K.; GODAY, P. S. Nutrition Management in Pediatric Gastrointestinal Motility Disorders. **Nutrition in Clinical Practice**. John Wiley and Sons Inc., v. 35, p. 265-272. 2020.

LEVY, Y. et al. Diagnostic Clues for Identification of Nonorganic vs Organic Causes of Food Refusal and Poor Feeding. **J. Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 48, n 3, p.355-362. 2009. Disponível em: <<http://journals.lww.com/jpgn>>.

LI, M.D. et al. Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. **Pediatrics**, v.122, s.2, p.69-76. 2008.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M. Métodos Avançados De Validação De Diagnósticos De Enfermagem. In: NANDA Internacional Inc.; HERDMAN, T.H.; NAPOLEÃO, A.A.; TAKAO, C.; MARTINS, V.M., organizadores. **PRONANDA** Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem. Ciclo 4, v. 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016.

LOPES; M.V.O.; SILVA, V.M.; HERDMAN, T.H. Causation and Validation of Nursing Diagnoses: A Middle Range Theory. **International Journal of Nursing Knowledge**. v. 28, n. 1, 2017.

MENDES, L.C.; SOUSA, V.E.C.; LOPES, M.V.O. Accuracy of diagnosis of the defining characteristics of ineffective family therapeutic regimen management. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 219-224, 2011.

MESSICK, S. Validation of Inferences from Persons' Responses and Performances as Scientific Inquiry into Score Meaning. **American Psychologist**, v. 50, n. 9, p. 741-749. 1995

MESSICK, S. Validity. In R. Linn (Ed.), **Educational measurement** 3rd ed. Washington, DC: American Council on Education / Macmillan. pp. 13–103. 1989.

MONTERO, Z.I.C. Problemas de la alimentación en lactentes. Primera Parte: generalidades. **Acta Pediatr Costarricense**, v. 21, n. 1, 18-25, 2009.

MONTORIL, M.H. et al. Clinical validation of the NANDA-I diagnosis of impaired memory in elderly patients. **Applied Nursing Research**, v. 30, p. 32-37, 2016.

MORAIS, M.B. Signs and symptoms associated with digestive tract development. **J Pediatr**. v.92, n.3. 2016.

MURRAY, D.; BALA P.; O'CONNOR, C.; RYAN A.; CONNOLLY, S.; BOYLAN, G. The predictive value of early neurological examination in neonatal hypoxic–ischaemic encephalopathy and neurodevelopmental outcome at 24 months. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 52, p. 55–59. 2010.

NABATANZI, M. et al. “Mine did not breastfeed”, mothers’ experiences in breastfeeding children aged 0 to 24 months with oral clefts in Uganda. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 1, 1 dez. 2021.

NOBRE, L.; LAMOUNIER, J.; FRANCESCHINI, S. Preschool children’s dietary patterns and associated factors. **Jornal de Pediatria**. v.88, n.2, p. 129-136. 2012.

PARADA, C.M.G.L.; CARVALHAES, M.A.B.L.; JAMAS, M.T. Práticas de Alimentação Complementar em Crianças no Primeiro Ano de Vida. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n.2. 2007.

ÖZTÜRK, R.; ERGÜN, S.; ÖZYAZICIOĞ, N. Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: a quasiexperimental study. **Rev Esc Enferm USP**, v.56. 2022. DOI:10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0428.

PANAHI, F. et al. Educating fathers to improve exclusive breastfeeding practices: a randomized controlled trial. **BMC Health Services Research**, v.22. 2022. DOI:[10.1186/s12913-022-07966-8](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07966-8)

PASCOAL, L.M. et al. Troca de gases prejudicada: acurácia das características definidoras em crianças com infecção respiratória aguda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2015.

PASQUALI, L. Validade dos testes. **Revista Examen**. v. 1, n. 1, p. 14-48. 2017

PAZÓ, R.G.; FRAUCHES, D. O.; MOLINA, M. C. B.; CADE, N.V. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1891-1902. 2014.

- PELIZZO, G. et al. Nutritional status and metabolic profile in neurologically impaired pediatric surgical patients. **J Pediatr Endocrinol Metab.**, v.30, n. 3, p. 289–300. 2017.
- PEREIRA, I. F. D. S. et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: Evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3341–3352, 1 out. 2017.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGURA-PÉREZ, S.; LOTT, M. Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A Responsive Parenting Approach. Durham, NC: **Healthy Eating Research**. 2017.
- PICKETT, S; PETERS, R.M.; JAROSZ, P.A. Toward middle-range theory of weight management. **Nursing Science Quarterly**, v. 27, n. 3, p. 242-247.2014.
- PRELL, C.; KOLETZKO, B. Stillen und Beikost: Empfehlungen für die Säuglingsernährung. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 113, n. 25, p. 435–444, 24 jun. 2016.
- PRIETO, J. M. et al. Identifying risk factors for enteral access procedures in neonates with congenital diaphragmatic hernia: A novel risk-assessment score. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 56, n. 6, p. 1130–1134, 1 jun. 2021.
- QUIJADA, M.M.; GUTIÉRREZ, M.L.A. Factores dietéticos y su relación con el apetito en niños menores de dos años con desnutrición leve. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 62, n.2, p.137-144, 2012.
- RAVI, B. K. et al. Weight Gain Pattern of Infants with Orofacial Cleft on Three Types of Feeding Techniques. **Indian Journal of Pediatrics**, v. 82, n. 7, p. 581–585, 19 jul. 2015.
- ROY, C. **Generating middle range theory: From evidence to practice**. New York: Springer Publishing Company, 2014.
- ROY, S. C. **The Roy Adaptation Model**. 3rd ed. Pearson. 2009.
- SALDIVA, S.R.D.M. et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. **Nutrition Journal**, v. 13, n.33. 2014.
- SCARAMUCCI, M. V. R. Validade e consequências sociais das avaliações em contextos de ensino de línguas. **LINGVARVMARENA**, v. 2, p. 103-120. 2011.
- SILVA, E.B; FÚRIA, C.L.B.; DI NINNO, C.Q.M. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. **Rev CEFAC**, v. 7, n.1, p.21-28. 2005
- SMITH, M.J.; LIEHR, P.R. **Middle Range Theory for Nursing**. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company. 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. **Regurgitação do lactente (Refluxo Gastroesofágico Fisiológico) e Doença do Refluxo Gastroesofágico em Pediatria**. [s.l: s.n.]. 2017.
- SOUZA, R.L.V. et al. Padrões alimentares e fatores associados entre crianças de um a seis anos de um município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29,n. 12, p. 2416-2426. 2013

SWANSON, S.A. et al. A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 677-684, 2012.

TEIXEIRA, I.X. Validation of Clinical Indicators of Imbalanced Nutrition: Less Than Body Requirements in Early Childhood. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 31, p. 179-186. 2016.

TROLLI, S. L. et al. Early lipid supply and neurological development at one year in very low birth weight (VLBW) preterm infants. **Early Human Development**, v. 88, p. 25-29. 2012.

UNICEF. **The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world.** UNICEF, New York. 2019. (ISBN: 978-92-806-5003-7)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe:** Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. (96 p.).

WEN, X. et al, 2014 Sociodemographic Differences and Infant Dietary Patterns. **Pediatrics**, v.134, n.5, p. e1387-e1398.2014.

YAMAMOTO, R.C.; BAUER, M.A.; HÄEFFNER, L.S.B; WEINMANN, A.R.M.; SOARES, M.K. Os efeitos da estimulação sensório motora oral na sucção nutritiva na mamadeira de recém-nascido pré-termo. **Rev. CEFAC**, v. 12, n.2, p. 1-8. 2010

YI, S. K. M. et al. The Wisdom of the Crowd in Combinatorial Problems. **Cognitive Science**, [s.l.], v. 36, n. 3, p.452-470, 23 jan. 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1551-709.2011.01223.x>.

**APÊNCIDE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(RESPONSÁVEL)**

Prezados Pais,

Eu, Camila Maciel Diniz, enfermeira e aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC estou realizando uma pesquisa, com o título **“Validação Clínica do Diagnóstico de Enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente”**, sobre a presença de um problema de saúde relacionado à alimentação de lactentes, o qual também é de responsabilidade do enfermeiro. Este problema, em minha pesquisa, é chamado de Diagnóstico de Enfermagem, e é provocado por diversos agentes, os quais chamarei de Estímulos. Quando o problema ocorre, os lactentes manifestam sinais e sintomas, que em minha pesquisa são denominados de Indicadores Clínicos. Um enfermeiro que identifica estes elementos poderá detectar o problema mais rapidamente e cuidar melhor de seu filho.

Para realizar o meu estudo, preciso conversar com os pais e examinar crianças que apresentem problemas nutricionais, o que será realizado em um único momento. Peço permissão também para buscar alguns dados de seu filho em seu prontuário. Para isso, preciso de sua colaboração participando voluntariamente e permitindo que eu lhe pergunte sobre a história da doença de seu filho e depois para que eu o examine.

O exame inclui: verificar peso, altura, cabelos, mucosa oral, pele, unhas, funcionamento intestinal, bem como avaliação do ato de mastigar e engolir. O exame não inclui colher sangue e nem passar sondas. Caso seu filho apresente algum desconforto durante o exame interromperemos o que estamos fazendo quantas vezes for necessário e só farei o exame na sua presença e se seu filho demonstrar que não está desconfortável. Para avaliarmos a mastigação e deglutição será utilizado algum alimento de consumo habitual, como leite materno e/ou biscoito do tipo Maizena®. Para evitar um possível engasgo, este será oferecido em pequenos pedaços, se mesmo assim ocorrer algum desconforto, será oferecido água para ajudá-lo a engolir. Estas informações serão colhidas por mim e por acadêmicos de enfermagem, previamente capacitados.

A duração da entrevista e do exame poderá durar, em média, 30 minutos e não lhe causarão prejuízos ou gastos. Garanto-lhe de que as informações que estou obtendo serão

usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Além disso, você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não deixar seu filho participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da sua assistência. As informações dadas são sigilosas e, em momento algum, você e seu filho terão a identidade exposta. Ainda, ressalto que não haverá nenhuma forma de pagamento a ser oferecida para participar deste estudo.

As informações obtidas com o presente estudo poderão auxiliar na inferência diagnóstica precoce por parte dos enfermeiros, possibilitando a estruturação e execução de um plano de cuidados voltado para as reais necessidades do lactente no tocante à alimentação infantil. Assim, os benefícios à população pediátrica e aos seus cuidadores voltam-se para o cuidar do processo alimentar e do estado nutricional de lactentes, a fim de promover a saúde neste quesito.

Informo-lhe, também, que o projeto deste estudo foi submetido a uma análise criteriosa realizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP/UFC/PROPESQ), localizado no endereço Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE, contato: (85) 3366-8346. Este órgão corresponde à instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 466/12, II.4).

Desde já, agradeço sua importantíssima participação. Abaixo estão os contatos, meu e de meu orientador, caso precise comunicar-se conosco.

Pesquisadora: Enfa. MSc. Camila Maciel Diniz.

E-mail: camiladiniz.enf@gmail.com

Endereço: Rua Paulo Morais, 620. Fone: (85)98185-4632

Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

E-mail: marcos@ufc.br

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8459

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO (RESPONSÁVEL)

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário após esclarecido(a) pela pesquisadora, e tendo entendido tudo o que lhe foi explicado, concordando em participar da Pesquisa que tem como título: **“Validação do Diagnóstico de Enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente”**.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do Voluntário	Assinatura
<i>Camila Maciel Diniz</i>	<i>Camila Maciel Diniz</i>
Camila Maciel Diniz - Pesquisadora	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Assinatura
Nome o profissional que aplicou o TCLE	Assinatura

APÊNCIDE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VALIDAÇÃO CLÍNICA

Seção 2 de 6

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, SOCIODEMOGRÁFICO E HISTÓRICO CLÍNICO


Informações obtidas por anamnese e prontuário clínico

1.1 Lactente
Descrição (opcional)

Iniciais Lactente
Texto de resposta curta

Nº prontuário/cadastro
Texto de resposta curta

Idade Lactente(meses)
Texto de resposta curta

Data de Nascimento
Mês, dia, ano 

Sexo
 Feminino
 Masculino

Idade gestacional (semanas)
Texto de resposta curta

Peso ao nascer (gramas)
Texto de resposta curta

Comprimento ao nascer (cm)
Texto de resposta curta

<p>Fez/Faz uso de Sondas enterais (SOG/SNG)?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>Se SIM, por quanto tempo?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <p>.....</p>
<p>Fez/Faz uso de Oxigenoterapia?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>Se SIM, por quanto tempo?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <p>.....</p>
<p>Fez/Faz uso de tubo orotraqueal?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p>
<p>Fez/Faz uso de tubo orotraqueal?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>Se SIM, por quanto tempo?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <p>.....</p>
<p>Diagnóstico Médico atual</p> <p><input type="radio"/> Consulta de rotina (Puericultura)</p> <p><input type="radio"/> Demanda espontânea</p>
<p>Se DEMANDA ESPONTÂNEA, qual motivo?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <p>.....</p>
<p>Internações anteriores?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>

<p>Se SIM, qual motivo?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <hr/>
<p>Se SIM, por quanto tempo?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <hr/>
<p>Quantas vezes ficou doente nos últimos 12 meses?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <hr/>
<p>Possui alguma alergia / intolerância alimentar?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <hr/>
<p>Apresenta / apresentou episódios convulsivos?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>Se SIM, qual frequência?</p> <p>Texto de resposta curta</p> <hr/>
<p>Já teve verminoses?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>Se SIM, quando? Foi tratado?</p> <p>Texto de resposta longa</p> <hr/>
<p>1.2 Cuidador principal</p> <p>Informações sobre a pessoa que cuida por mais tempo do lactente</p>
<p>Iniciais do Cuidador</p> <p>Texto de resposta curta</p> <hr/>

Idade Cuidador

Texto de resposta curta

Grau de parentesco

- Mãe
- Pai
- Avó
- Tia
- Irmã / irmão
- Outros...

Grau de escolaridade (anos de estudo)

Texto de resposta curta

Ocupação

Texto de resposta curta

Número de filhos (vivos)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

Número de membros no domicílio

Texto de resposta curta

Procedência (bairro)

Texto de resposta curta

Saneamento básico

- Sim
- Não

Renda familiar (em reais)

Texto de resposta curta

1.3 Dados Maternos

Esses dados podem ser coletados pelo prontuário materno ou Caderneta da Gestante

Idade materna

Texto de resposta curta

Número de gestações anteriores

Texto de resposta curta

Realizou pré-natal? (na gestação do lactente avaliado)

- Sim
- Não

Se SIM, quantas consultas?

Texto de resposta curta

Peso na gestação

Texto de resposta curta

Altura

Texto de resposta curta

IMC na gestação

Texto de resposta curta

Já havia amamentado antes?

- Sim
- Não

Já havia amamentado antes?

Sim

Não

Se SIM, quantas vezes?

Texto de resposta curta

Se SIM, por quanto tempo?

Texto de resposta curta

Se NÃO, qual motivo?

Texto de resposta curta

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção

2. DADOS SUBJETIVOS – ANAMNESE

As perguntas a seguir são direcionadas ao cuidador principal do lactente.
Por favor, lembrem-se de detalhar aquelas questões que solicitam informações adicionais.
(...)

A criança está em aleitamento materno?

Sim

Não

Se SIM, qual tipo de aleitamento?

Aleitamento Materno Exclusivo (AME)

Aleitamento Misto/Parcial

Predominante

Complementado

Se SIM, tempo de amamentação (meses)?

Texto de resposta curta

Se SIM, como é ofertado?

Mamas

Mamadeira

Copos

Sonda

Se NÃO, quando parou de mamar? (Quantos meses de vida?)

Texto de resposta curta

Se NÃO, por que parou de mamar?

Texto de resposta curta

Faz uso de chupetas/bicos/mamadeira?

Sim

Não

Quantas refeições por dia?

AME Exclusivo

1 refeição

2 refeições

3 refeições

4 ou mais refeições

O que o lactente costuma comer durante o dia (ao acordar até ao adormecer)?

AME Livre demanda

Leite Materno + líquidos (água, chás, sucos)

Leite de outras fontes

Mingau

Frutas

Papa salgada

Refeição da família

Descreva quais alimentos, as quantidades e qual consistência da resposta anterior

Texto de resposta longa

Quais dos elementos a seguir são utilizados para a preparação da refeição do lactente?

- Fogão
- Microondas
- Liquidificador (alimentos batidos)
- Alimentos amassados com o garfo
- Alimentos raspados com a colher
- Não se aplica

Quem prepara as refeições do lactente?

Texto de resposta curta

Como a refeição/ o alimento é conservado?

- Geladeira
- Ar Ambiente
- Congelador / Freezer

Como o alimento é ofertado?

- Mamas
- Mamadeira
- Copo / xícara
- Colher / Garfo

Como é a higienização dos alimentos e utensílios?

Texto de resposta curta

Como é a água utilizada para ingestão e preparo dos alimentos?

- Água encanada (torneira)

<p>Como é a água utilizada para ingestão e preparo dos alimentos?</p> <p><input type="radio"/> Água encanada (torneira)</p> <p><input type="radio"/> Água fervida</p> <p><input type="radio"/> Água mineral / adicionada de sais</p> <p><input type="radio"/> Água filtrada</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p>Qual o local (ambiente) das refeições ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sala</p> <p><input type="checkbox"/> Cozinha</p> <p><input type="checkbox"/> Quarto</p>
<p>Qual o local refeições ?</p> <p><input type="checkbox"/> Chão</p> <p><input type="checkbox"/> Cadeira</p> <p><input type="checkbox"/> Carrinho</p> <p>—</p>
<p>Qual o local refeições ?</p> <p><input type="checkbox"/> Chão</p> <p><input type="checkbox"/> Cadeira</p> <p><input type="checkbox"/> Carrinho</p> <p><input type="checkbox"/> Colo</p> <p><input type="checkbox"/> À mesa</p>
<p>Quais distrações são utilizadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma (momento exclusivo para a alimentação)</p> <p><input type="checkbox"/> TV</p> <p><input type="checkbox"/> Celular / Tablet</p> <p><input type="checkbox"/> Brincadeiras</p>
<p>Como é o ambiente onde ocorrem as refeições?</p> <p><input type="checkbox"/> Agitado</p> <p><input type="checkbox"/> Tranquilo</p> <p><input type="checkbox"/> Barulhento / Ruidoso</p>

Como é o ambiente onde ocorrem as refeições?

- Agitado
- Tranquilo
- Barulhento / Ruidoso
- Limpo
- Sujo
- Arejado
- Quente
- Organizado
- Desorganizado

Como é a relação da criança com o cuidador principal (quem oferece a comida)?

- Amorosa / Amigável
- Estressante / Autoritária
- Oferta de recompensas
- Atos de chantagem

Sobre frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (linguiça, salsicha...) qual a frequência de consumo pela criança?

- Raramente ou nunca
- Todos os dias
- Menos de 2x por semana
- 2 a 3x por semana
- 4 a 5x por semana

Sobre doces, bolos, biscoitos recheados, sorvete, refrigerantes e sucos industrializados, qual a frequência de consumo pela criança?

- Raramente ou nunca
- Todos os dias
- Menos de 2x por semana
- 2 a 3x por semana
- 4 a 5x por semana

Por que você alimenta o lactente dessa forma?

- Escolha / autonomia
- Privação/carência de alimentos por questões econômicas
- Informações recebidas dos meios de comunicação (TV / mídias sociais)
- Crenças culturais
- Orientações do profissional de saúde (Enfermeiro / Médico / Nutricionista)

Ingesta hídrica?

Sim

Não

Se SIM, quantos mL por dia?

Texto de resposta curta

O lactente faz uso de algum suplemento vitamínico?

Sim

Não

Se SIM, qual?

Texto de resposta curta

Quando o lactente está se alimentando, apresenta dificuldade para engolir?

Sim

Não

O lactente fica saciado logo após o início da alimentação?

Sim

Não

O lactente apresenta irritabilidade/choro próximo do horário ou durante a alimentação?

- Sim
 Não

Você considera as ações do lactente (falar, andar, brincar) mais lentas do que você esperava?

- Sim
 Não

Apresentou dor abdominal, cólica intestinal?

- Sim
 Não

Nos últimos meses apresentou Diarreia?

- Sim
 Não

Se SIM, quantas vezes?

Texto de resposta curta
.....

No últimos meses apresentou Constipação?

- Sim
 Não

Se SIM, quantas vezes?

Texto de resposta curta
.....

Qual a frequência urinária (por dia) do lactente?

Texto de resposta curta
.....

Qual a frequência das evacuações (por dia) do lactente?

Texto de resposta curta
.....

O lactente chora ao evacuar?

- Sim
- Não

Há presença de sangue vivo nas fezes?

- Sim
- Não

Fezes volumosas, amareladas ou acinzentas?

- Sim
- Não




Qual destas figuras melhor apresenta as fezes do lactente? (Ver imagem Escala de Bristol)

- 1
- 2
- 3
- 4

- 3
- 4
- 5
- 6
- 7



Escala de Bristol

Bristol Stool Chart

Tipo 1		Bolinhas separadas e duras
Tipo 2		Comprido, cilíndrico e encaroçado
Tipo 3		Comprido, cilíndrico e com algumas rachaduras na superfície
Tipo 4		Comprido, cilíndrico e macio
Tipo 5		Gotas macias bem divididas
Tipo 6		Pedaços moles sem divisão nítida
Tipo 7		Totalmente líquido

Escala de Bristol

Bristol Stool Chart

Tipo 1		Bolinhas separadas e duras
Tipo 2		Comprido, cilíndrico e encaçoado
Tipo 3		Comprido, cilíndrico e com algumas rachaduras na superfície
Tipo 4		Comprido, cilíndrico e macio
Tipo 5		Gotas macias bem divididas
Tipo 6		Pedacos moles sem divisão nítida
Tipo 7		Totalmente líquido

O lactente está com um quadro atual de verminose?

- Sim
- Não

3. EXAME FÍSICO



Realização do exame físico.

Materials necessário: balança, fita métrica, luvas de procedimento,

Peso atual

Texto de resposta curta

Comprimento atual

Texto de resposta curta

IMC

Texto de resposta curta

Aspecto da pele

- Hidratada
- Ressecada, áspera
- Fissuras/Lesões

Fissuras/Lesões Ictérica Normocorada Hipocorada (pálida) Cianótica Outros**Se OUTROS, especificar**

Texto de resposta curta

Aspectos das mucosas Normocoradas Hipocoradas (pálida) Cianótica Ictérica Fissuras/Lesões Friável**Se OUTROS, especificar**

Texto de resposta curta

Avaliação da cavidade oral Cavidade íntegra Fissura Labial Fenda Palatina Úvula bifida Frênulo alterado (anquiloglossia) Lesões ulcerativas GAG exacerbado Incisivos centrais presentes (+/- aos 6 meses) Incisivos laterais presentes (+/- aos 8 meses) Primeiros molares presentes (+/- aos 14 meses) Caninos presentes (+/- aos 18 meses) Segundos molares (+/- 24 meses)

<p>Se OUTROS, especificar:</p> <p>Texto de resposta curta</p>
<p>Avaliação do Processo Alimentar (crianças em AM)</p> <p>ATENTE-SE PARA A IDADE DO LACTENTE. Se lactente estiver em AM, solicitar que a mãe o coloque no peito. Se não, realizar avaliação ("dedo enluvado")</p>
<p>Reflexo de busca (Presente até 3-4º mês)</p> <p><input type="radio"/> Presente</p> <p><input type="radio"/> Ausente</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p>Reflexo de sucção (Presente até o 6º mês)</p> <p><input type="radio"/> Voraz</p> <p><input type="radio"/> Débil</p> <p><input type="radio"/> Ausente</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p>Reflexo de mordida (Presente até 11º mês)</p> <p><input type="radio"/> Presente</p> <p><input type="radio"/> Exacerbado</p> <p><input type="radio"/> Ausente</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p>Reflexo GAG</p> <p><input type="radio"/> Presente</p> <p><input type="radio"/> Presente Anteriorizado</p> <p><input type="radio"/> Ausente</p>
<p>Ritmo de sucção</p> <p><input type="radio"/> < 5 s/p (sucções por pausa)</p> <p><input type="radio"/> 5 a 8 s/p</p> <p><input type="radio"/> > 8 s/p</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>

<p>Tempo de pausa entre as sucções / mastigações</p> <p>Texto de resposta curta</p> <hr/>
<p>Manutenção do ritmo de sucção</p> <p><input type="radio"/> Coordenado/Ritmico</p> <p><input type="radio"/> Descoordenado/Arritmico</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p>Força de sucção (Pressão intraoral)</p> <p><input type="radio"/> Adequada (forte)</p> <p><input type="radio"/> Moderada</p> <p><input type="radio"/> Fraca</p> <p><input type="radio"/> Não se aplica</p>
<p>Movimentação da língua</p> <p><input type="radio"/> Adequada</p>
<p>Movimentação da língua</p> <p><input type="radio"/> Adequada</p> <p><input type="radio"/> Inadequada</p> <p><input type="radio"/> Ausente</p>
<p>Movimentação da mandíbula</p> <p><input type="radio"/> Adequada</p> <p><input type="radio"/> Inadequada</p> <p><input type="radio"/> Ausente</p> <p><input type="radio"/> Sinais de instabilidade</p>
<p>Tempo de amamentação/alimentação</p> <p>Texto de resposta curta</p> <hr/>
<p>Avaliação do posicionamento/pega do lactente durante a AMAMENTAÇÃO</p> <p>Descrição (opcional)</p>

O pescoço está ereto ou um pouco curvado para trás (não distendido)?

- Sim
- Não
- Não se aplica

A boca está bem aberta?

- Sim
- Não
- Não se aplica

O corpo do bebê está voltado para o corpo da mãe?

- Sim
- Não
- Não se aplica

A barriga do bebê está encostada na barriga da mãe?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Todo o corpo do bebê recebe sustentação?

- Sim
- Não
- Não se aplica

O bebê e a mãe parecem confortáveis?

- Sim
- Não
- Não se aplica

O queixo do lactente toca a mama?

- Sim
- Não
- Não se aplica

O lábio inferior do lactente está virado para fora?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Há mais aréola visível acima da boca do lactente do que abaixo?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Há presença de sons (estalidos, ruídos, chiados) durante a sucção à mama?

- Sim

Há presença de sons (estalidos, ruídos, chiados) durante a sucção à mama?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Ao amamentar, a mãe sente dor no mamilo?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Avaliação do processo alimentar do lactente que NÃO mama

Oferecer a bolacha e observar o processo.
Esteja preparada para intervir em caso de engasgo (copo de água / mamadeira de água sempre próximo / Manobras de Desobstrução de Vias Aéreas)

Conseguiu formar o bolo alimentar sem esforço?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Conseguiu deglutir sem esforço? (ausência de hiperextensão do pescoço, auxílio dos dedos/mão, auxílio de líquidos)

- Sim
- Não
- Não se aplica

O lactente durante a alimentação apresentou (para TODOS)

- Tosse
- Engasgo
- Cianose
- Espirro
- Choro
- Irritabilidade
- Regurgitação
- Sinais de fadiga
- Alteração na sat.O2
- Alteração da frequência respiratória

- Alteração da frequência respiratória
- Soluço
- Comportamento semelhante à ânsia de vômito
- Vômito
- Mudança postural
- Variação na coloração de pele/mucosas
- Uso de aletas nasais
- Tiragem costal
- Apneia
- Acúmulo de saliva
- Tremores de língua e / ou mandíbula

Avaliação muscular

Inspeção e Palpação

Sustenta a cabeça e os membros pendentes?

- Sim

Avaliação muscular

Inspeção e Palpação

Sustenta a cabeça e os membros pendentes?

- Sim
- Não

NÃO apresenta hiperabdução das coxas?

- Sim
- Não

Os cotovelos do lactente NÃO ultrapassam a linha média durante o teste do cachecol?

- Sim
- Não

Movimenta os membros ativamente contra a gravidade?

- Sim
- Não

Avaliação do desenvolvimento do lactente

Observar quais dados são encontrados, atentando-se para a idade do lactente.

01 MÊS

- Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada
- Melhor percepção de um rosto
- Reage ao som
- Eleva a cabeça
- Abre as mãos
- Sorriso social
- Emite sons
- Movimenta ativamente os membros

2 MESES

- Sorriso social
- Abre as mãos
- Emite sons

- Emite sons
- Movimenta ativamente os membros
- Resposta ativa ao contato social
- Segura objetos
- Fixação do olhar
- Segue objetos com o olhar
- Fica de bruços e ergue cabeça e ombros

3 MESES

- Resposta ativa ao contato social
- Segura objetos
- Emite sons (Gugu, eeee, vogais soltas...)
- De bruços, levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços
- Junta as mãos em linha média
- Controle cefálico
- Preensão palmar

4 MESES

- Resposta ativa ao contato social
- Segura objetos
- Emite sons (gugu, eeee, vogais...)
- De bruços, levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços
- Busca ativa de objetos
- Leva objetos à boca
- Rotação cefálica em direção ao uma voz ou objeto sonoro
- Muda de posição (rola)

5 MESES

- Busca ativa de objetos
- Leva objetos à boca
- Localiza sons
- Muda de decúbito (rola)

6 MESES

- Busca ativa de objetos
- Leva objetos à boca
- Localiza sons
- Muda de decúbito (rola)
- Brinca de esconde-achou
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Duplica sílabas
- Senta-se com apoio
- Atende pelo nome
- Demonstra estranheza aos desconhecidos
- Começa a engatinhar

7 - 8 MESES

- Brinca de esconde-achou
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Duplica sílabas
- Brinca de esconde-achou
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Duplica sílabas
- Senta-se sem apoio

9 MESES

- Brinca de esconde-achou
- Transfere objetos de uma mão para outra
- Duplica sílabas (papa, dada, mama...)
- Senta-se sem apoio
- Imita gestos (bater palmas, dar tchau...)
- Preensão manual de pinça
- Conversação incompreensível (jargão)
- Engatinha/arrasta-se
- Anda com apoio
- Posição de engatinhar

10 - 11 MESES

- Imita gestos
- Faz pinça
- Conversação incompreensível (jargão)
- Anda com apoio

12 MESES

- Fica em pé com apoio
- Conversações incompreensíveis (jargões)
- Imita gestos
- Preensão manual em pinça
- Mostra o que quer
- Coloca blocos no copo/depósito
- Fala uma palavra (exceto nome de familiares/animais de estimação)
- Anda sem apoio

13 - 14 MESES

- Mostra o que quer
- Coloca blocos no copo/depósito
- Fala uma palavra (exceto nome de familiares/animais de estimação)
- Anda sem apoio

15 MESES

- Mostra o que quer
- Coloca blocos no copo/depósito
- Fala uma palavra (exceto nome de familiares/animais de estimação)
- Anda sem apoio
- Usa colher/garfo
- Constrói torre com dois cubos
- Fala três palavras
- Anda para trás

16 - 17 MESES

- Usa colher ou garfo (derrama pouco conteúdo)
- Constrói torre com dois blocos
- Fala 3 palavras (exceto nome de familiares/animais de estimação)
- Anda para trás

18 MESES

- Permanece em pé
- Sobe pequenos degraus com auxílio
- Usa colher ou garfo
- Constrói torre com 2 cubos
- Constrói torre com 3 cubos
- Fala 3 palavras
- Anda para trás
- Tira a roupa
- Aponta 2 figuras
- Aponta 2 figuras
- Fala 3 palavras
- Anda para trás
- Tira a roupa
- Aponta 2 figuras
- Chuta bola
- Sobe escada com apoio
- Frase com duas palavras ("dá papa")
- Vocabulário em torno de 10 palavras

19 - 23 MESES

- Tira a roupa
- Constrói torre com 3 blocos
- Aponta 2 figuras
- Chuta bola

19 - 23 MESES

- Tira a roupa
- Constrói torre com 3 blocos
- Aponta 2 figuras
- Chuta bola

24 MESES

- Permanece em pé com joelhos aproximados
- Sobe e desce escadas sem alternar os pés e com apoio
- Fala seu próprio nome
- Nomeia objetos
- Se reconhece no espelho
- Brinca de "faz de conta"
- Controle vesical diurno consolidado
- Inicia controle vesical noturno
- Tira a roupa
- Constrói torre com 3 cubos
- Constrói torre com 3 cubos
- Aponta 2 figuras
- Chuta bola
- Veste-se com supervisão
- Constrói torre com 6 cubos
- Frase com duas palavras
- Pula com os 2 pés.

OBSERVAÇÕES DO AVALIADOR

Texto de resposta longa

INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO / REGISTROS



Descrição (opcional)

Histórico vacinal

- Adequado para a idade (atualizado)
- Inadequado para a idade (atrasado)

O lactente possui diagnóstico de refluxo gastroesofágico?

- Sim
- Não

Exames laboratoriais

Quando disponíveis

Nº de Neutrófilos

Texto de resposta curta

Nº de Plaquetas

Texto de resposta curta

Nº de Hb

Texto de resposta curta

Nº de Ht

Texto de resposta curta

Hipovitaminose

- Sim
- Não

Se SIM, qual tipo?

Texto de resposta curta

Ferro sérico

Texto de resposta curta

Teste do Pezinho

- Normal
- Fenilcetonúria
- Hipotireoidismo congênito
- Doença falciforme
- Fibrose cística
- Deficiência de biotinidase
- Hiperplasia adrenal congênita
- Toxoplasmose congênita
- Hemoglobinopatia

Exame de cultura

Texto de resposta curta

Seção 6 de 6

OBSERVAÇÕES

Escreva alguma observação que julga importante para as informações da pesquisa.

Observações relevantes para a pesquisa.

Texto de resposta longa

APÊNDICE C – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DOS ELEMENTOS DO DIAGNÓSTICO PIAL

Avaliação do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente – PIAL.
Procedimento Operacional Padrão (POP) – Definições Conceituais e Operacionais

AGENTES ETIOLÓGICOS	
Deformidade orofaríngea	<p>Definição conceitual: Alteração da estrutura oral que pode ter origem congênita ou traumática em que há alteração da funcionalidade das estruturas, dificultando a formação do bolo alimentar e o processo alimentar. Um exemplo para este estímulo é a fissura lábiopalatina (FLP), a qual se trata de uma malformação congênita das estruturas orais durante o período embrionário, quando há um equívoco na união do processo fronto-nasal, levando a irregularidade na formação dos lábios e/ou palato (CYMROT <i>et al</i>, 2010; MONTAGNOLI <i>et al</i>, 2005).</p> <p>Definição operacional: O fator estará presente quando, por meio da inspeção do pesquisador, identificar-se descontinuidade das estruturas orais, incluindo lábios e palato.</p>
Hipersensibilidade oral	<p>Definição conceitual: Alteração das conexões sensitivas gerando uma exacerbação de informações simultâneas às estruturas orais (SILVÉRIO <i>et al.</i>, 2005). O reflexo de <i>gag</i> é contextualizado neste fator. O termo <i>gag</i> não apresenta tradução para o português, sendo definido como um reflexo de proteção semelhante ao vômito (ânsia de vômito). O reflexo pode ser desencadeado pelo toque intraoral (base da língua, palato, úvula, parede posterior da faringe) e/ou estímulos não táteis, como odores e sons (BASSI <i>et al</i>, 2004).</p> <p>Definição operacional: O fator será considerado presente quando o pesquisador, ao tocar levemente com o dedo enluvado ou com a espátula na porção anteroposterior da língua e/ou no palato, o lactente desencadear o reflexo de <i>gag</i> (“engulhar”) (SILVÉRIO <i>et al.</i>, 2005). Além</p>

	<p>disso, o pesquisador poderá questionar ao cuidador se o lactente apresenta comportamento semelhante à ânsia de vômito quando visualiza o alimento e/ou sente o cheiro deste.</p>
<p>Refluxo Gastroesofágico</p>	<p>Definição conceitual: Falha no fechamento correto do esfíncter esofágico, causando o retorno do conteúdo gástrico para o esôfago, podendo ser chamado de regurgitação infantil (ARAÚJO <i>et al</i>, 2012).</p> <p>Definição operacional: O diagnóstico de RGE é dado de acordo com a clínica do paciente e complementado com alguns exames, como a endoscopia digestiva alta. Porém, não existe um padrão-ouro para a definição do diagnóstico (ARAÚJO <i>et al</i>, 2012). O fator estará presente quando o pesquisador observar em documentos/registros clínicos a presença de exames confirmatórios para o diagnóstico de refluxo gastroesofágico.</p>
<p>Padrão inadequado de oferta alimentar</p>	<p>Definição conceitual: Refere-se ao comportamento equivocado, por parte dos cuidadores, em oferecer alimentos impróprios para o lactente, considerando sua faixa etária e condição clínica.</p> <p>Definição operacional: Este fator será avaliado de acordo com o relato do (a) cuidador (a) diante o inquérito alimentar, considerando os tipos de alimentos, a quantidade e a qualidade, a frequência de consumo, a textura e o manejo dos alimentos. O fator será registrado conforme o número de itens adequados. Estará presente se pelo menos uma inconsistência for identificada, diante às recomendações dos órgãos de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofertar AME livre demanda até os seis meses de vida, sem oferecer água, chás ou outros alimentos; - Apresentar pega correta à mama (ANEXO A) - A partir dos seis meses, introduzir lenta e gradualmente os alimentos complementares ao leite materno (ANEXO A);

	<p>-Após os seis meses, dar alimentos complementares, três vezes ao dia, se a criança estiver em AM (ANEXO A);</p> <ul style="list-style-type: none">- Os horários de refeição da criança devem respeitar os horários da família, considerando intervalos regulares e o apetite da criança;- O alimento deve ser espesso e oferecido de colher; deve-se no início introduzir consistência pastosa e, gradativamente, aumentar a consistência. Este tópico será avaliado apenas naqueles lactentes que estiverem na alimentação complementar.- Oferecer diferentes alimentos;- Estimular o consumo de frutas, legumes e verduras;-Evitar açúcar, enlatados, frituras, refrigerantes, guloseimas, nos primeiros anos de vida;- Higiene e manejo adequados dos alimentos; <p>O avaliador fará os seguintes questionamentos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. O lactente mama/mamou exclusivamente até os seis meses de vida?2. Se não, quais os motivos para o desmame precoce?3. Quantas refeições o lactente faz por dia?4. Quais os horários das refeições?5. Descreva como é preparada cada refeição (tipos de alimentos, forma de preparo, forma de oferta)6. O lactente consome alimentos industrializados, frituras e doces?7. Se sim, quantas vezes por semana?8. O lactente já apresentou alguma reação alérgica a algum alimento? (leite de vaca, ovo, frutos do mar, corantes). <p>Além do inquérito, o avaliador irá observar o processo de aleitamento materno, quando este estiver presente, atentando-se para os tópicos da pega e posicionamento corretos.</p> <ul style="list-style-type: none">→ Boca bem aberta, lábios voltados para fora;→ Bochechas arredondadas, sem covinhas;→ Ausência de barulho à sucção;→ Porção superior da aréola mais visível que a porção inferior;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> → Queixo do lactente toca a mama; → Língua envolve o mamilo; → Barriga do lactente em contato com a barriga da genitora.
Episódios convulsivos	<p>Definição conceitual: Movimento espásticos ocasionados por alteração nervosa que levam à contratura muscular involuntária, às alterações do nível de consciência e às desordens sensoriais (JARVIS, 2012).</p> <p>Definição operacional: O fator estará presente diante a observação ou relato de episódios convulsivos por parte da (o) genitora/cuidador, confirmado por meio do exame eletroencefalograma positivo prévio. A realização deste exame é impossibilitada nesta pesquisa, devido às particularidades médicas do procedimento.</p>
Hipotonia	<p>Definição conceitual: Capacidade reduzida em manter a organização postural e os movimentos contrários à gravidade. Lactentes hipotônicos apresentam dificuldades para controlar movimentos, bem como atraso nas habilidades motoras (PEREDO; HANNIBAL, 2009; CRAPNELL <i>et al</i>, 2013).</p> <p>Definição operacional: O pesquisador irá examinar o lactente em posição supina, inicialmente inspecionando seu comportamento postural. Em seguida o avaliador irá suspender o lactente em decúbito dorsal pelos membros superiores, sustentar o lactente em decúbito ventral, apoiando-o em seu braço dominante e realizar a manobra do “cachecol”. O nível de hipotonia será registrado conforme o número de itens observados. Quanto maior o número de itens identificados, maior o grau de hipotonia do lactente. - não sustentar a cabeça e os membros pendentes durante a suspensão; - observar hiperabdução das coxas; -observar cotovelos do lactente ultrapassando a linha média ao realizar o teste do cachecol;</p>

	<p>- não movimentar os membros ativamente contra a gravidade, seja de forma espontânea ou sob estimulação (REED, 2007).</p>
Prematuridade	<p>Definição conceitual: Condição dada ao recém-nascido que nasceu com menos de 37 semanas de gestação, podendo ser classificada como limítrofe (35-36 semanas), moderada (31-34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas) (SOUZA <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Definição operacional: Será avaliado conforme a idade gestacional registrada no cartão de vacinação da criança ou documento de registro do serviço de saúde.</p>
Mecanismo de sucção insatisfatório	<p>Definição conceitual: Inadequação na harmonia entre ritmo, força e sustentação da sucção (NEIVA <i>et al.</i>, 2003; RAMSAY <i>et al.</i>, 1996).</p> <p>Definição operacional: O fator será avaliado com o auxílio da estimulação da sucção não-nutritiva (SNN), por meio do dedo mínimo enluvado. O observador irá descrever a presença dos reflexos orais, movimentação da língua, movimentação da mandíbula, força e ritmo de sucção, manutenção do ritmo de sucção, manutenção do estado de alerta e a presença de sinais de estresse. A seguir, os parâmetros de referência para cada tópico supracitado baseado no POP – HU UFTM, baseados em Fujinaga <i>et al.</i> (2007), Fujinaga <i>et al.</i> (2013), Fujinaga <i>et al.</i> (2008), Neiva e Leone (2007), Rodrigues (2007).</p> <p>Reflexos orais: - Busca (presente até 2 meses): Presente: após o toque do dedo enluvado nos quatro pontos cardeais na região perioral, paciente procura região estimulada direcionando cabeça e abrindo a boca. Ausente: após o toque do dedo enluvado nos quatro pontos cardeais na região perioral, apresenta ausência de resposta. Reflexos presentes -> pontua 1 Reflexos ausentes -> pontua 0 (quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p>

	<p>- Sucção (presente até 6 meses): Presente: toque em língua e palato, suga prontamente o dedo do avaliador. Ausente: ausência de resposta ao toque em língua e palato Reflexos presentes -> pontua 1 Reflexos ausentes -> pontua 0 (quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p>- Mordida (Presente até X meses): Presente: responde ao estímulo do dedo do avaliador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento de mandíbula, seguido de relaxamento. Presente exacerbado: responde ao estímulo do dedo do avaliador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento de mandíbula Ausente: ausência de resposta</p> <p>Ausente -> pontua 0 Presente exacerbado -> pontua 1 Presente -> pontua 2 (quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p>- GAG: Presente: Responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região médio-posterior da língua. Presente anteriorizado: Responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliado já ao atingir a região anterior da língua. Ausente: Ausência de resposta. Presente -> pontua 2 Presentes anteriorizado -> pontua 1 Ausentes -> pontua 0 (quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p><u>Movimentação da Língua:</u> Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado de língua diante do estímulo intra-oral. Inadequada: movimento póstero-anterior e/ou descoordenado de língua diante do estímulo intraoral. Ausente: ausência de movimentos</p>
--	---

	<p>Ausente -> pontua 0 Inadequada -> pontua 1 Adequada -> pontua 2 (Quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p><u>Movimentação da Mandíbula:</u> Adequada: excursão de mandíbula reduzida, com movimentação rítmica e suave. Inadequada: ampla excursão da mandíbula e/ou com movimentação arritmica e/ou trancamento de mandíbula. Sinais de instabilidade: presença de tremores em mandíbula. Ausente: ausência de movimentação.</p> <p>Ausente -> pontua 0 Sinais de instabilidade -> pontua 1 Inadequada -> pontua 2 Adequada -> pontua 3 (Quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p><u>Força de Sucção:</u> Pressão intraoral adequada: Forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral. Pressão intraoral moderada: Moderada compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com discreta resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral. Pressão intraoral fraca: Fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.</p> <p>Fraca -> pontua 0 Moderada -> pontua 1 Adequada -> pontua 2 (quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p><u>Ritmo da sucção:</u> < 5 s/p (sucções por pausa): Apresenta menos de cinco sucções por pausa respiratória. 5 a 8 s/p (sucções por pausa): Apresenta entre cinco e oito sucções por pausa respiratória. > 8 s/p (sucções por pausa): Apresenta mais que oito sucções por pausa respiratória.</p>
--	---

	<p>< 5s/p -> pontua 0 5-8s/p -> pontua 1 > 8 s/p -> pontua 2 (quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p><u>Manutenção do ritmo de sucção:</u> Rítmico: Mantém o número de sucções por pausa previsto em um mesmo intervalo. Arrítmico: Alterna o número de sucções por pausa entre os intervalos</p> <p>Arrítmico -> pontua 0 Rítmico -> pontua 1 (quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p><u>Sinais de Estresse:</u> Variação de postura: Mudança de postura durante o processo de avaliação da SN. Variação de coloração da pele: Mudança na coloração natural da pele durante ou após avaliação da SN. Batimento de asa nasal: Alargamento e abertura das narinas durante a respiração. Tiragem: Retração e afundamento supraesternal, supraclavicular e intercostal. Apneia: Interrupção da comunicação do ar atmosférico com as vias aéreas e pulmões. Ato de “prender a respiração”. Acúmulo de saliva: Quantidade excessiva de saliva em cavidade oral. Tremores de língua e mandíbula: Contração muscular momentânea e involuntária em língua devido fadiga e movimento involuntário em mandíbula devido instabilidade. Soluço: Súbita e involuntária tomada de ar, causada por uma contração espasmódica do diafragma, acompanhada de um ruído característico provocado pela passagem de ar na glote. Choro: Olhos abrem e fecham contraindo-se, concomitante a abertura de boca e emissão sonora como um sinal de irritabilidade e/ou desconforto.</p> <p>Se presente -> pontua 0 Se ausente -> pontua 1 (quanto maior a pontuação, melhor a sucção)</p> <p><u>Presença do fator:</u></p>
--	---

	Quanto menor o valor obtido, pior será a sucção (presença do fator).
Uso prolongado de sonda enteral	<p>Definição conceitual: Uso de dispositivos de alimentação enteral (sonda nasogástrica ou sonda orogástrica) por um período superior a três semanas, que leva ao prejuízo das habilidades orais motoras e sensitivas (DODRILL <i>et al</i>, 2004).</p> <p>Definição operacional: O fator será avaliado mediante observação de dados em prontuários médicos, nos quais contenham informações sobre o período de uso destes dispositivos.</p>
Idade materna	<p>Definição conceitual: Faixa etária materna, em anos completos.</p> <p>Definição operacional: A informação será obtida por meio do relato verbal da genitora e/ou avaliação do documento oficial de identidade.</p>
Escolaridade materna	<p>Definição conceitual: Refere-se ao período de estudo escolar o qual a genitora realizou.</p> <p>Definição operacional: Será avaliado de acordo com o relato verbal da genitora quanto aos anos completos de estudo, a partir do primeiro ano do ensino fundamental.</p>
Renda familiar	<p>Definição conceitual: Corresponde ao somatório da renda individual de cada morador de um mesmo domicílio que exerça atividade profissional/laboral (elaborado pela autora)</p> <p>Definição operacional: Será obtida por meio do relato do responsável pelo infante, no momento da pesquisa.</p>
INDICADORES CLÍNICOS	
Peso inadequado para a idade	<p>Definição conceitual: Valor do peso, mensurado em gramas/kg, discrepante daquele recomendado para a idade preconizado pela OMS e Ministério da Saúde (Elaborado pela autora; BRASIL, 2012).</p> <p>Definição operacional: O indicador será avaliado mediante a obtenção do peso do lactente, utilizando uma</p>

	<p>balança pediátrica digital devidamente calibrada. A balança apresenta escala de 10g. A criança será colocada sentada ou deitada no centro da balança, com a menor quantidade de vestimentas possível, e será mantida parada até que o valor esteja estabilizado no visor (JARVIS, 2012; WONG, 2012).</p> <p>Será considerado o peso insatisfatório para idade quando escore Z estiver acima de +2 ou abaixo de - 2 (BRASIL, 2012).</p>
Comprimento inadequado para a idade	<p>Definição conceitual: Refere-se à medida discrepante àquela recomendada pelos órgãos de saúde (OMS e MS) para os valores do comprimento relacionado à idade do lactente (Elaborada pela autora; BRASIL, 2012).</p> <p>Definição operacional: Será avaliada colocando-se o infante deitado, sobre uma superfície plana. Será utilizado um antropômetro horizontal de madeira, posicionando a haste fixa sobre a cabeça do lactente, de modo que faça uma leva compressão. A extremidade posterior, haste móvel, ficará em contato com a superfície plantar do infante, de modo que sua perna esteja em total extensão. Será solicitado auxílio do cuidador neste momento (JARVIS, 2012).</p> <p>Será considerada comprimento insatisfatória para idade quando escore Z abaixo de -2 e acima de +2 (BRASIL, 2012).</p>
Índice de Massa Corpórea (IMC) inadequado para a idade	<p>Definição conceitual: Razão entre o peso e o quadrado da altura do lactente incompatível com o recomendado pela OMS e MS (BRASIL, 2012).</p> <p>Definição operacional: Após a identificação do peso e da estatura do infante, será calculado o IMC conforme a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)}/\text{Altura}^2(\text{m})$. O valor será convertido em escore Z. (BRASIL, 2012).</p> <p>O indicador estará presente se os valores encontrados estiverem abaixo de -2 escores Z ou acima de +2 escores Z (BRASIL, 2012).</p>
Atraso nos marcos desenvolvimento	<p>Definição conceitual: comportamentos reduzidos em comparação às atividades intelectuais que deveriam ser realizados de acordo com os marcos do desenvolvimento</p>

	<p>preconizado pelo Ministério da Saúde. Esses marcos incluem memória, comunicação, controle postural e afetividade (BRASIL, 2012).</p> <p>Definição operacional: o indicador será avaliado pelos reflexos e marcos do desenvolvimento, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como a literatura de apoio de Rotta et al. (2004). O indicador estará presente quando 2 ou mais marcos para a faixa etária anterior estiverem ausentes (BRASIL, 2012; ROTTA et al., 2004). (Ver anexo)</p> <p>Um mês: Melhor percepção de um rosto; postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada, reage ao som (movimentos faciais – reflexo);</p> <p>Dois meses: fixação do olhar, sorriso social; segue objetos com o olhar; fica de bruços e ergue cabeça e ombros;</p> <p>Três meses: controle cefálico; junta as mãos em linha média; fixação do olhar; sorriso social; atende a sons e busca por eles; gorjeio (uso de vogais);</p> <p>Quatro meses: preensão voluntária das mãos; rotação cefálica em direção ao uma voz ou objeto sonoro.</p> <p>Cinco meses: Busca ativa de objetos. Leva objetos à boca. Localiza o som. Muda de posição ativamente (rola).</p> <p>Seis meses: senta-se com apoio; muda de decúbito; retira pano do rosto; atende pelo nome; demonstra estranheza aos desconhecidos; uso de vogais e consoantes; produz sons/sílabas sem significados; começa a engatinhar;</p> <p>Sete/Oito meses: Brinca de esconde-achou. Transfere objetos de uma mão para a outra. Duplica sílabas. Senta-se sem apoio</p> <p>Nove meses: senta-se sem apoio; engatinha/arrasta-se; pode andar com apoio; pega objetos em cada mão; troca os objetos de mão; preensão manual de pinça; verbaliza as primeiras palavras (dada, papa, da);</p> <p>Dez/Onze meses: Imita gestos. Faz pinça. Produz “jargão”. Anda com apoio.</p> <p>Doze meses: fica em pé com apoio; inicia marcha sem apoio; produz os primeiros</p>
--	--

	<p>jargões; acuidade visual semelhante ao adulto;</p> <p>Treze/Catorze meses: Mostra o que quer. Coloca blocos na caneca. Fala uma palavra. Anda sem apoio</p> <p>Quinze meses: corre e/ou sobe degraus baixos; uso de utensílios (colher), derramando pouco conteúdo; fala três palavras; anda para trás.</p> <p>Dezesseis/Dezessete meses: Usa colher ou garfo. Constrói torre de 2 cubos. Fala 3 palavras. Anda para trás.</p> <p>Dezoito meses: permanece em pé; sobe pequenos degraus com auxílio; ausência dos reflexos primitivos; constrói uma torre com três cubos; chuta com um pé; serve-se com colher; vocabulário em torno de 10 palavras; constrói frases com duas palavras; inicia controle do esfíncter vesical no período diurno;</p> <p>Dezenove/Vinte e três meses: Tira a roupa. Constrói torre de 3 cubos. Aponta 2 figuras. Chuta a bola.</p> <p>Vinte e quatro meses: Tira a roupa. Constrói torre de 3 cubos. Aponta 2 figuras. Chuta a bola. Veste-se com supervisão. Constrói torres de 6 cubos. Fala frases com 2 palavras. Pula com ambos os pés. Permanece em pé com joelhos aproximados; Sobe e desce escadas sem alternar os pés e com apoio; Chuta bola quando solicitado; Fala seu próprio nome; Nomeia objetos; se reconhece no espelho; Brinca de “faz de conta”; Controle vesical diurno consolidado; Inicia controle vesical noturno.</p>
Engasgo	<p>Definição conceitual: Reflexo protetor desencadeado por obstrução do fluxo aéreo, parcial ou total, decorrente da entrada de um corpo estranho nas vias aéreas inferiores, no qual acontece durante a deglutição (PADOVANI, 2007). O engasgo ocorre quando não há coordenação satisfatória entre o fechamento da traqueia e a passagem do bolo alimentar para o esôfago, permitindo que o alimento tome o caminho errado, podendo levar à cianose e asfixia em casos mais graves (PADOVANI <i>et al</i>, 2007). Para evitar aspiração do alimento, o reflexo da tosse é desencadeado como mecanismo protetor (ARAÚJO <i>et al</i>, 2012).</p>

	<p>A tosse consiste em um mecanismo reflexo ou voluntário de ação protetora contra a entrada de corpos estranhos nas vias aéreas. A tosse involuntária ou reflexa indica possível disfagia orofaríngea (PADOVANI <i>et al</i>, 2007).</p> <p>Definição operacional: O indicador será avaliado por meio do relato verbal da genitora/cuidador e/ou observação do avaliador quanto à presença de engasgos durante a alimentação.</p>
Irritabilidade	<p>Definição conceitual: Refere-se à criança facilmente provocada (JARVIS, 2012), apresentando alteração comportamental caracterizada por hiperatividade, agitação psicomotora e comportamentos bizarros próximo dos horários da alimentação (LEFTON-GREIF <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Definição operacional: O indicador será avaliado por meio da verbalização da genitora/cuidador e/ou observação do avaliador sobre o estado comportamental da criança no domicílio. Estará presente quando o responsável afirmar que a criança apresenta os comportamentos supracitados.</p>
Proteção Ineficaz	<p>Definição conceitual: É a diminuição da capacidade de proteger-se de ameaças internas e externas, como doenças e lesões (HERDMAN e KAMTISURU, 2014).</p> <p>Definição operacional: O fator será avaliado por meio da investigação do pesquisador quanto à manifestação dos sinais clínicos do fenômeno, como Deficiência na imunidade, Infecções oportunistas e Infecções recorrentes. Tais indicadores serão avaliados de forma singular e a presença deles indica a presença do fenômeno.</p> <p>Deficiência na imunidade: o avaliador irá observar exames laboratoriais relacionados às células de defesa. Estará presente quando os valores de neutrófilos estiverem abaixo do padrão utilizado na instituição.</p>

	<p>Infecções oportunistas: o pesquisador irá buscar em registros médicos informações quanto à presença de microrganismos oportunistas, como exame de cultura.</p> <p>Infecções recorrentes: o avaliador irá buscar em registros de saúde e/ou relato do(a) cuidador(a) quanto à ocorrência de infecções de repetição, nos últimos 12 meses.</p>
Vômitos	<p>Definição conceitual: Refere-se à eliminação do conteúdo gástrico devido à contração da musculatura da parede tóraco-abdominal, levando a exteriorização do volume gástrico pela cavidade oral (BECKER, 2010).</p> <p>Definição operacional: Este indicador será avaliado de acordo com o relato verbal da genitora/cuidador ou observação do avaliador diante a presença de episódios de vômitos, recentes, pelo lactente.</p>
Erupção dentária tardia	<p>Definição conceitual: consiste na erupção atrasada da dentição decídua (VITOLLO, 2003).</p> <p>Definição operacional: o avaliador irá inspecionar a cavidade oral do lactente, buscando presença de dentição decídua (de leite) ou indícios de sua erupção, de acordo com sua idade.</p> <p>Por volta dos 06 meses de vida – incisivos centrais; Por volta dos 08 meses de vida – incisivos laterais Por volta dos 14 meses de vida – primeiros molares Por volta dos 18 meses de vida – caninos Por volta dos 24 meses de vida – segundos molares.</p> <p>O indicador estará presente quanto o lactente não apresentar dentição correspondente à sua faixa etária e/ou a faixa etária anterior.</p>
Constipação	<p>Definição conceitual: hábito intestinal com frequência inferior a dois episódios por semana, caracterizado por fezes endurecidas e eliminação dolorosa. (WONG, 2011; PODDAR, 2016)</p>

	<p>Definição operacional: o avaliador questionará ao cuidador quanto aos hábitos intestinais do lactente:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Qual a frequência de evacuações por dia/semana? → Qual a consistência das fezes? → O lactente chora ao evacuar? → Há presença de sangue vivo nas fezes? <p>Para melhor caracterização das fezes, o avaliador mostrará ao cuidador a escala de Bristol (ANEXO B) para que o mesmo identifique qual a opção está de acordo com a realidade do lactente. O comportamento estará presente quando forem identificados os tipos 01 ou 02 da escala, associado ao relato de frequência das eliminações inferior a dois episódios por semana e/ou acompanhado de fezes endurecidas e sinais de dor (choro) ao evacuar.</p>
Diarreia	<p>Definição conceitual: distúrbios gastrointestinais, caracterizados pelo aumento na frequência das evacuações e mudança na consistência das fezes (WONG, 2011). Pode estar associada a agentes infecciosos decorrente do manejo inadequado dos alimentos e higienização precária.</p> <p>Definição operacional: o avaliador questionará ao cuidador quanto aos hábitos intestinais do lactente:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Qual a frequência das evacuações? → Qual a característica das evacuações? <p>O indicador estará presente quando a resposta para tais questionamentos forem presença de fezes aquosas/pastosas. A escala de Bristol (ANEXO B) também será utilizada para melhor caracterização das fezes. Para a classificação de diarreia, serão considerados os tipos 05, 06 e 07, associados à frequência superior a três episódios por dia (PORTO, 2011).</p>
Coloração inadequada de pele e mucosas	<p>Definição conceitual: alteração na coloração de pele e mucosas decorrente de déficits</p>

	<p>nutricionais, como hipovitaminoses (Elaborado pela autora).</p> <p>Definição operacional: por meio do método propedêutico de inspeção, o avaliador irá observar a condição da pele e das mucosas, classificando-as em corada, pálida, icterícia ou cianótica.</p> <p>O indicador estará presente quando for assinalada a opção: pálida, icterícia ou cianótica.</p>
Integridade prejudicada de pele e mucosas	<p>Definição conceitual: danos observados na epiderme e mucosas oral, ocular e nasal oriundos da má nutrição.</p> <p>Definição operacional: por meio da inspeção, o avaliador irá classificar pele e mucosas em: ressecadas, presença de erupções papulares, pelagra, fissuras, lesões e dermatites seborreicas.</p> <p>O indicador estará presente se houver pelo menos uma das condições acima.</p>

ANEXO

Fonte: BRASIL, 2013

Alimentação complementar – Tipos de alimentos e suas porções diárias.

Idade	Textura	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos bem amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

Grupos de alimentos

Cereais, tubérculos	Exemplos: arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa e inhame.
Leguminosas	Exemplos: feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico.
Legumes, verduras e frutas	Exemplos: folhas verdes, laranja, abóbora/ jerimum, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga.
Carnes ou ovo	Exemplos: frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras.

Alimentos que podem ser oferecidos à criança como pequenas refeições

Ao completar 6 meses até 12 meses	Frutas (ex.: banana, manga, abacate, caju, maçã, caqui, mamão, priorizar alimentos regionais)
Ao completar 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas (ex.: banana, manga, abacate, caju, maçã, caqui, mamão, priorizar alimentos regionais) • Cereal ou tubérculo

Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida das crianças amamentadas

Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
Leite Materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Descrição dos grupos de alimentos

Grupo	Importância	Recomendação diária 6 - 12 meses	Recomendação diária 12 - 24 meses	Exemplos da quantidade de cada porção
Cereais, pães e tubérculos	Alimentos ricos em carboidratos devem aparecer em quantidades maiores nas refeições, principalmente nas papas, pois aumentam a densidade energética, além de fornecer proteínas.	Três porções	Cinco porções	Arroz (60g) – 2 colheres das de sopa Mandioca (70g) – 1 colher das de servir Batata (100g) – 1 unidade média Macarrão (50g) – 2 colheres das de sopa Amido de milho/ farinhas (20g) – 1 colher das de sopa de amido de milho Pão francês (25g) – ½ unidade Pão de forma (25g) – 1 fatia

Descrição dos grupos de alimentos - continuação

Grupo	Importância	Recomendação diária 6 - 12 meses	Recomendação diária 12 - 24 meses	Exemplos da quantidade de cada porção
Verduras e legumes	Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras. Devem ser variados, pois existem diferentes fontes de vitaminas nesse mesmo grupo. Os alimentos de coloração alaranjada são fonte de beta-caroteno (pró-vitamina A). As folhas verde-escuras possuem, além de beta-caroteno, ferro não heme, que é mais absorvido quando oferecido junto com alimentos fonte de vitamina C.	Três porções	Três porções	Legumes (20g) – 1 colher das de sopa do alimento picado Verduras (30g) – 2 folhas médias ou 4 pequenas Exemplos: Cenoura – 4 fatias Couve picada – 1 colher das de sopa Abobrinha picada – 1½ colher das de sopa Brócolis picado – 1½ colher das de sopa Chuchu picado – 1½ colher das de sopa
Frutas	Alimentos ricos em vitaminas, minerais e fibras. São, também, importante fonte de energia. Após completar 6 meses a criança deve receber 2 frutas por dia, e nenhuma fruta é contraindicada.	Três porções	Quatro porções	60 a 80 gramas (1/2 unidade média) Exemplos: Banana nanica – ½ unidade Maçã – ½ unidade Laranja – 1 unidade Mamão papaia – 1/3 unidade Abacaxi – ½ fatia

Descrição dos grupos de alimentos - continuação

Grupo	Importância	Recomendação diária 6 - 12 meses	Recomendação diária 12 - 24 meses	Exemplos da quantidade de cada porção
Leites e produtos lácteos	Para crianças menores de 2 anos, o leite materno pode ser o único alimento desse grupo. Para crianças maiores de quatro meses totalmente desmamadas, se recomenda a oferta de leite de vaca (ou outro) na forma pura ou adicionado de fruta. Esse grupo é básico para crianças menores de 1 ano e complementar para crianças maiores de 1 ano. Fornece cálcio e proteína. O cálcio é fundamental para o desenvolvimento ósseo da criança.	Três porções	Três porções	Leite materno: LIVRE DEMANDA Leite artificial – 150 ml (1 copo americano) logurte natural ou coalhada caseira (150g) – 1 pote Queijo (30g) – 1 fatia fina

Descrição dos grupos de alimentos - continuação

Grupo	Importância	Recomendação diária 6 - 12 meses	Recomendação diária 12 - 24 meses	Exemplos da quantidade de cada porção
Carnes, miúdos e ovos	Esse grupo é fonte de proteína de origem animal (carne e ovos). As carnes possuem ferro de alta biodisponibilidade e, portanto, previnem a anemia. A oferta desses alimentos deve fazer parte da papa oferecida para a criança. As carnes são oferecidas trituradas, desfiadas ou cortadas em pedaços pequenos. Os miúdos contêm grande quantidade de ferro e devem ser recomendados para consumo no mínimo 1 vez por semana. Não existem restrições para carnes e ovos a partir dos 6 meses de idade.	Duas porções	Duas porções	Carnes (frango, gado, peixe, porco, etc) e miúdos (50g) – 2 colheres das de sopa Ovo (50g) – 1 unidade
Leguminosas	Esses alimentos são fonte de proteína, além de oferecerem quantidades importantes de ferro não heme e de carboidratos. Quando combinados com o cereal, como, por exemplo, o arroz, e um alimento rico em vitamina C podem ser comparáveis ao valor protéico das carnes.	Duas porções	Duas porções	Grãos cozidos – 1 colher das de sopa

Descrição dos grupos de alimentos - continuação

Grupo	Importância	Recomendação diária 6 - 12 meses	Recomendação diária 12 - 24 meses	Exemplos da quantidade de cada porção
Óleos e gorduras	A gordura está presente naturalmente nas carnes e no preparo das refeições salgadas, devendo ser evitado o excesso e as frituras antes de 2 anos de idade.	Duas porções	Duas porções	Óleo vegetal (5g) – 1 colher das de sobremesa Manteiga (5g) – 1 colher das de chá
Açúcares e doces	Antes de dois anos de vida não é recomendado o oferecimento de açúcar, pois a criança está formando seus hábitos alimentares, que perpetuarão para a vida toda. Sabe-se que os alimentos oferecidos nos primeiros ano de vida com frequência passam a fazer parte do hábito alimentar.	Nenhuma	Nenhuma	

ANEXO B Fonte: Martinez e Azevedo (2012)

Tipo 01		Pedaços separados, duros como amendoim	As fezes do tipo 01 e 02 são comuns em indivíduos com tendência a CONSTIPAÇÃO = FEZES ENDURECIDAS, TRÂNSITO INTESTINAL LENTO
Tipo 02		Forma de salsicha, mas segmentada	
Tipo 03		Forma de salsicha, mas com fendas na superfície	As fezes do tipo 03 e 04 são comuns em indivíduos com TRÂNSITO INTESTINAL REGULAR= FEZES BRANDAS, IDEAL
Tipo 04		Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole	
Tipo 05		Pedaços moles, mas contornos nítidos	As fezes do tipo 05, 06 e 07 são comuns em indivíduos com TRÂNSITO RÁPIDO OU DIARRÉIA = FEZES PASTOSAS OU LÍQUIDAS
Tipo 06		Pedaços aerados, contornos esgarçados	
Tipo 07		Aquosa, sem peças sólidas	

