



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

CAMILA MACIEL DINIZ

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

FORTALEZA

2017

CAMILA MACIEL DINIZ

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

Dissertação apresentada do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

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

Co-orientadores: Prof^a. Dr^a. Viviane Martins da Silva e Prof^a Dr^a Luciana Pedrosa Leal

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

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

D61v Diniz, Camila Maciel.
Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Padrão ineficaz de alimentação do lactente / Camila Maciel Diniz. – 2017.
174 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.

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

Coorientação: Profa. Dra. Viviane Martins da Silva e Prof. Dra. Luciana Pedrosa Leal.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Estudos de validação. 3. Alimentação infantil. I. Título.

CDD 610.73

CAMILA MACIEL DINIZ

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

Dissertação apresentada do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

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

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

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

Prof. Dra. Vanessa Emille C. Sousa Freire
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

A Deus, sempre.

Aos meus anjos, aqui e no céu.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a 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 ela, dedico todas as minhas conquistas.

Ao meu irmão, Luccas, 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 de mais uma conquista, por me ajudar, aconselhar e estimular o melhor de mim.

A todos os meus familiares que, de algum modo, torcem por mim.

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

Aos amigos, Fernandinho, Arianne, Fernanda e Larissa por todo apoio e torcida de sempre.

Às queridas amigas, Laís, Lia, Bruna, Thais, Ingrid, Nina, Julia, Adriana, Paula, Lívia, Rebeca, Luciana pelo incentivo e carinho de sempre.

Às queridas Tia Bia, Tia Glaucia e Tia Alzenir por todo esmero e estímulo.

Às queridas amigas do grupo de pesquisa e da vida, Angélica, Marília, Larissa Castelo, Natália, Larissa Lemos, por acompanharem de perto a realização deste trabalho, por toda ajuda e encorajamento.

Às amigas de faculdade e da vida, Sâmia, Sofia, Michelle, Isadora, Aline, Mecinha, Bárbara, Alana, por todo incentivo de sempre.

A todos os integrantes do grupo Gedire, pelo apoio e torcida.

À turma de Mestrado, pelo estímulo mútuo, pelos sonhos e realizações compartilhados.

Aos meus pequenos, Jolie, Fluffy, Pipoca, Amora e Messi, pelos momentos de descontração durante as horas de estudo.

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

A todos os participantes deste trabalho, pela disponibilidade e dedicação.

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

“All our dreams can come true, if we have the courage to pursue them.” W. Disney.

RESUMO

A prática de enfermagem vem ganhando subsídios para seu aprimoramento e uma das ferramentas utilizadas para isso é a realização de estudos de validação diagnóstica, sustentados em uma base teórica consistente. Assim, o presente estudo tem como objetivo verificar a validade da estrutura do diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente (PIAL) mediante a realização de duas etapas, a saber: construção de uma teoria de médio alcance (TMA) e análise de conteúdo por juízes. A primeira etapa do estudo, realizada no período de Março de 2016 a Julho de 2017, concretizou-se por meio de uma ampla busca na literatura, com o auxílio dos descritores: *feeding patterns, infant nutrition disorders, deglutition disorders, sucking behavior, infant, feeding behavior, feeding and eating disorders of childhood* e *nutriron disorders* a partir das bases de dados Medline, Lilacs e Scopus. Destaca-se que os estudos elencados a partir dos descritores acima desencadearam novas buscas através de suas referências. Ao final foram selecionados 60 estudos. A TMA permitiu a identificação de 12 fatores etiológicos para a ocorrência de PIAL e 13 indicadores clínicos. Destes resultados, cinco fatores já faziam parte da estrutura trazida na NANDA-I. Todos os indicadores clínicos elencados foram identificados pela TMA. Os achados da primeira etapa foram submetidos à análise de conteúdo por enfermeiros juízes, constituindo a segunda etapa do estudo, realizada entre Agosto e Novembro de 2017. A amostra desta etapa consistiu em 23 juízes. Foi adotado um índice de validade de conteúdo (IVC) de 0,9 para adequação do item avaliado. O teste de Wilcoxon foi utilizado para obtenção destes valores. Dos 12 fatores etiológicos, Deformidade orofaríngea, Padrão inadequado de oferta alimentar, Refluxo gastresofágico, Mecanismos de sucção insatisfatórios, Episódios convulsivos, Uso prolongado de sondas enterais e Prematuridade foram validados pelos juízes. Quanto aos indicadores clínicos, com exceção de Coloração de pele e mucosas prejudicada, todos os outros indicadores tiveram seu conteúdo validado. Para os elementos que não atingiram o IVC esperado, foram realizadas alterações conforme sugeridos pelos juízes. Os achados do presente estudo confirmam a inconsistência estrutural pertinente ao diagnóstico PIAL trazido pela taxonomia NANDA-I, ressaltando a necessidade de validação diagnóstica nas três vertentes – validação teórica, validação de conteúdo e validação clínica. Desse modo, sugere-se que os resultados deste estudo sejam submetidos à validação clínica em população específica.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Estudos de validação. Alimentação infantil.

ABSTRACT

The practice of nursing has been gaining subsidies for its improvement and one of the tools used for this is the performance of diagnostic validation studies, sustained on a consistent theoretical basis. Thus, the present study has as objective to verify the validity of the structure of the nursing diagnosis Ineffective Infant Feeding Pattern (IIFP) by performing two steps, namely: construction of a middle range theory (MRT) and content analysis by judges. The first stage of the study, carried out from March 2016 to July 2017, was carried out through a broad search in the literature, with the aid of the following descriptors: feeding patterns, infant nutrition disorders, deglutition disorders, sucking behavior, infant, feeding behavior, feeding and eating disorders of childhood and nutrition disorders from the Medline, Lilacs and Scopus databases. It is emphasized that the studies listed from the above descriptors triggered new searches through their references. At the end, 60 studies were selected. MRT allowed the identification of 12 etiological factors for the occurrence of IIFP and 13 clinical indicators. Of these results, five factors were already part of the NANDA-I structure. All clinical indicators listed were identified by MRT. The findings of the first stage were submitted to content analysis by nurse judges, constituting the second stage of the study, conducted between August and November 2017. The sample of this stage consisted of 23 judges. A content validity index (CVI) of 0.9 was adopted for adequacy of the evaluated item. The Wilcoxon test was used to obtain these values. Of the 12 etiologic factors, Oropharyngeal deformity, inadequate food supply pattern, Gastroesophageal reflux, Unsatisfactory suction mechanisms, Seizure episodes, Prolonged use of enteral probes and Prematurity were validated by the judges. Regarding clinical indicators, with the exception of impaired skin and mucous coloration, all other indicators had their content validated. For the elements that did not reach the expected CVI, changes were made as suggested by the judges. The findings of the present study confirm the structural inconsistency pertinent to the IIFP diagnosis brought by the NANDA-I taxonomy, emphasizing the need for diagnostic validation in the three aspects - theoretical validation, content validation and clinical validation. Thus, it is suggested that the results of this study be submitted to clinical validation in a specific population.

Keywords: Nursign diagnosis. Validation research. Infant feeding.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Pictograma explicativo.....	31
Figura 2. Pictograma da TMA do diagnóstico de enfermagem PIAL.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Processo de seleção dos estudos disponíveis na literatura.	27
Quadro 2. Comportamentos elencados na TMA para PIAL.	29
Quadro 3. Estímulos elencados na TMA para PIAL.	29
Quadro 4. Avaliação dos reflexos orais, da movimentação das estruturas orais e avaliação da sucção.	39
Quadro 5. Avaliação dos sinais de estresses durante o processo alimentar.	40
Quadro 6. Valores de referência para avaliação do peso do lactente.	44
Quadro 7. Valores de referência para a avaliação do IMC do lactente.	45
Quadro 8. Valores de referência para avaliação do comprimento do lactente.	45
Quadro 9. Critérios de avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil.	47
Quadro 10. Critérios de avaliação e definições de Proteção ineficaz.	48
Quadro 11. Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes para o julgamento dos itens.	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009).....	86
Tabela 2. Caracterização do grupo de juízes participantes do processo de validação de conteúdo do diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação do lactente. Fortaleza, 2017.....	91
Tabela 3. Análise de validade de conteúdo das definições apresentadas para o diagnóstico de enfermagem PIAL. Fortaleza, 2017.....	92
Tabela 4. Análise de validade de conteúdo dos Fatores etiológicos para o diagnóstico de enfermagem PIAL. Fortaleza, 2017.....	93
Tabela 5. Análise de validade de conteúdo dos indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem PIAL. Fortaleza, 2017.....	97

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO 1 – TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DO PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE.....	20
1.1	Introdução.....	20
1.2	Objetivo.....	22
1.3	Referencial teórico-metodológico.....	23
1.4	Desenvolvimento de uma teoria de médio alcance.....	26
1.4.1	<i>Definição da Abordagem de Construção da Teoria.....</i>	<i>26</i>
1.4.2	<i>Definição dos Principais Conceitos.....</i>	<i>28</i>
1.4.3	<i>Construção de um Esquema Pictorial.....</i>	<i>30</i>
1.4.4	<i>Construção das Proposições.....</i>	<i>31</i>
1.4.5	<i>Estabelecimento das Relações de Causalidade e Evidência para a Prática.....</i>	<i>32</i>
1.5	Teoria de médio alcance do padrão ineficaz de alimentação do lactente.....	33
1.5.1	<i>Conceitos chave de PIAL.....</i>	<i>33</i>
1.5.2	<i>Proposições.....</i>	<i>51</i>
1.5.3	<i>Esquema Pictorial.....</i>	<i>53</i>
1.5.4	<i>Estabelecimento das Relações de Causalidade e Evidência para a Prática.....</i>	<i>54</i>
1.6	Considerações finais.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68
2	CAPÍTULO 2 – ANÁLISE DE CONTEÚDO DIAGNÓSTICO POR JUÍZES.....	77
2.1	Introdução.....	77
2.2	Referencial teórico-metodológico.....	79
2.3	Objetivo.....	84
2.4	Materiais e métodos.....	85
2.4.1	<i>Tipo do estudo.....</i>	<i>85</i>
2.4.2	<i>Seleção dos juízes.....</i>	<i>85</i>
2.4.3	<i>Coleta de Dados.....</i>	<i>87</i>
2.4.4	<i>Organização e Análise dos Dados.....</i>	<i>89</i>
2.4.5	<i>Aspectos Éticos.....</i>	<i>90</i>
2.5	Resultados.....	91
2.6	Discussão.....	100
2.6.1	<i>O Perfil dos avaliadores de PIAL.....</i>	<i>100</i>

2.6.2	<i>Análise da definição de PIAL</i>	102
2.6.3	<i>Análise dos fatores etiológicos de PIAL</i>	102
2.6.4	<i>Análise dos indicadores clínicos de PIAL</i>	107
2.7	Conclusão	109
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICE A – MATERIAIS UTILIZADOS PARA ETAPA VALIDAÇÃO POR JUÍZES	118
	APÊNDICE B – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DOS ELEMENTOS DO DIAGNÓSTICO PIAL	141
	APÊNDICE C – ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS JUÍZES PARA A DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PIAL	156
	APÊNDICE D – ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS JUÍZES PARA OS FATORES ETIOLÓGICOS DO DIAGNÓSTICO PIAL	157
	APÊNDICE E - ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS JUÍZES PARA OS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO PIAL	161
	ANEXO A	167
	ANEXO B	173

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A realização deste estudo deu-se pelo interesse da pesquisadora com a temática de nutrição na população pediátrica, associada à análise conceitual anterior do diagnóstico de enfermagem da NANDA Internacional (NANDA-I) Padrão ineficaz de alimentação do lactente (PIAL) (HERDMAN; KAMITSURU, 2015), na qual se observou inconsistências em sua estrutura diagnóstica. Além disso, destaca-se a importância dos diagnósticos de enfermagem para a prática de uma assistência de qualidade, auxiliando os profissionais na tomada de decisão e otimizando o plano de cuidado.

A alimentação é fator fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança. Por meio deste processo, pais e cuidadores podem avaliar o estado geral de saúde da criança e seu desenvolvimento neurológico (DELANEY; ARVEDSON, 2008). Entretanto, o padrão alimentar pode ser influenciado negativamente por estímulos internos e ambientais que culminam em prejuízos significativos na saúde da criança. Dentre esses fatores, destacam-se aqueles voltados aos aspectos anatômicos e fisiológicos do ato alimentar, como a deformidade oral e o déficit da deglutição. Porém, o comportamento alimentar envolve todo o contexto no qual a criança está inserida, como o social, cultural, econômico, intelectual e emocional, os quais influenciam direta ou indiretamente nas suas condutas alimentares.

Neste âmbito, 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 et al., 2008; CORRÊA et al., 2009; SALDIVA et al., 2014; WEN et al., 2014). Além disso, é preciso considerar que o cenário nutricional das crianças brasileiras está em transição, no qual os quadros de desnutrição dão espaço para o excesso de peso no público infantil (BRASIL, 2013). O aumento do poder aquisitivo do brasileiro mediante os auxílios sociais, da escolaridade materna e a melhoria no acesso aos alimentos também contribuíram para o declínio significativo das taxas de desnutrição infantil (BRASIL, 2013). No entanto, os índices de sobrepeso e obesidade vêm se alarmando como um problema de saúde pública da atualidade, haja vista o aumento no consumo de alimentos industrializados e ricos em gordura e carboidratos com baixo valor nutricional, configurando um comportamento alimentar incoerente à saúde (BRASIL, 2015a).

O enfermeiro desempenha função fundamental no estabelecimento de condutas alimentares adequadas na primeira infância, tendo em vista que é o profissional da saúde que mantém maior contato direto com os clientes. Dentro dessa classificação se destaca a população elencada para o presente estudo, o lactente, que corresponde às crianças de 29 dias

a 24 meses de vida (BRASIL, 2002). As orientações do enfermeiro podem ser baseadas em taxonomias de enfermagem, as quais fornecem subsídios para uma prática direcionada aos problemas identificados. Algumas taxonomias utilizadas abordam diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®, a Classificação de Intervenções de Enfermagem – NIC, e a Classificação de Resultados de Enfermagem – NOC. No Brasil, para inferência diagnóstica, uma taxonomia bastante utilizada é a da NANDA Internacional (NANDA-I). Ela permite uma linguagem padronizada, auxiliando na comunicação entre os profissionais de enfermagem. No entanto, estudos de validação clínica têm evidenciado inconsistências estruturais em alguns diagnósticos desta taxonomia. Por exemplo, Teixeira et al (2016) validaram clinicamente a estrutura diagnóstica Nutrição desequilibrada: maior que as necessidades corporais na população pediátrica. Adicionalmente, Montoril et al. (2016) estudaram o diagnóstico Memória prejudicada em idosos, enquanto Pascoal et al. (2015) avaliaram diagnósticos respiratórios em crianças hospitalizadas. Assim, revisões dos componentes diagnósticos devem ser realizadas, em particular para diagnósticos recentemente incluídos na taxonomia ou que ainda estejam classificados num nível de evidência baixo.

Neste contexto em específico, dentro do domínio Nutrição, destaca-se o diagnóstico PIAL, o qual foi incluído em 1992 na taxonomia da NANDA-I e revisado posteriormente em 2006, estando classificado no nível de evidência 2.1. Este nível representa o nível inicial de um diagnóstico aprovado para compor a classificação devendo ser submetido a revisões teóricas, de conteúdo e clínica para confirmar sua validade. O diagnóstico PIAL é 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, 2015).

A partir de sua definição, o diagnóstico mencionado parece se restringir a problemas no mecanismo de deglutição e sucção, 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 apresentam-se as características definidoras (CD) trazidas na NANDA-I, a saber: incapacidade de iniciar uma sucção eficaz, incapacidade de sustentar uma sucção eficaz, e incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração. Os fatores relacionados ao diagnóstico também se apresentam 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, 2015).

Desse modo, surgiu a necessidade de uma revisão ampla que permita uma estrutura condizente com seu título, e ao mesmo tempo, minimize a interposição com outras etiquetas diagnósticas já existentes, como o diagnóstico de Deglutição Prejudicada e o de Amamentação Ineficaz, os quais trazem elementos similares aos componentes de PIAL, podendo, dessa forma, causar dúvidas ao enfermeiro durante a inferência diagnóstica.

A literatura aborda o padrão alimentar ineficaz não como um diagnóstico de enfermagem em si, mas como uma situação de saúde presente, principalmente, na atenção básica. Tal padrão é caracterizado pelo comportamento alimentar, incluindo quantidade e qualidade dos alimentos e suas variações dentro do contexto brasileiro. Esse cenário vem modificando-se nas últimas décadas, no qual há predominância do consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sódio com baixo teor de nutricional e elevado teor calórico (SOUZA et al., 2013; BRASIL, 2013).

Neste contexto, o presente estudo dispõe-se a validar o diagnóstico PIAL por meio de duas, das três, etapas recomendadas na literatura (LOPES; SILVA, 2016). A primeira consiste em um estudo teórico que tem sido preconizado atualmente como forma de translação do conhecimento clínico, chamada de teoria de médio alcance (TMA). A mesma está descrita no capítulo seguinte. Nela são levantados, na literatura, todos os achados que mantêm relação com a temática de escolha, buscando novos conceitos/termos e definições (FAWCETT, 2005; PICKETT et al., 2014; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

Essas teorias de média abrangência 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). As TMA's 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). Para direcionar a construção da TMA recomenda-se que uma teoria maior seja utilizada. Nesse caso, optou-se por referenciar o Modelo de Adaptação de Callista Roy (MACR) (ROY, 2013). Esta teoria foi escolhida tendo em vista a relação íntima de Roy com a pediatria, público-alvo do presente estudo.

A etapa seguinte do estudo consiste da validação do conteúdo identificado na etapa anterior, por meio de análises feitas por profissionais proficientes na temática em questão. A caracterização destes profissionais necessita de critérios bem estabelecidos, pois os resultados das análises dependem significativamente do nível de conhecimento e habilidade de cada juiz. Neste sentido, literatura ainda não traz um consenso quanto aos aspectos relevantes para um bom perfil diagnosticador, porém autores recomendam a experiência

prática e acadêmica como critérios fundamentais para um nível de expertise satisfatório (BENNER, TANNER E CHESLA, 2009; LOPES, SILVA, ARAÚJO, 2013; LOPES E SILVA, 2016). Além disso, o modo de análise dos dados também se refere a um importante fator para obtenção de resultados fidedignos. Os detalhes desta etapa estarão melhores descritos no capítulo 2 do presente estudo.

Portanto, os estudos com diagnóstico de enfermagem possibilitam ao profissional uma prática clínica cientificamente embasada (TEIXEIRA, 2014). A utilização de etiquetas diagnósticas na prática de enfermagem proporciona uma linguagem unificada, auxilia no raciocínio clínico, na comunicação entre os profissionais e, conseqüentemente, na assistência ao paciente. Estudos com a temática em DE são realizados a fim de contribuir para o desenvolvimento da prática clínica, visto que o conhecimento é elemento fundamental para o processo do cuidar. Diante disto, as produções científicas fornecem subsídios aos profissionais para que estes assistam o paciente com segurança.

Neste contexto, surgiram os seguintes questionamentos, os quais dirigem o desenvolvimento do estudo, a saber: a estrutura de PIAL proposta pela NANDA-I está condizente com os dados presentes na literatura? As características definidoras e os fatores relacionados de PIAL são claros e precisos? Há outros indicadores clínicos e/ou fatores causais no contexto de PIAL? O que a literatura científica descreve como evidências de um padrão alimentar ineficaz no contexto do lactente? Quais os elementos relevantes para o fenômeno?

2 OBJETIVO

- Verificar a validade da estrutura do diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente revisada a partir de uma Teoria de Médio Alcance e da análise de conteúdo.

Capítulo 1

1 CAPÍTULO 1 – TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DO PADRÃO INEFICAZ DE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

1.1 Introdução

Os estudos teóricos vêm ganhando novas metodologias a fim de aperfeiçoar a busca por conhecimento qualificado. Com base nisso, uma abordagem que tem sido preconizada para translação do conhecimento clínico em enfermagem é o desenvolvimento de teorias de médio alcance (TMA). Esta metodologia tem sido proposta para direcionar pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem a fim de revisar seu conteúdo, expandindo seus conceitos e elementos (FAWCETT, 2005; PICKETT et al., 2014; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Essas teorias 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). Além disso, elas 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).

Portanto, a TMA é descrita como um conjunto de conceitos focados a uma realidade limitada da prática, sendo menos abstrata que as grandes teorias, e seu desenvolvimento pode partir de uma teoria maior (FAWCETT, 2005). O Modelo da Adaptação de Callista Roy (MACR) é um dos grandes modelos teóricos da enfermagem aplicável à população pediátrica tendo em vista a formação da autora nesta área e a visível influência de conceitos usualmente utilizados nesta especialidade, tais como estímulos, resposta e comportamentos (ROY, 2013)

Em seu modelo teórico, Roy caracterizou o indivíduo como um ser biopsicossocial que responde aos estímulos internos e externos de modo adaptativo, satisfatório ou não, contando com mecanismos de enfrentamento de diferentes vertentes, como a social, fisiológica, emocional e psicológica (ROY, 2009). O MACR envolve o fator nutricional como um dos componentes essenciais para a formação do indivíduo. Assim, o padrão alimentar na primeira infância é um assunto que se destaca, tendo em vista que uma alimentação adequada irá promover o desenvolvimento físico, cognitivo, neurológico, social e emocional do infante, além do estabelecimento dos hábitos que repercutirão na vida adulta (BRASIL, 2013).

Assim, uma das formas de validar o componente teórico de um diagnóstico de

enfermagem é o desenvolvimento de uma TMA, e esta pode ser derivada de uma grande teoria, o objetivo deste primeiro capítulo é apresentar uma teoria de médio alcance para o diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente (PIAL), partindo de uma revisão da literatura e do Modelo de Adaptação de Callista Roy.

1.2 Objetivo

- Desenvolver uma teoria de médio alcance que defina e explique os elementos e os processos clínicos que levam ao estabelecimento do diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente.

1.3 Referencial teórico-metodológico

O conhecimento de enfermagem, conforme apresentado por Fawcett (2005), é constituído por componentes de diferentes níveis de abstração, os quais compõem o conhecimento de uma disciplina. Dentre estes componentes destacam-se as teorias, as quais derivam de um modelo conceitual e são construídas a fim de refinar os conceitos trazidos pelo modelo. As teorias também apresentam variados níveis de abstração, sendo as grandes teorias de enfermagem mais abstratas e amplas. Assim, uma derivação destas teorias maiores é a teoria de médio alcance (TMA), a qual é composta por um número menor de conceitos mais concretos relacionados à prática e apresenta as relações de causalidade entre tais conceitos, possibilitando o entendimento sobre a forma como ocorrem as mudanças dentro de um fenômeno (FAWCETT, 2005).

Existem três tipos de TMA, a descritiva, a explicativa e a preditiva. A primeira corresponde à teoria mais básica, descrevendo ou classificando um fenômeno e, portanto, pode envolver apenas um conceito. As TMA descritivas apresentam as semelhanças pertinentes ao contexto no qual o fenômeno está inserido. A segunda classificação, TMA explicativa ou explanatória, considera as relações existentes entre vários conceitos, apresentando justificativas e a forma como um conceito está associado a outro. No tocante às TMA preditivas, identificam-se os efeitos de um ou mais conceitos, a fim de descrever o modo como as mudanças podem ocorrer em um fenômeno, indo além das explicações prévias para as relações causais entre os conceitos (FAWCETT, 2005; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). A esta última é designada a construção da TMA do PIAL.

A construção da TMA envolve etapas que serão descritas na próxima sessão, no entanto, vale destacar a sua elaboração a partir de um referencial teórico maior, ou seja, de uma grande teoria de enfermagem, como referido anteriormente. Assim, destaca-se o Modelo de Adaptação de Callista Roy (MAR) como arcabouço para a TMA do PIAL. Desse modo, será apresentado a seguir, de forma sucinta, o modelo teórico MAR, com base no referencial de autoria desta teórica, publicado em 2009.

A teoria de enfermagem proposta por Roy considera o indivíduo como um sistema adaptativo composto por dois subsistemas, o regulador e o cognato, e como todo sistema possui processos internos que agem para manter a harmonia e integridade do ser. O primeiro subsistema volta-se aos aspectos fisiológicos, como processos químicos, neurológicos e endócrinos, permitindo que o corpo lide com as mudanças ambientais. Quanto ao subsistema cognato, refere-se às habilidades cognitivas e emocionais do ser em interação com os

estímulos ambientais. Assim, o indivíduo é definido como um ser biopsicossocial, no qual seus subsistemas se expressam por meio de quatro modos adaptativos que, para indivíduos, são denominados fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência, e para coletividades são utilizados os termos físico e identidade grupal para os dois primeiros elementos, ficando os outros dois com a mesma denominação.

Dentre os quatro modos adaptativos para indivíduos, destaca-se o modo fisiológico que corresponde às necessidades básicas e processos complexos a nível biológico. É o modo no qual o indivíduo irá interagir com o ambiente e responderá aos estímulos com os chamados comportamentos, ou seja, as manifestações das atividades fisiológicas das células, tecidos e órgãos. Ele é composto por nove componentes, sendo quatro processos complexos (sentidos, fluidos, eletrólitos e equilíbrio ácido-base, função neurológica, e função endócrina) e cinco necessidades básicas (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção).

Dentre as necessidades básicas do ser humano, a nutrição envolve a digestão e o metabolismo, focando na ingestão e assimilação dos nutrientes para a manutenção do organismo, sendo fator fundamental para o crescimento e o desenvolvimento humano, desde o período embrionário até o envelhecimento. Com isso, o processo alimentar torna-se quesito importante no plano de cuidado do enfermeiro, principalmente na população pediátrica, haja vista, que por tal ato ocorre manutenção das necessidades metabólicas e aquisição de hábitos alimentares que repercutirão em longo prazo.

O foco para assuntos sobre alimentação infantil tem aumentado, tendo em vista o crescente das taxas de obesidade infantil. Além disso, com o aumento da expectativa de vida, os cuidados com a alimentação desde os primeiros anos de vida devem ser intensificados para que haja um bom estado de saúde a curto e longo prazo.

Embora a nutrição represente uma necessidade básica e se volte para aspectos fisiológicos, a presença de comportamentos ineficazes pode ser influenciada por, como também pode influenciar outras necessidades básicas ou mesmo os processos complexos descritos anteriormente. Por exemplo, alterações na função de papel materno podem interferir no padrão alimentar do infante. Mães com baixa escolaridade tendem a não amamentar seus filhos com o leite materno exclusivamente por não conhecer os benefícios do aleitamento, por apresentar ideias equivocadas a respeito do seu leite (leite fraco, insuficiente), por não ter uma rede de apoio sólida e por introduzir precocemente a alimentação complementar (LI et al., 2008).

Roy traz que os dois subsistemas mencionados não são observados diretamente, o

que se pode observar, na verdade, são os comportamentos que o indivíduo demonstra diante dos estímulos recebidos do meio. Os estímulos elencados são referentes aos fatores clínicos antecedentes que se relacionam às causas do fenômeno. Eles podem ser classificados em focais, contextuais e residuais, dependendo da sua influência sobre o status de saúde. Os estímulos focais configuram aqueles internos ou externos ao indivíduo/grupo que mais o afrontam. O contextual engloba aqueles estímulos que contribuem com os estímulos focais, ou seja, que potencializam os estímulos ligados diretamente ao indivíduo. Os estímulos residuais, por sua vez, caracterizam aqueles fatores que apresentam alguma influência sobre os demais, porém não totalmente claras na situação.

Por outro lado, os fatores decorrentes do diagnóstico referem-se a comportamentos que incluem indicadores que caracterizam um espectro clínico daquele diagnóstico (ROY, 2014). O mecanismo de enfrentamento do indivíduo pode ser classificado em três níveis de adaptação, a saber: integrado, compensatório e comprometido. O primeiro corresponde à satisfação das necessidades humanas, por meio das funções e estruturas do ser. No mecanismo compensatório os subsistemas regulador e cognato trabalham para reequilibrar os processos de vida que foram estimulados por agentes internos ou externos ao ser. E, por fim, o mecanismo comprometido corresponde às respostas insatisfatórias no mecanismo de adaptação, o qual é caracterizado pelos comportamentos elencados nesta TMA e expostos nas sessões seguintes.

Assim, considerando a estrutura e adequação do MACR, em particular os conceitos relacionados ao componente Nutrição, adotou-se este modelo teórico como ponto de partida para a elaboração da TMA para o diagnóstico PIAL.

1.4 Desenvolvimento de uma teoria de médio alcance

O desenho do estudo consta da primeira etapa de desenvolvimento teórico, embasado na construção de uma TMA preditiva. Para tal, utilizou-se o MACR em associação à revisão da literatura com temática que envolve o PIAL. A elaboração desta primeira etapa ocorreu no período de Março de 2016 a Julho de 2017.

A TMA é referida como a união das concepções a cerca de um determinado fenômeno de enfermagem, que inclui os conceitos e as proposições definidas empiricamente, fornecendo subsídios à pesquisa e à prática clínica (SMITH; LIEHR, 2008; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Sua confecção engloba cinco etapas, a saber: definição da abordagem de construção da teoria, definição dos conceitos principais (conceitos-chave), construção de um esquema pictorial, construção das proposições e, por último, o estabelecimento das relações de causalidade e a evidência para a prática (ROY, 2014; LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

A seguir, cada etapa será descrita e contextualizada com o fenômeno de estudo PIAL.

1.4.1 Definição da Abordagem de Construção da Teoria

A obtenção da TMA para determinada realidade de enfermagem conta com o processo de raciocínio clínico que utiliza os elementos envolvidos na manifestação do fenômeno, seus conceitos e suas relações de causalidade. Além de tal processo, a TMA inclui modelos de validação diagnóstica e clínico-epidemiológico para ser fundamentada (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

A construção da Teoria do Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente foi embasada à luz do MACR e por meio de revisão literária, a qual teve como questão norteadora a seguinte indagação: “Quais os elementos e definições que estão associados a um padrão alimentar do lactente?”. A partir dessa pergunta, realizou-se uma busca nas bases de dados Medline, Lilacs e Scopus. Os descritores utilizados para a base Medline, de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH) foram *feeding patterns, infant nutrition disorders, deglutition disorders, sucking behavior, infant, feeding behavior, feeding and eating disorders of childhood* e *nutriron disorders*. Para as demais bases de dados, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: *comportamento materno, comportamento de sucção, transtornos de deglutição, comportamento alimentar, lactente, hábitos alimentares,*

transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos, fenômenos fisiológicos da nutrição do lactente e transtornos de alimentação na infância. Os descritores foram combinados por meio do operador booleano *AND* da seguinte maneira: *feeding patterns AND infant; deglutition disorders AND infant; sucking behavior AND infant; feeding behavior AND infant; nutrition disorders AND infant.*

Os filtros utilizados para refinar a busca foram: estudos disponíveis *full-text* pelo *proxy* da instituição de ensino, publicados no período de 2006 a 2016 e escritos nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram considerados estudos experimentais, de validação e de revisão, sendo excluídos os editoriais e cartas ao leitor. Assim, a escolha dos achados científicos foi feita a partir de uma leitura inicial dos títulos e resumos, excluindo aqueles que não respondiam à questão norteadora. Os resultados quantitativos podem ser visualizados a seguir.

Quadro 1. Processo de seleção dos estudos disponíveis na literatura.

MEDLINE (PUBMED)	SCOPUS	LILACS
Amostra inicial: 2110 ↓	Amostra inicial: 3658 ↓	Amostra inicial: 186 ↓
Leitura de títulos e resumos: 41 ↓	Leitura de títulos e resumos: 43 ↓	Leitura de títulos e resumos: 38 ↓
Leitura na íntegra: 05	Leitura na íntegra: 07	Leitura na íntegra: 13

Vale ressaltar que alguns dos estudos elegidos a partir dos descritores desencadearam novas buscas a partir de suas referências e também foram incluídos na construção teórica. Ademais, buscou-se por referências de documentos oficiais produzidos por órgãos de saúde, assim, somando aos achados anteriores totalizou uma quantia de 60 estudos para a TMA.

A partir da busca na literatura por meio das bases de dados foram encontradas informações pertinentes para o estudo, porém não suficientes para responder aos questionamentos, e por isso, buscou-se literatura de apoio, como os livros técnicos (VITOLLO, 2003; SANTOS; TORAL; CINTRA, 2008; HOCKENBERRY e WILSON, 2011; JARVIS, 2012) para a construção da TMA.

1.4.2 Definição dos Principais Conceitos

A leitura dos materiais selecionados na etapa anterior proporcionou a seleção dos conceitos relacionados à PIAL, no tocante aos estímulos/fatores etiológicos, comportamentos/indicadores clínicos e suas respectivas definições conceituais e operacionais. Os conceitos-chave abordados no estudo foram os elementos do diagnóstico PIAL presente na NANDA-I (características definidoras / fatores relacionados) e aqueles encontrados durante a revisão de literatura (indicadores clínicos / fatores etiológicos), baseados no componente Nutrição pertencente ao Modelo da Adaptação de Callista Roy. Assim sendo, os conceitos foram divididos de acordo com a classificação de Roy em comportamentos e estímulos (Quadros 2 e 3).

Os estímulos foram classificados em focais, contextuais e residuais de acordo com sua atuação no status de saúde do lactente, utilizando a nomenclatura proposta no MACR (Roy, 2009). Os estímulos focais configuram aqueles internos ou externos ao indivíduo que mais o afrontam, podendo também ser considerados como agentes precipitantes dando início a cadeia causal, conforme elencado por Lopes, Silva e Herdman (2015). O estímulo contextual engloba aqueles que potencializam os estímulos ligados diretamente ao indivíduo, sendo também denominados de agentes predisponentes. Os estímulos residuais, por sua vez, caracterizam aqueles fatores que apresentam alguma influência sobre os demais, porém não totalmente claras na situação. Tais estímulos podem ser classificados como reforçadores, ampliando os efeitos dos outros estímulos (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Desse modo, tendo em vista a similaridade destes conceitos, o presente estudo considerou o estímulo focal como agente precipitante, o estímulo contextual como agente predisponente e estímulo residual como agente reforçador.

Os comportamentos, assim denominados por Roy (2009), foram divididos em agudos, crônicos e intermediários. Esta classificação foi acatada diante às características dos indicadores clínicos identificados na literatura, junto ao consenso entre pesquisadora e orientadores. Assim, os comportamentos agudos configuram aqueles sinais e sintomas que representam diretamente a presença de PIAL. Quanto aos classificados como crônicos, correspondem às manifestações tardias de PIAL, porém com estreita relação ao fenômeno. Por fim, os comportamentos intermediários são aqueles sinais e sintomas que, isoladamente, não representam de forma consistente o fenômeno, no entanto, quando associado a outros comportamentos, podem alertar para a ocorrência de PIAL.

Quadro 2. Comportamentos elencados na TMA para PIAL.

COMPORTAMENTOS AGUDOS	COMPORTAMENTOS CRÔNICOS	COMPORTAMENTOS INTERMEDIÁRIOS
Peso inadequado para a idade	Comprimento inadequado para a idade	Vômito
IMC inadequado para a idade	Atraso nos marcos do desenvolvimento	Engasgo
Coloração de pele e mucosas inadequada	Proteção ineficaz	Irritabilidade
	Erupção dentária tardia	Constipação
		Diarreia
		Integridade prejudicada de pele e mucosas

Quadro 3. Estímulos elencados na TMA para PIAL.

ESTÍMULOS FOCAIS	ESTÍMULOS CONTEXTUAIS	ESTÍMULOS RESIDUAIS
Deformidade Orofaríngea*	Episódios convulsivos**	Prematuridade*
Hipersensibilidade oral*	Hipotonia**	
Padrão inadequado de oferta alimentar	Idade materna	
Refluxo Gastresofágico	Escolaridade materna	
	Mecanismos de sucção insatisfatórios***	
	Uso prolongado de sondas enterais	
	Renda familiar	

Legenda: *Elementos pertencentes à NANDA-I; **Elementos pertencentes à NANDA-I, porém adaptados. ***Elemento correspondente às características definidoras trazidas na NANDA-I.

É importante destacar que um elemento trazido na taxonomia base para o presente estudo não foi contemplado na TMA. O fator relacionado Estado de jejum oral prolongado (NPO) não foi retratado nesta teoria, tendo em vista a ausência de conteúdo na literatura que sustentasse sua permanência como um elemento para a ocorrência de PIAL. Adicionalmente, o mesmo refere-se a uma prescrição médica na qual o enfermeiro está limitado a interferir, e parece estar mais voltado a ser uma consequência de outras condições clínicas sendo, desta

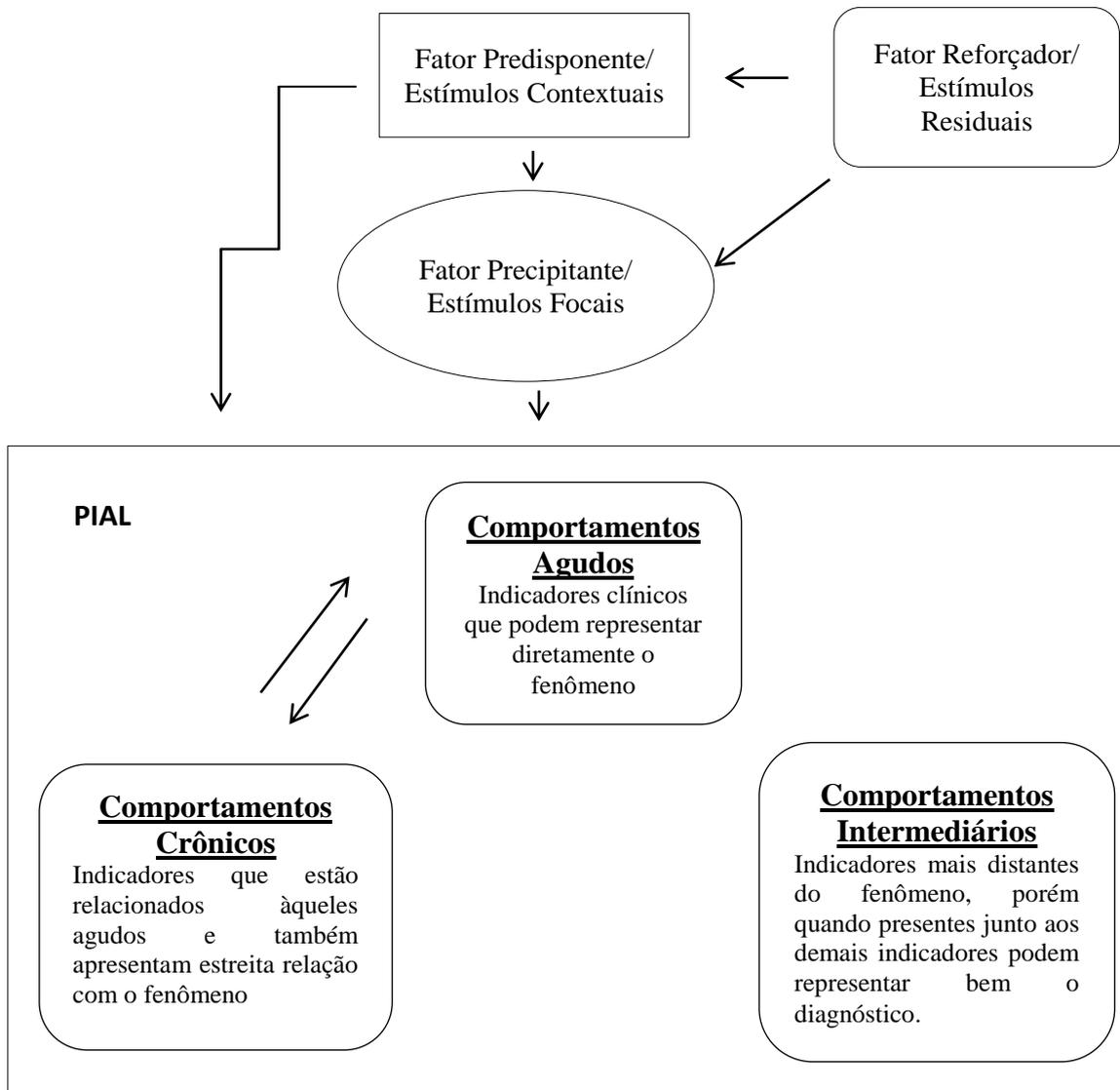
forma, contextualizado em outro estímulo já incluído nesta TMA. Por exemplo, crianças com acometimento cardíaco comumente apresentam quadros dispneicos em decorrência da própria condição clínica. Logo, há uma restrição médica da alimentação por via oral a fim de evitar aspirações, na qual não compete ao enfermeiro interferir neste estado, haja vista que os riscos de aspiração são maiores do que aqueles riscos em desenvolver padrão alimentar insatisfatório devido ao jejum oral prolongado.

1.4.3 Construção de um Esquema Pictorial

No esquema pictorial (Figura 1) é possível visualizar as ligações entre os fatores antecedentes e o fenômeno em estudo, e desse com as respostas produzidas pelo indivíduo. Também é possível estabelecer as interligações entre os elementos de um mesmo conjunto. Nesta etapa, o diagnóstico PIAL apresenta posição central obtida a partir do conjunto dos fatores etiológicos, e resulta no agrupamento dos indicadores clínicos.

Os conceitos identificados na literatura e suas respectivas definições possibilitaram a construção do pictograma de PIAL. Ademais, reuniões entre a pesquisadora e seu orientador junto às co-orientadoras, foram necessárias para a discussão dos achados e, assim, a definição da melhor arquitetura do esquema.

Figura 1. Pictograma explicativo.



Fonte: Elaborado pela autora.

1.4.4 Construção das Proposições

As proposições são instruções que descrevem o relacionamento entre os conceitos dentro de uma teoria, e assim permitem uma grande variedade de hipóteses a serem testadas empiricamente (PICKETT et al., 2014).

Foram construídas doze proposições para os elementos de PIAL encontrados por meio da revisão na TMA. Algumas proposições envolveram mais de um conceito incluído na teoria.

1.4.5 Estabelecimento das Relações de Causalidade e Evidência para a Prática

Na última etapa foram estabelecidas e descritas as relações de causalidade entre os elementos que compunham o diagnóstico de enfermagem PIAL. Para melhor compreensão dessas relações, exemplos foram descritos para cada evento causal.

Segundo Lopes, Silva e Herdman (2015), os modelos causais podem ser classificados em: linear, gatilho, efeito dominó, efeito borboleta, salto de qualidade e causas suficientes. Cada um apresenta características específicas, no entanto, todos permitem evidências clínicas concretas e a ligação entre os achados literários e a realidade clínica (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

A seguir, serão expostos os conceitos identificados na busca literária com suas respectivas definições conceituais e operacionais.

1.5 Teoria de médio alcance do padrão ineficaz de alimentação do lactente

1.5.1 Conceitos chave de PIAL

Os elementos encontrados foram categorizados de acordo com os conceitos principais elegidos para este estudo (estímulos e comportamentos), no tocante ao modelo de Roy. No caso, os conceitos identificados estão relacionados à adaptação ineficaz do indivíduo diante os estímulos focais, contextuais e residuais e suas consequentes respostas adaptativas.

A revisão da literatura identificou 12 estímulos/fatores etiológicos e 13 comportamentos/indicadores clínicos. Desta quantia, apenas cinco fatores já estavam contemplados na taxonomia NANDA-I, enquanto que todos os comportamentos derivaram dos achados na literatura. Os estímulos foram estratificados em focal, contextual e residual, envolvendo os conceitos de agentes precipitantes, predisponentes e reforçadores, respectivamente, definidos na sessão anterior.

O conteúdo exposto a seguir corresponde às definições dos estímulos elegidos durante a busca literária e o estudo dos diagnósticos presentes na NANDA-I. Partindo do conceito trazido nesta taxonomia, PIAL apresenta semelhança a outras etiquetas da taxonomia - Deglutição prejudicada e Amamentação ineficaz, como exposto anteriormente. No entanto, uma ineficácia no padrão alimentar de um lactente vai além dos elementos trazidos no diagnóstico da NANDA-I por envolver práticas alimentares no âmbito social, cultural, familiar, financeiro e comportamental. Diante isso, PIAL torna-se um fenômeno mais amplo do que é preconizado pela NANDA-I. Desse modo, foi construída uma definição para o fenômeno PIAL, envolvendo termos diferentes daqueles contemplados na definição proposta pela NANDA-I. A nova definição estará exposta no final desta sessão.

Estímulos focais para PIAL

a) Deformidade Orofaríngea

Contemplado na taxonomia da NANDA-I como elemento de PIAL, este fator consiste na alteração da estrutura oral, que pode ter origem congênita, em que há alteração da funcionalidade das estruturas, dificultando a formação do bolo alimentar e o processo alimentar em si. Um exemplo para este estímulo é a fissura lábiopalatina (FLP), a qual se trata de uma malformação 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 (MONTAGNOLI et al., 2005; CYMROT et al., 2010;). As más formações orais são classificadas em: fissura pré-forame incisivo, que se caracterizam por atingir apenas os lábios; fissura transforame incisivo, constituem aquela de maior gravidade, pois acomete lábio, arcada dentária e palato; e fissura pós-forame incisivo, caracterizada por acometer úvula, palato mole e/ou palato duro (SPINA et al., 1972; CYMROT et al., 2010).

O fator poderá ser avaliado por meio da inspeção das cavidades orais realizada pelo pesquisador. Esse confirmará a presença do fator quando identificar descontinuidade das estruturas orais, incluindo lábios e/ou palato.

b) Hipersensibilidade Oral

Consiste em outro fator de PIAL presente na NANDA-I, sendo decorrente do mau funcionamento do SNC no controle das sinapses nervosas, onde há uma redução no início das conexões sensitivas gerando uma exacerbação de informações simultâneas. É percebida através do toque digital, com dedo enluvado ou com uso da espátula, na porção anteroposterior da língua e no palato (SILVÉRIO et al., 2005), apresentando reflexo de *gag* exacerbado.

Esse reflexo representa um mecanismo de defesa desencadeado quando o alimento não é seguro para deglutir, impedindo que agentes nocivos cheguem à laringe, faringe e traqueia (ROQUE et al., 2009). O termo *gag* não apresenta tradução para o português, sendo definido como um reflexo de proteção semelhante ao vômito (ânsia de vômito) (ROSSAROLLA et al., 2009; ROQUE et al., 2009). 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 et al., 2004). A sensibilidade exacerbada do reflexo se manifesta quando o alimento ingerido toca qualquer porção da língua e/ou o palato mole, impossibilitando a deglutição. Deste modo, há a exteriorização do alimento da cavidade oral, e o lactente vivencia uma situação semelhante ao engasgo.

O pesquisador poderá identificar tal fenômeno ao tocar, com o dedo enluvado, a porção anteroposterior da língua e/ou no palato, verificar o desencadeamento do reflexo de *gag* (semelhante ao ato de “engulhar”) (SILVÉRIO et al., 2005). Além 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.

c) Padrão inadequado de oferta alimentar

O padrão ineficaz de alimentação do lactente pode estar associado ao consumo de

alimentos não saudáveis nas faixas etárias posteriores. Refere-se ao comportamento equivocado, por parte dos cuidadores, em oferecer alimentos impróprios para o lactente, no que diz respeito à qualidade, quantidade, frequência, consistência e tipo de alimento oferecido, além da relação entre o cuidador, lactente e ambiente durante as refeições.

Esse estímulo pode levar ao PIAL por meio do contexto familiar no qual o lactente está inserido, ressaltando os aspectos socioeconômico, cultural e comportamental da família, caracterizando a parentalidade responsiva na alimentação. Este termo refere-se às condutas dos responsáveis pelo lactente quanto ao processo alimentar (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ; LOTT, 2017). Estas atitudes envolvem ambiente tranquilo e favorável às refeições, comunicação clara e consistente entre lactente e cuidador, oferta de alimentos saudáveis, saborosos e adequados para a idade, respeitando os sinais de fome e saciedade da criança (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ; LOTT, 2017).

Oposta à parentalidade responsiva na alimentação, a alimentação não responsiva é representada pela falta de mutualidade entre o lactente e seu cuidador. Ou seja, o processo alimentar torna-se um momento estressante para a criança e seu responsável, tendo em vista que este adota uma postura controladora e autoritária. Dessa forma, o cuidador suprime os sinais de fome/saciedade da criança, bem como interfere na autonomia e independência do lactente diante às novas habilidades (BLACK; ABOUD, 2011; SILVA; COSTA; GIULIANI, 2016; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ; LOTT, 2017). Tais condutas estão associadas ao desenvolvimento de hábitos alimentares insatisfatórios e ao aumento da obesidade infantil (BIRCH; DOUB, 2014; SILVA; COSTA; GIULIANI, 2016; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ; LOTT, 2017).

Neste sentido, o comportamento familiar frente à alimentação também configura um importante estímulo para a formação dos hábitos alimentares do lactente. Uma família que apresenta costumes saudáveis durante as refeições tende repassá-los aos mais jovens. Portanto, conhecer os aspectos alimentares no contexto familiar é importante para detectar comportamentos de risco para a alimentação do lactente.

Desse modo, a utilização de inquéritos alimentares se faz útil para a identificação do fator (SANTOS; TORAL; CINTRA, 2008). O avaliador poderá questionar, por meio do inquérito alimentar, quanto à quantidade, ao tipo, à qualidade, ao manejo e à oferta dos alimentos e ter como referência os aspectos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) para uma alimentação saudável. Esses aspectos estão citados abaixo:

- Aleitamento exclusivo livre demanda até os seis meses de vida;
- A partir dos seis meses, introdução gradativa dos alimentos complementares;

- Após os seis meses, oferta alimentos complementares três vezes ao dia, se ainda estiver em aleitamento materno;
- Oferta de diferentes alimentos durante o dia, compondo uma alimentação variada e colorida;
- As refeições respeitam os horários da família, levando em consideração intervalos regulares e o apetite do lactente;
- Alimentação complementar inicia-se com texturas pastosas e, gradativamente, aumenta-se a consistência para espessa;
- Alimentação complementar espessa ofertada por colher;
- Oferta de uma dieta diversificada, rica em frutas, verduras e legumes; evitar açúcar, embutidos, frituras, refrigerante; realizar correta higienização e conservação dos alimentos;
- Higienização, manejo e preparo correto dos alimentos.

No tocante à amamentação é necessário avaliar como esse processo ocorre, solicitando que a genitora coloque o lactente à mama. Observa-se se há uma pega correta, atentando para os passos preconizados pelo Ministério da Saúde – boca bem aberta abrangendo mamilo e aréola, queixo tocando o peito da mãe, bochechas arredondadas, língua do lactente envolvendo o mamilo, aréola mais visível acima da boca do bebê e lábios do lactente voltados para fora. Além disso, é importante atentar-se para o posicionamento adequado à mama – rosto do bebê de frente para a mama, corpo do bebê próximo ao da mãe, lactente com cabeça e tronco alinhados, e bebê apoiado confortavelmente – e a relação afetiva entre mãe e filho, tendo em vista que aspectos emocionais influenciam o processo de amamentação (BRASIL, 2015a). Caso este processo já tenha sido cessado antes do seis meses, deve-se questionar os motivos que levaram a tal atitude, investigando o contexto no qual o binômio está inserido. Tais questionamentos podem ser vistos no apêndice B.

Após os seis meses de vida é necessário que haja uma introdução de alimentos complementares à dieta do lactente. Nessa idade os lactentes já possuem maturidade física e neurológica que permitem o consumo de alimentos de diferentes sabores e texturas. No entanto, esse acréscimo deve ser realizado de forma gradual para que a criança se adapte às mudanças. É neste período que há a introdução das “papas de frutas” e “papas salgadas”, assim denominadas para salientar a textura na qual o alimento precisa ser ofertado, evitando-se processá-los em liquidificadores. Desse modo, esta introdução gradual deve ofertar alimentos diversificados, naturais e amassados ou raspados, por meio de colher, para que a criança possa estimular as habilidades orais e conhecer o sabor de cada alimento (Ver

Apêndice B). Além disso, é importante conhecer as formas de preparo e armazenamento dos alimentos manejados para a dieta do lactente, visto que a qualidade é fator considerado na alimentação saudável.

Vale destacar que durante todo esse processo é importante conhecer o grau de instrução dos cuidadores e o contexto cultural e socioeconômico que a família está envolvida, visto que as práticas alimentares sofrem influência desses fatores. Além disso, é importante questionar sobre possíveis intolerâncias e alergias alimentares que os lactentes podem apresentar, haja vista que é necessária uma alimentação diferenciada quando há desequilíbrios como esses.

O avaliador poderá classificar o estímulo como presente ou ausente adotando o valor de zero ou um para cada item. Julgará em zero quando a realidade for destoante daquela preconizada pelo Ministério da Saúde e 1 (um) quando estiver de acordo com o órgão de saúde.

d) Refluxo Gastresofágico

A distensão gástrica favorece a estimulação vagal, a qual irá contrair o esfíncter esofágico, impedindo que o conteúdo alimentar ingerido retorne para o esôfago. O refluxo gastresofágico (RGE) acontece quando há uma falha no fechamento correto deste esfíncter, causando o retorno do conteúdo gástrico para o esôfago, podendo ser chamado de regurgitação infantil (ARAÚJO et al., 2012).

Os sinais que acompanham o RGE, principalmente entre os lactentes, são: irritabilidade após as refeições, pirose, dor retroesternal, vômitos, choro, distúrbios do sono, aspirações, infecções respiratórias recorrentes, aversão alimentar, danos dentários, anemia, déficits nas taxas de crescimento (ARAÚJO et al., 2012). O diagnóstico 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 et al., 2012). Portanto, para o presente estudo, este fator será avaliado quando houver registros médicos com a presença de exames confirmatórios para o diagnóstico de refluxo gastroesofágico.

e) Mecanismos de sucção insatisfatório

O fator corresponde às características trazidas na NANDA-I pertencentes ao PIAL. No entanto, durante a construção da TMA, observou-se que tais características são melhores alocadas como fatores causais do fenômeno. Assim, o estímulo é definido como uma inadequação na harmonia entre ritmo, força e sustentação da sucção (NEIVA et al., 2003;

RAMSAY et al., 1996). Ele será avaliado por meio da sucção não-nutritiva (SNN), utilizando o 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, tais como choro e tiragem (Quadros 4 e 5). Para isto, tomará como referência o Procedimento Operacional Padrão embasado nas referências de Fujinaga et al. (2007), Fujinaga et al. (2008), Fujinaga et al. (2013), Neiva e Leone (2007), Rodrigues (2007) para a avaliação dos mecanismos de sucção no recém-nascido. Os elementos a serem avaliados estão dispostos nos quadros a seguir.

Quadro 4. Avaliação dos reflexos orais, da movimentação das estruturas orais e avaliação da sucção.

Itens avaliados	Presentes (adequado)	Ausentes/Presente Exacerbado (inadequado/insatisfatório)
- Reflexo de Busca (até 02 meses): tocar com o dedo enluvado os quatros pontos cardeais na região perioral.	Procura região estimulada direcionando cabeça e abrindo a boca.	Ausência de resposta.
- Reflexo de Sucção (até os 06 meses): tocar com o dedo mínimo enluvado o palato e a língua do lactente	Suga prontamente o dedo do avaliador	Ausência de movimentos sugatórios
- Reflexo de Mordida (até os 09 meses): dedo mínimo enluvado na cavidade oral do lactente, tocando as gengivas e língua.	Responde ao estímulo do dedo do avaliador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento de mandíbula, seguido de relaxamento.	Ausência de resposta aos estímulos. OU Resposta exacerbada: Responde ao estímulo do dedo do avaliador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento de mandíbula, seguido de relaxamento.
- Reflexo de GAG: toque com o dedo enluvado nas porções antero-posterior da língua e palatos	Responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região médio-posterior da língua.	Ausência de resposta OU Resposta exacerbada: Responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador já ao atingir a região anterior da língua.
-Movimentação da Língua	Movimento ântero-posterior e coordenado de língua diante do estímulo intra-oral	Movimento póstero-anterior e/ou descoordenado de língua diante do estímulo intraoral
-Movimentação da Mandíbula	Excursão de mandíbula reduzida, com movimentação rítmica e suave	Ampla excursão da mandíbula e/ou com movimentação arritmica e/ou trancamento de mandíbula E/OU Presença de tremores em mandíbula OU Ausência de movimentação
- Força de Sucção	Forte/moderada compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.	Fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.
- Ritmo de Sucção	s/p \geq 5 (sucções por pausa): apresenta mais que 5 sucções por pausa respiratória	< 5 s/p (sucções por pausa): apresenta menos de cinco sucções por pausa respiratória.
- Manutenção do ritmo de sucção	Rítmico: mantém o número de sucções por pausa previsto em um mesmo intervalo.	Arrítmico: alterna o número de sucções por pausa entre os intervalos

Fonte: Fujinaga et al. (2007), Fujinaga et al. (2008), Fujinaga et al. (2013), Neiva e Leone (2007), Rodrigues (2007). Adaptado.

Quadro 5. Avaliação dos sinais de estresses durante o processo alimentar.

Tipo de Estresse	Descrição
Variação de postura	Mudança de postura durante o processo de avaliação
Variação de coloração da pele	Mudança na coloração natural da pele durante ou após avaliação
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

Fonte: Fujinaga et al. (2007), Fujinaga et al. (2008), Fujinaga et al. (2013), Neiva e Leone (2007), Rodrigues (2007). Adaptado.

Estímulos Contextuais para PIAL

Alguns elementos presentes no diagnóstico PIAL são considerados termos genéricos, o que pode dificultar no momento de sua definição conceitual e operacional. Exemplos desses termos são os agentes etiológicos Prejuízo Neurológico e Retardo Neurológico, os quais englobam condições clínicas diversas que podem não corresponder à realidade pediátrica. Além disso, são situações focadas nos diagnósticos médicos que desencadeiam condições clínicas pelas quais os enfermeiros podem atuar com maior autonomia. Portanto, tendo em vista a faixa etária abordada para o diagnóstico em estudo e às intervenções de enfermagem, optou-se por restringir estes agentes às condições clínicas: episódios convulsivos e hipotonia relacionada aos danos neurológicos. Além desses, outros agentes podem ser elementos contextuais a presença do fenômeno, a saber; idade materna, escolaridade materna, uso prolongado de sondas enterais e renda familiar.

f) Episódios convulsivos

Os episódios convulsivos correspondem aos movimentos espásticos ocasionados por alterações nervosas que levam à contração muscular involuntária e às desordens sensoriais (JARVIS, 2012). Essas condições são diagnosticadas essencialmente pela história clínica do paciente, utilizando o eletroencefalograma (EEG) como ferramenta complementar a esse diagnóstico (WINCKLER et al., 2010).

O pesquisador avaliará esse fator por meio de observação ou relato do(a) cuidador(a) sobre a ocorrência de episódios convulsivos no lactente, sendo confirmado por exames complementares como o EEG positivo para a presença do diagnóstico médico.

O resultado positivo do EEG sugere desenvolvimento neuropsicomotor insatisfatório, o que pode repercutir nas esferas cerebrais destinadas às funções cognitivas, motoras e sensitivas do indivíduo. Crianças acometidas com convulsões recorrentes apresentaram déficits no campo da linguagem (WINCLER et al., 2010). Esse achado pode ser expandido ao domínio da alimentação, haja vista que os mecanismos presentes na fala são os mesmos utilizados durante o ato alimentar, como a motricidade oral que engloba a sucção, mastigação, deglutição e respiração (SCHIRMER et al., 2004).

g) Hipotonia

A Hipotonia é descrita por Peredo e Hannibal (2009) como uma diminuição da resistência à amplitude do movimento passivo, ou seja, é uma 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 et al., 2013). Ademais, crianças que manifestam hipotonia apresentam disfunção motora oral, imaturidade respiratória (*poor respiratory support*) e refluxo gastroesofágico (PEREDO; HANNIBAL, 2009).

Lactentes hipotônicos podem ser classificados em dois grupos de acordo com o acometimento fisiológico, a saber: hipotônico primário, aqueles com comprometimento das estruturas motoras desde os neurônios motores até o tecido muscular, e o hipotônico secundário, os quais apresentam comprometimento do SNC ou estão associados às síndromes genéticas, como a Síndrome de Down (REED, 2007). Esta última classificação correlaciona-se ao interesse desta pesquisa, pois nele são observados prejuízos nos estímulos de sucção e deglutição, além dos distúrbios metabólicos e convulsões (REED, 2002).

Para o presente estudo adotou-se quatro aspectos a serem avaliados. O pesquisador colocará o lactente na 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, de modo que quanto maior o número de itens identificados, maior o grau de hipotonia do lactente. Os itens são: 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; não movimentar os membros ativamente contra a gravidade, seja de forma espontânea ou sob estimulação (REED, 2007).

h) Idade materna

A faixa etária materna, avaliada em anos completos, apresenta relação com o estabelecimento de o padrão alimentar infantil. Esta associação será mais bem descrita adiante, na sessão sobre as relações causais da TMA de PIAL.

i) Escolaridade Materna

Assim como a idade, o nível intelectual materno irá interferir/contribuir nos hábitos alimentares do infante. Tal relação estará exposta na sessão sobre as relações de causalidade.

Assim como outros fatores, esse será registrado conforme a pontuação referente

ao somatório dos itens. Os itens do Quadro 4 serão avaliados em relação à coluna “Presente (adequado)”, graduando em 0 quando for ausente e 1(hum) quando presente. As descrições dos sinais de estresse do Quadro 5 também serão avaliadas conforme sua ausência ou presença, no entanto receberão pontuação contrária, ou seja, 1 para ausência e 0 para presença, visto que ao final, quanto maior for a pontuação, melhor a capacidade de sucção do lactente.

j) Uso prolongado de sondas enterais

Refere-se ao 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 et al., 2004). Estudos não trazem de forma consistente qual o período específico em que seu uso pode ser relacionado aos prejuízos sensório-motores orais. No entanto, achados evidenciam que crianças submetidas à alimentação enteral, mesmo que de forma complementar, apresentaram alteração na sensibilidade oral (BURKLOW et al., 2002; DODRILL et al., 2004). Recém-nascidos prematuros que foram submetidos à nutrição enteral por período superior a três semanas demonstraram maiores mecanismos de defesa (choro, rotação da cabeça, engasgos e exteriorização do alimento) quando comparado aos recém-nascidos prematuros que utilizaram a sonda por menos de duas semanas (DODRILL et al.2004). Além disso, estes bebês apresentaram menor maturidade dos movimentos mandibulares, perda de alimento semissólido durante a mastigação, tempo de refeição prolongado com consumo insuficiente e protrusão da língua (DODRILL et al., 2004).

O fator será avaliado mediante observação de dados em prontuários médicos, nos quais contenham informações sobre o período de uso destes dispositivos.

k) Renda familiar

Corresponde ao somatório da renda individual de cada morador de um mesmo domicílio que exerça atividade profissional/laboral e/ou receba benefícios como pensão, aposentadoria e benefícios sociais. Essa informação será obtida por meio do relato do responsável pelo lactente, no momento da pesquisa.

Estímulo Residual para PIAL

l) Prematuridade

É entendida como uma condição dada ao recém-nascido 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 et al., 2011).

O avaliador identificará por meio de registros de saúde na caderneta de saúde da criança a idade gestacional de nascimento do lactente.

Comportamentos agudos para PIAL

a) Peso inadequado para a idade

Refere-se ao valor do peso, mensurado em quilogramas, discrepante daquele recomendado para a idade preconizado pela OMS e Ministério da Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL 2015b).

O indicador será avaliado mediante a obtenção do peso do lactente, utilizando uma 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 (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; JARVIS, 2012).

Os dados obtidos serão avaliados utilizando-se o escore Z. Abaixo, tem-se a tabela com os valores de referência para o peso em relação à idade.

Quadro 6. Valores de referência para avaliação do peso do lactente.

Valores escore Z para o peso	Estado nutricional
Escore $z > +2$	Peso elevado para a idade.
Escore $z \geq -2$ e $\leq +2$	Peso adequado para a idade.
Escore $z \geq -3$ e < -2	Peso baixo para a idade
Escore $z < -3$	Peso muito baixo para a idade.

Fonte: BRASIL, 2015.

Será considerado o peso insatisfatório para idade quando escore Z estiver acima de +2 ou abaixo de - 2 e/ou quando os valores do escore Z confeccionarem uma curva horizontal (BRASIL, 2015b).

b) IMC inadequado para a idade

Corresponde à razão entre o peso e o quadrado da altura do lactente incompatível com o recomendado pela OMS e MS (BRASIL, 2012). O indicador será mensurado após a identificação do peso e da estatura do infante, calculando o IMC conforme a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)}/\text{Altura}^2(\text{m})$. O valor será convertido em escore Z. (BRASIL, 2012). Assim, o indicador estará presente se os valores encontrados estiverem abaixo de -2 escores Z ou acima de +2 escores Z (BRASIL, 2012). Os valores de referência estão dispostos na tabela abaixo.

Quadro 7. Valores de referência para a avaliação do IMC do lactente.

Valores Escore Z para IMC	Estado Nutricional
Escore $z > +3$	Obesidade
Escore $z \leq +3$ e $\geq +2$	Sobrepeso
Escore $z > +1$ e $\leq +2$	Risco de sobrepeso
Escore $z \geq -2$ e $\leq +1$	IMC adequado
Escore $z \geq -3$ e < -2	Magreza.
Escore $z < -3$	Magreza acentuada.

Fonte: BRASIL (2015).

Comportamentos crônicos para PIAL

c) Comprimento inadequado para a idade

Refere-se à medida discrepante àquela recomendada pela OMS e MS para os valores do comprimento relacionada à idade do lactente (BRASIL, 2012).

O indicador será avaliado 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 leve 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).

Os dados obtidos serão transformados em escore Z, tendo como referência os valores da tabela abaixo:

Quadro 8. Valores de referência para avaliação do comprimento do lactente.

Valores escore Z para o comprimento	Estado nutricional
Escore $z \geq -2$ e $\leq +2$	Comprimento adequado para a idade
Escore $z \geq -3$ e < -2	Comprimento baixo para a idade.
Escore $z < -3$	Comprimento muito baixo para a idade.

Fonte: BRASIL, 2015.

Será considerado comprimento inadequado para idade quando escore Z abaixo de -2 e acima de +2 (BRASIL, 2015b).

d) Atraso nos marcos do desenvolvimento

Referem-se aos comportamentos reduzidos em comparação às atividades que deveriam ser realizados de acordo com os marcos do desenvolvimento preconizados pelo Ministério da Saúde. Tais marcos incluem memória, comunicação, controle postural e afetividade (BRASIL, 2012).

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). Estará presente quando o lactente não apresentar os comportamentos esperados para a faixa etária anterior a que se encontra (ROTTA et al., 2004; BRASIL, 2012;). Abaixo segue o quadro com os aspectos a serem avaliados (Quadro 6).

Quadro 9. Critérios de avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil.

Idade	Marcos do Desenvolvimento
Um mês	Melhor percepção de um rosto; postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada, reage ao som (movimentos faciais – reflexo);
Dois meses	Fixação do olhar, sorriso social; segue objetos com o olhar; fica de bruços e ergue cabeça e ombros.
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); aquisição de noção de profundidade.
Quatro meses	Preensão voluntária das mãos; rotação cefálica em direção ao uma voz ou objeto sonoro.
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.
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).
Doze meses	Fica em pé com apoio; inicia marcha sem apoio; produz os primeiros jargões; acuidade visual semelhante ao adulto; mostra objetos de interesse; fala pelo menos uma palavra; anda sem apoio.
Quinze meses	Corre e/ou sobe degraus baixos; uso de utensílios (colher), derramando pouco conteúdo; fala três palavras; anda para trás.
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;
Vinte e quatro meses	Permanece em pé com joelhos aproximados; sobe e desce escadas sem alternar os pés e com apoio; chuta bola quando solicitado; constrói torre com seis cubos; fala seu próprio nome; nomeia objetos; se reconhece no espelho; brinca de “faz de conta”; controle vesical diurno consolidado; inicia controle vesical noturno.

Fonte: Brasil (2012); Brasil (2015); ROTTA et al. (2004). Adaptado.

e) Proteção Ineficaz

É o indicador correspondente à diminuição da capacidade de proteger-se de ameaças internas e externas, como doenças e lesões (HERDMAN e KAMTISURU, 2014).

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 (MENDES, 2016). Tais indicadores serão avaliados de forma singular e a presença deles indica a presença do fenômeno. A seguir, o quadro traz os elementos a serem avaliados pelo pesquisador.

Quadro 10. Critérios de avaliação e definições de Proteção ineficaz.

Indicador Clínico	Descrição
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.
Infecções oportunistas	O pesquisador irá buscar em registros médicos informações quanto à presença de microrganismos oportunistas, como exame de cultura.
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.

Fonte: Mendes (2016)

f) Erupção dentária tardia

A erupção dentária tardia pode estar relacionada ao atraso no crescimento do lactente por déficits nutricionais, principalmente no tocante às vitaminas A, D e C, e ao mineral cálcio (MENOLI et al., 2003). Espera-se que os primeiros dentes (incisivos centrais) comecem a surgir por volta dos seis meses de vida. Aos oito meses, surgem os incisivos laterais, seguidos dos primeiros molares por volta dos 14 meses, os caninos aos 18 meses e os segundos molares aos 24 meses (VITOLLO, 2003; BRASIL, 2015b).

Desse modo, o avaliador observará a cavidade oral em busca das primeiras formações dentárias do lactente, de acordo com a idade como referido anteriormente.

Comportamentos intermediários para PIAL

g) Constipação

Consiste na mudança na frequência, consistência e facilidade das evacuações. Geralmente, é caracterizada por fezes endurecidas, eliminação dolorosa e redução da frequência das evacuações (menos que dois episódios por semana) (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; PODDAR, 2016). No contexto do lactente, a constipação está associada ao consumo alimentar inadequado, como desmame precoce, introdução incorreta de alimentos e ingesta hídrica insuficiente.

O avaliador investigará os hábitos fecais do lactente, questionando ao cuidador quanto à frequência das trocas de fraldas, consistência das fezes e sinais de dor do lactente ao defecar. 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.

h) Diarreia

Refere-se a distúrbios gastrointestinais, caracterizados pelo aumento na frequência das evacuações e mudança na consistência das fezes (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Pode estar associada a agentes infecciosos decorrente do manejo inadequado dos alimentos e higienização precária.

O avaliador poderá obter esses dados diante o relato do cuidador do lactente quanto à presença de fezes aquosas com frequência superior a três episódios por dia (PORTO, 2011). 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.

i) Engasgo

É fator de estresse e mecanismo de defesa fisiológico quando não há a deglutição de forma correta. A deglutição é composta por três fases: oral, orofaríngea e esofágica. Os mecanismos sensorio-motores presentes no processo são responsáveis por estreitar a passagem orofaríngea, impossibilitando a entrada de alimentos na faringe (ARAÚJO et al., 2012).

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 et al., 2007). Para evitar aspiração do alimento, o reflexo da tosse é desencadeado como mecanismo protetor (ARAÚJO et al., 2012).

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 et al., 2007). É considerada um bom indicador para aspiração alimentar em lactentes, no entanto, para os infantes mais jovens o melhor marcador para uma deglutição ineficaz torna-se a queda na saturação, haja vista que a aspiração nesses jovens pode ser discreta e silenciosa (BARBOSA et al., 2014).

Desse modo, 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.

j) Irritabilidade

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 et al., 2014).

A irritabilidade é manifestada pela alteração comportamental do lactente, como a hiperatividade e o choro, está associada aos problemas alimentares relacionados anteriormente, como a disfagia e o refluxo gastroesofágico (ARAÚJO et al., 2012; LEFTON-GREIF et al., 2014). Além disso, essa irritabilidade também pode ser observada em infantes mal alimentados, tendo em vista que uma alimentação subótima pode levar à redução de neurotransmissores do bem-estar no SNC, culminando em comportamento irritadiço e estressante do lactente.

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.

k) Vômito

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). Desse modo, o 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.

l) **Coloração inadequada de pele e mucosas**

Define-se como prejuízo na coloração de pele e mucosas decorrentes de déficits nutricionais. Tal situação é comumente encontrada em quadros de hipovitaminoses, quando há uma deficiência dessas substâncias no organismo. Exemplos podem ser identificados nas hipovitaminoses A, D e hipovitaminoses do complexo B.

As manifestações podem ser avaliadas por meio do exame de inspeção. Através desses pode-se identificar alterações na coloração de pele e mucosas, classificando-as em corada, pálida, ictérica ou cianótica, por exemplo.

m) **Integridade prejudicada de pele e mucosas**

Decorrente, também, de déficits nutricionais, o prejuízo na integridade de pele e mucosas pode indicar inconsistências no padrão alimentar do lactente. Refere-se aos danos observados na epiderme e mucosas oral, ocular e nasal oriundos da má nutrição.

Algumas deficiências nutricionais, como a deficiência de riboflavina (vitamina B2), pode levar a danos como a glossite e irritação na mucosa nasal e ocular. Além disso, podem-se observar dermatites seborreicas, lesões, erupções papulares e pelagra, correspondendo aos prejuízos a nível epidérmico (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

O indicador será avaliado por meio da observação da pele e das mucosas do lactente, buscando identificar possíveis descontinuidades teciduais como lesões epidérmicas, estomatites, fissuras, glossite e ressecamento.

Dado o exposto, pode-se definir PIAL como um conjunto inadequado de práticas alimentares que diverge do recomendado para o lactente, podendo levar a prejuízos à sua saúde.

1.5.2 Proposições

As proposições a seguir foram construídas com base nos conceitos estabelecidos anteriormente, referentes aos estímulos e às respostas adaptativas. Estas proposições servirão como alicerces no estabelecimento das relações de causalidade entre os conceitos na etapa subsequente (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015).

1- O padrão alimentar do lactente envolve a harmonia entre a funcionalidade dos

sistemas orgânicos, o contexto familiar e ambiental, aspectos psicológicos e comportamentais do meio no qual está inserido.

2- A classificação de um padrão alimentar como ineficaz envolve fatores comportamentais familiares equivocados a respeito do ato alimentar, vistos na oferta inadequada de alimentos ao lactente e na amamentação ineficaz.

3- As afecções da cavidade oral (deformidade orofaríngea e hipersensibilidade oral) influenciam diretamente na ocorrência de um padrão alimentar incoerente com as necessidades metabólicas do lactente.

4- Os prejuízos no SNC potencializam outros fatores, como uso prolongado de sondas enterais e mecanismos de sucção insatisfatórios, relacionados ao processo alimentar ineficaz, em particular no prejuízo na deglutição. A hipotonia e os episódios convulsivos são exemplos de prejuízos neurológicos que estão associados ao padrão alimentar ineficaz.

5- A prematuridade está relacionada a outros estímulos potencializadores do padrão ineficaz de alimentação que configuram sinais de imaturidade do lactente, interferindo no processo alimentar, incluindo hipotonia e mecanismos de sucção insatisfatórios.

6- O padrão de oferta alimentar é influenciado por fatores socioeconômicos.

7- Características maternas (idade, escolaridade e renda) influenciam na, podendo levar o lactente a um quadro alimentar ineficaz.

8- Infantes que utilizam sondas enterais por período superiores a três semanas estão mais expostos a manifestar hipersensibilidade oral e atraso no desenvolvimento dos mecanismos de deglutição.

9- As primeiras manifestações de um padrão alimentar ineficaz para as necessidades metabólicas são observadas por meio da relação abaixo dos percentis recomendados para peso *versus* idade.

10- Déficits nutricionais podem ser observados pelos prejuízos na pele e mucosas, como alterações na coloração e integridade desses tecidos.

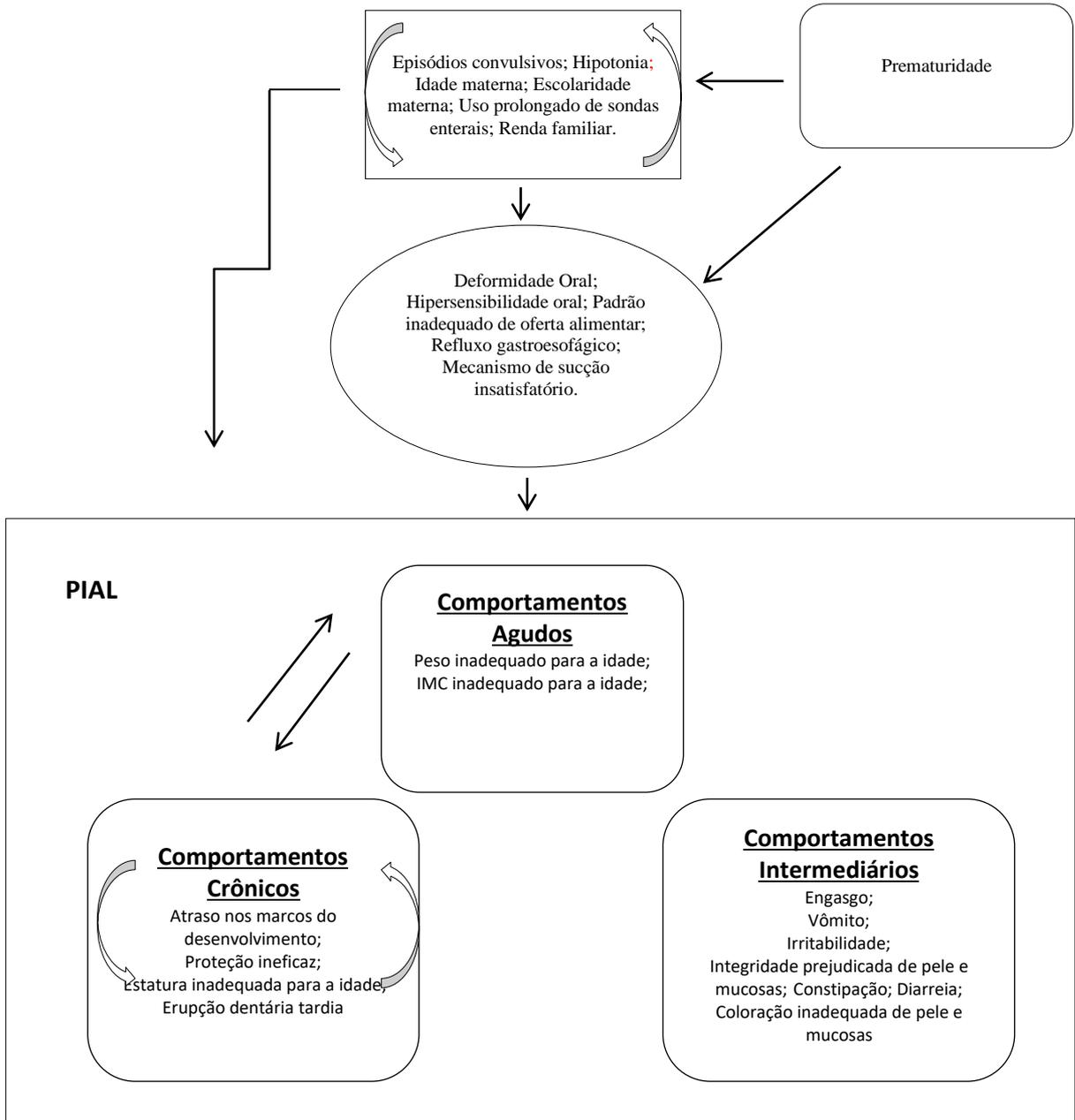
11- A alimentação adequada promove o desenvolvimento satisfatório da criança, tendo em vista que nesta faixa etária há formação da arquitetura cerebral. Logo, quando há comprometimento da oferta nutricional recomendada para o lactente o desenvolvimento do seu SNC torna-se deficiente.

12- Sinais clínicos indicam um processo alimentar insatisfatório, observados pelos engasgos, pela irritabilidade e Proteção ineficaz.

1.5.3 Esquema Pictorial

A seguir, estão dispostos os pictogramas pertencentes à construção da TMA. A figura apresenta o pictograma dos elementos da TMA do diagnóstico PIAL.

Figura 2. Pictograma da TMA do diagnóstico de enfermagem PIAL.



Fonte: Elaborado pela autora.

1.5.4 Estabelecimento das Relações de Causalidade e Evidência para a Prática

A TMA permite a construção de relações causais entre os conceitos elencados através da revisão de literatura, auxiliando no pensamento crítico do profissional de enfermagem para estabelecer inferências diagnósticas coerentes com a realidade (LOPES; SILVA; HERDMAN, 2015). Essas causalidades podem ser visualizadas no pictograma construído na etapa 3 da teoria e descritas a seguir.

Os estímulos focais, aqueles que mantêm relação mais direta ao surgimento do fenômeno, podem influenciar uns aos outros, bem como aos demais estímulos. Esses estímulos focais atuam, também, como fatores precipitantes, haja vista que estão diretamente relacionados ao surgimento do diagnóstico. Exemplo disso pode ser observado em lactentes que possuem algum tipo de Deformidade oral, como fissuras lábio palatinas (FLP), visto que apresentam dificuldade no processo de amamentação. Essa dificuldade pode ser explicada pelo fato de que há uma diminuição da pressão interna da cavidade oral, culminando na incapacidade de sustentar uma sucção eficaz, levando ao Mecanismo de sucção ineficaz e aos prejuízos nas fases da deglutição (SILVA et al., 2005), podendo dar espaço a outro estímulo precipitante, o Padrão inadequado de oferta alimentar, culminando em um processo de amamentação inadequado.

O quadro clínico de lactentes com essa deformidade é caracterizado por engasgos, obstrução de vias aéreas, Mecanismos de sucção insatisfatórios, fadiga, ganho ponderal insatisfatório, e até a desnutrição (MIRANDA, 2014). Além disso, é importante ressaltar que essa população manifesta frequentemente processos respiratórios infecciosos, condições estreitamente relacionadas aos impactos negativos no processo alimentar, intensificando os déficits de crescimento e desenvolvimento desses lactentes (MONTAGNOLI et al., 2005; MARQUES et al., 2009).

Outro fator precipitante observado é a Hipersensibilidade oral, causada por prejuízos no SNC, a qual pode ser identificada pela exacerbação do reflexo de gag e alteração nos mecanismos de sucção. Tal realidade pode levar a um quadro de prejuízo na deglutição, tendo em vista o aumento na sensibilidade oral, prejudicando as fases deste processo. Exemplo disso foi observado no estudo de Silvério et al. (2005), que estudou crianças com mielomeningocele que apresentavam tais estímulos. O estudo evidenciou que 36,7% da amostra tinham inadequação desse reflexo, alertando para a repercussão negativa na sensibilidade intra e extra oral da criança (SILVÉRIO et al., 2005). A sintomatologia da alteração desses mecanismos é observada por meio de náuseas e desconforto alimentar. Além

disso, é comum observar a recusa alimentar por parte dos lactentes durante as refeições, tornando este momento algo desagradável e traumático, o que gera prejuízos nutricionais observados pelos índices ponderais inadequados para a idade. (SILVÉRIO et al., 2005).

Partindo para outro estímulo focal, o Padrão inadequado de oferta alimentar relaciona-se aos fatores predisponentes maternos, os quais atuam como estímulos contextuais – escolaridade, idade e renda – e apresenta estreita relação com o desmame precoce e a introdução antecipada de alimentos complementares, podendo levar ao indicador clínico agudo Peso inadequado para a idade e, em um nível crônico, aos indicadores Comprimento inadequado para a idade e Atraso nos marcos do desenvolvimento.

Tal realidade está associada às mães primíparas, jovens, com menor renda e menor nível escolar (LI et al., 2008; CORRÊA et al., 2009; QUIJADA et al., 2012; BRASIL, 2013; SOUZA et al., 2013; SALDIVA et al., 2014; WEN et al., 2014; PÉREZ-ESCAMILLA, SEGURA-PÉREZ e LOTT, 2017). Mães adolescentes justificam esta interrupção antecipada devido às dificuldades em amamentar, caracterizadas por dores nas mamas, cansaço, constrangimento em amamentar publicamente, além do falso conceito de lactação insuficiente (LIMA et al., 2011). Esta realidade pode estar relacionada à imaturidade/despreparo pertinentes à adolescência, como também a ausência de uma rede de apoio que ofereça suporte para o estabelecimento de uma amamentação eficaz, haja vista que mães com níveis de esclarecimento melhores tendem a amamentar seus filhos por um período maior, além de oferecer alimentos mais saudáveis durante a transição alimentar (CORRÊA et al., 2009; BROILO et al., 2013; SALDIVA et al., 2014; WEN et al., 2014).

Além do aspecto intelectual, o poder aquisitivo também apresenta influência no padrão alimentar infantil. Famílias com uma renda mais baixa tendem a uma alimentação monótona, baseada em arroz, feijão, milho e café, além dos alimentos industrializados de fácil acesso e daqueles ditos não saudáveis, como os ricos em gorduras e açúcares, e limitações no consumo de frutas e verduras (QUIJADA et al., 2012; SOUZA et al., 2013; WEN et al., 2014). Em contrapartida, famílias com poder aquisitivo melhor tendem a procurar alimentos mais saudáveis e diversificados, como frutas e verduras (SOUZA et al., 2013), mesmo que o consumo de alimentos industrializados também seja bastante observado (BRASIL, 2013).

Os fatores maternos supracitados facilitam a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e a introdução antecipada de alimentos inadequados para a faixa etária do lactente (PARADA et al., 2007). Pesquisa trouxe que bebês no primeiro mês de vida já consumiam água e chás e que, aproximadamente, 25% das crianças com idades entre 3 e 6 meses consumiam precocemente papas de frutas e papas salgadas. Além disso, foi encontrado

um alto consumo de café, refrigerantes e bolachas/salgadinhos entre os lactentes com 09 e 12 meses (PARADA et al., 2007). Essa introdução antecipada na dieta da criança aumenta a morbimortalidade infantil, reduz a absorção dos nutrientes e eleva a incidência de alergias alimentares e os quadros de desnutrição (AGOSTONI et al., 2009; ALVES; MENDES, 2013; BRASIL, 2015a). Além disso, o consumo no primeiro ano de vida de alimentos industrializados, ricos em açúcares, gorduras e corantes está associado à obesidade infantil e adulta, podendo levar a quadros de dislipidemia e hipertensão arterial (BRASIL, 2015a).

Ademais, tal realidade está associada à manifestação do indicador clínico agudo Diarreia, haja vista que o lactente não apresenta a maturidade necessária para digerir adequadamente certos alimentos. Ou seja, os primeiros meses de vida do lactente são caracterizados por um sistema digestivo em desenvolvimento, no qual a mucosa intestinal ainda encontra-se permeável às proteínas heterólogas (VITOLLO, 2003). A introdução precoce de amido – anterior aos seis meses de vida – pode provocar distúrbios intestinais como Diarreia, cólicas e má-nutrição, prejudicando as funções intestinais (VITOLLO, 2003). Portanto, a maturação desse sistema é essencial para a ocorrência de digestão, absorção e metabolização adequada dos alimentos, e tal processo ocorre gradativamente durante o crescimento e desenvolvimento infantil (GUERRA et al., 2012; BRASIL, 2015a).

A Constipação reflete outro comportamento agudo relacionado à oferta de alimentos inadequados para o lactente, diante à interrupção precoce do aleitamento materno. A oferta de leite artificial aumentou em pouco mais de quatro vezes a ocorrência de constipação em crianças menores de dois anos, quando comparada à oferta de leite materno (AGUIRRE et al., 2002; VITOLLO, 2003). A mudança na dieta ofertada ao lactente é uma das principais causas para a ocorrência da constipação. Essa nova alimentação poderá gerar uma retenção voluntária das fezes, levando a uma estase fecal prolongada, que por sua vez irá aumentar a reabsorção de líquidos, o que torna as fezes mais endurecidas, gerando dor ao defecar (PODDAR et al., 2016).

A introdução precoce pode ser associada ao desenvolvimento de doenças, como mostrou Quijada e Gutierrez (2012), onde crianças que tiveram a introdução antecipada de alimentos não indicados para a idade na sua rotina alimentar – leite de vaca, por exemplo – não usufruíram de modo satisfatório das quantidades necessárias de micronutrientes, como o ferro. Esta introdução antecipada leva a uma diminuição na oferta e no consumo do leite materno, além de apresentar pequena biodisponibilidade e densidade de ferro (OLIVEIRA; OSORIO, 2005; BRASIL, 2015a), causando prejuízos nutricionais para o bebê, como a anemia ferropriva (CORRÊA et al., 2009).

A anemia é uma das causas mais importantes relacionadas ao déficit cognitivo na infância. A prevalência dessa condição clínica em crianças brasileira é de 20,9%, destacando-se a região Nordeste que apresenta 25,5% das crianças menores de cinco anos anêmicas (BRASIL, 2012). Além disso, a introdução antecipada de alimentos inadequados para a idade pode sobrecarregar o organismo que não está preparado para digerir e absorver os nutrientes expostos. Tal realidade está relacionada, também, à idade materna, onde se observa mães mais jovens concebem filhos com baixo peso, bem como apresentam dificuldades para introduzir uma alimentação adequada (VASCONCELOS et al., 2014)

A prevalência de anemia em lactentes pode ser visualizada nos dados de Sena et al. (2007), nos quais a porcentagem de anemia ferropriva em bebês com idade abaixo dos 24 meses é de 24,1%, enquanto que em crianças entre 24 e 59 meses de vida é de 19,5%. Este dado destaca a imaturidade do organismo em absorver nutrientes. Corroborando com estes dados, Vieira e Ferreira (2010), em sua revisão sistemática da literatura, evidenciaram níveis superiores a 40% para anemia ferropriva em crianças brasileira, destacando a gravidade deste problema de saúde para o crescimento e desenvolvimento infantil.

Além da anemia em decorrência da privação de ferro, a manifestação de um padrão alimentar pode ser observada por sinais oriundos de outras deficiências nutricionais. Exemplo disso é o comprometimento da erupção dos dentes decíduos, ou dentição de leite, e a facilidade para o surgimento de cáries (MENOLI et al. 2003). Um padrão alimentar ineficaz pode prejudicar as fases pré e pós-erupção do desenvolvimento dentário (BATISTA et al., 2007). Assim, o déficit nutricional foi associado ao maior número de lesões por cáries, como visto no estudo de Ribeiro et al. (2014). Tal realidade foi justificada pelos autores tendo em vista a dor resultante das lesões e o conseqüente prejuízo na ingestão de alimentos.

Portanto, a influência desses estímulos sobre o padrão alimentar do lactente torna-se preocupante, pois bebês que tiveram a interrupção da amamentação e a oferta de alimentos complementares antes da faixa etária preconizada podem apresentar menor ingesta e absorção nutricional insatisfatória, levando nutrição menor que as necessidades corporais do infante, ganho ponderal inadequado para a idade, prejuízo na dentição decídua e uma proteção ineficaz da saúde.

Muitos dos estímulos elencados na teoria mantém estreita relação com o fator precipitante Padrão inadequado de oferta alimentar no tocante à ineficácia da amamentação, como já demonstrado nas relações anteriores. A amamentação sofre influência de comportamentos maternos, tais como medo, ansiedade e preocupação, além dos aspectos nutricionais da lactante (DIAZ-ARGUELLES, 2005). Além disso, as afecções envolvendo as

mamas, como mastite e fissura mamilar, prejudicam a apojadura do leite em decorrência da dor (FROTA et al., 2009). Corroborando com o exposto, Li et al (2008) trazem que aquelas mães que não estão confiantes quanto à qualidade nutricional do seu leite tendem a desmamar antes do período preconizado. As crenças quanto à qualidade e à quantidade da produção láctea materna também são descritas como fatores desencadeantes para um processo ineficaz de amamentação. Isto pode estar associado à falta de conhecimento sobre a lactogênese e às dificuldades no ato de amamentar, destacando assim a importância do apoio familiar e dos profissionais da saúde durante o estabelecimento da amamentação, principalmente nas primíparas.

A prática inadequada da amamentação também se apresenta como uma variável relacionada à ingestão de alimentos não saudáveis em longo prazo, pois o tempo de aleitamento materno exclusivo relaciona-se a uma dieta mais saudável após a infância (PERRINE et al., 2014). Lactentes menores de um ano que foram alimentados no seio materno apresentaram menor frequência no consumo de alimentos inadequados quando comparados aos bebês que não foram amamentados (SALDIVA et al., 2014). Com isso percebe-se que a introdução antecipada de alimentos complementares é equivocada, interferindo na carga energética e nutricional ofertada à criança, o que pode resultar em uma nutrição insatisfatória para as necessidades metabólicas da criança.

O estabelecimento de uma amamentação eficaz refletirá na saúde do bebê, tanto a nível nutricional quanto no desenvolvimento das habilidades sensório-motoras orais. Silveira et al. (2013) demonstraram que lactentes em aleitamento materno manifestaram chance três vezes maior de ter sucção adequada em comparação daqueles não amamentados. Outro fator que pode interferir na amamentação é a utilização de bicos artificiais. Parada et al. (2007) demonstraram que o uso destes utensílios leva a prejuízos orais, podendo desencadear Mecanismos de sucção insatisfatórios. Lòpez et al. (2014) e Frota et al. (2009) corroboram com o exposto ao afirmarem que a mamadeira pode prejudicar o processo de sucção do lactente, haja vista que a facilidade é maior ao sugar um bico artificial do que a mama, comprometendo o desenvolvimento oral motor do infante.

Ainda no que diz respeito ao padrão de oferta alimentar inadequado, vale destacar que os aspectos mencionados mantêm relação com a parentalidade responsiva alimentar. Este termo, como destacado na sessão dos conceitos, corresponde ao comportamento de pais/cuidadores e suas crianças no tocante à alimentação, caracterizando-a como um momento de reciprocidade entre os envolvidos (BLACK; ABOUD, 2011; SILVA; COSTA; GIULIANI, 2016; ESCAMILLA; SEGURA-PÉREZ e LOTT, 2017).

Nesta relação, o lactente apresenta sinais de fome/saciedade por meio de movimentos, expressões faciais e verbalizações, enquanto que o cuidador os percebe e os responde prontamente. Isto demonstra à criança que seus sinais foram atendidos, e que uma interação satisfatória entre os dois foi estabelecida. Assim, o processo alimentar é desejável quando o responsável consegue alimentar o lactente de forma bem-sucedida, e este, por sua vez, é capaz de ter autonomia alimentar (SILVA; COSTA; GIULIANI, 2016). Por outro lado, a alimentação não responsiva consiste na falta de interação entre cuidador e lactente. Nesta situação, ora o cuidador apresenta papel dominador e autoritário, ora o lactente assume o controle da situação, ou o responsável ignora a criança (BLACK; ABOUD, 2011; SILVA; COSTA; GIULIANI, 2016).

Dentro deste contexto, estudo com o objetivo de explorar a relação entre o peso das mães e as práticas de alimentação infantil relatadas em questionários sobre os comportamentos alimentares de seus filhos concluiu que aquelas mães com sobrepeso/obesidade utilizam formas alimentares menos saudáveis quando comparadas às mães com IMC saudável. Esta pesquisa evidenciou, ainda, que as genitoras com peso inadequado controlam mais o ato alimentar de seus filhos e estimulam menos o equilíbrio e a variedade diante os alimentos. Além disso, estas mães com IMC acima do desejado têm um ambiente familiar menos saudável no tocante à alimentação (HAYCRAFT; KARASOULI; MEYER, 2017).

Ainda neste tocante, um ensaio clínico randomizado (SAVAGE et al., 2016) comparou o ganho de peso de lactentes em um grupo que recebeu orientações quanto à parentalidade responsiva na alimentação e em um grupo controle, o qual recebeu orientações quanto à prevenção de acidentes domésticos. Os resultados deste estudo evidenciaram que aqueles lactentes filhos de mãe do grupo intervenção sobre parentalidade responsiva apresentaram um padrão de ganho de peso mais lento que aqueles pertencentes ao grupo controle (SAVAGE et al., 2016).

Desse modo, a família tem importante papel no comportamento do lactente diante da comida, reconhecendo os sinais de fome e saciedade da criança, bem como incentivando a autonomia durante o processo alimentar de forma saudável (SILVA; COSTA; GIULIANI, 2016). Para isso, profissionais de saúde podem intervir antecipadamente junto às famílias, orientando-as quanto às condutas alimentares adequadas e promovendo trajetórias de crescimento saudáveis que podem reduzir o risco de sobrepeso/obesidade (SAVAGE et al., 2016).

No que diz respeito ao estímulo Prematuridade, os recém-nascidos pré-termo

(RNPT) podem apresentar um padrão alimentar insatisfatório por estarem em uma condição física na qual não há organização neurológica completa e eficaz, além da imaturidade do sistema digestivo. Além disso, a prematuridade acarreta outras condições clínicas, como déficits motores e atraso neuropsicomotor, que podem comprometer o desenvolvimento das habilidades alimentares na criança, a curto e longo prazo, evidenciando os riscos para o desenvolvimento de alterações globais (BRASIL, 2009; MORAIS, 2016).

Diante o exposto, Crapnell et al. (2013) evidenciaram que um em cada cinco recém-nascidos prematuros extremos está suscetível às complicações na alimentação aos dois anos de vida, o que é o dobro do observado em recém-nascidos a termo saudáveis (CARTER et al., 2003). Assim, corroborando com os autores, Morais (2016) evidencia a importante ocorrência de intolerância alimentar, refluxo gastroesofágico e constipação nesta população.

Essa realidade pode estar associada ao tônus muscular limitado, órgãos imaturos e uma capacidade de reserva energética menor, comumente visto nos RNPT (MONTERO, 2009; YAMAMOTO, 2010). Essas características limitam o processo alimentar, como nos casos em que o tônus muscular insatisfatório leva a uma menor pressão oral durante a sucção, resultando em uma menor extração de leite materno durante a amamentação (MONTERO, 2009; YAMAMOTO, 2010). Dentro desse contexto, a Hipotonia, encontrada em alguns RNPT, relaciona-se à má funcionalidade do processo alimentar, visto que dificulta o desenvolvimento das habilidades motoras atuantes na alimentação comprometendo a transição das fases da alimentação (CRAPNELL et al., 2013). Corroborando com isso, Murray et al (2010) estudaram lactentes com essa condição e apresentaram a relação das respostas neurológicas e o tempo para o estabelecimento da alimentação oral nessa população, o qual apresentou uma necessidade superior a sete dias para que a alimentação oral fosse instalada nos hábitos desses infantes.

Além das condições clínicas anteriormente citadas, intervenções necessárias para dar estabilidade e conforto à saúde do RN podem contribuir para a ocorrência de um padrão ineficaz de alimentação do lactente. Essas intervenções clínicas, em especial o suporte ventilatório e o uso de sonda gástrica, podem ser associadas à alteração da sensibilidade oral, contribuindo negativamente no processo alimentar (DODRILL et al., 2004; BURKLOW et al., 2002). Isto é comum aos recém-nascidos prematuros menores que 34 semanas, pois ao receberem alimentação por meio de dispositivos enterais não realizam a estimulação motora e sensorial das habilidades orais, prejudicando a realização da sucção nutritiva (LAU et al., 2003). O uso prolongado dessas tecnologias tem como principal indicação a instabilidade respiratória do bebê e sua incapacidade neuromuscular para exercer os mecanismos de sucção

e deglutição corretamente. Essa exposição por um período demorado é desfavorável à estimulação de movimentos de sucção do RN, além de promover alteração sensitiva da cavidade oral.

A imaturidade pulmonar é outra condição do RNPT que interfere na alimentação eficaz, visto que a respiração é componente da tríade sucção-deglutição-respiração (SDR) e precisa funcionar harmonicamente para obter êxito no processo alimentar. A displasia broncopulmonar (DBP) é uma condição crônica comum em RNPT que foram submetidos à oxigenoterapia e ventilação mecânica nos primeiros dias de vida, em decorrência da imaturidade pulmonar (MONTE et al., 2005). A doença contribui para um estado nutricional instável, devido às grandes necessidades metabólicas decorrentes do quadro pulmonar debilitado, caracterizado por elevado gasto energético. Além disso, é comum observar um Mecanismo de sucção insatisfatório, identificado por sinais estressores como engasgo, tosse, refluxo, e irritabilidade, que estão relacionados ao esforço respiratório realizado durante o ato alimentar (EVANGELISTA, 2009).

Além da Prematuridade, outras condições estão relacionadas ao prejuízo alimentar, como a distúrbios na deglutição encontrados em lactentes com paralisia cerebral (PC), visto que há comprometimento da funcionalidade dos processos motores e sensitivos. (CALIS et al., 2008; SANTORO et al., 2012; ARAÚJO et al., 2012; ARVEDSON, 2013; DODRILL; GOSA, 2015). As crianças com tal condição clínica necessitam de um tempo maior para completar a refeição, corroborando aos achados de Santoro et al (2012) sobre a presença de problemas alimentares em toda a amostra de lactentes com PC. Desse universo, 50% manifestaram frequência reduzida da deglutição e dois terços apresentaram Mecanismo de sucção insatisfatório. Por fim, nesse estudo, a disfagia foi observada em 92% da amostra estudada corroborando com estudo de Calis et al. (2008) que também evidenciou alta incidência de disfagia em pacientes com PC.

Assim, cuidadores devem estar atentos aos sinais de fadiga e de diminuição da atenção durante o ato alimentar, visto que um tempo maior que 30 minutos para finalizar a refeição pode sinalizar problemas de deglutição/alimentação (ARVEDSON, 2013). Ademais, a atenção dos profissionais de saúde diante pacientes com déficits neurológicos deve voltar-se para o processo alimentar, tendo em vista que a disfagia pode ser responsável pelo déficit no crescimento infantil e pelas infecções respiratórias recorrentes (CALIS et al., 2008).

As condições anteriormente citadas apresentaram como uma de suas características a descoordenação entre SDR, observada no estímulo Mecanismo de sucção insatisfatório. Tal estímulo é caracterizado pela desarmonia entre ritmo, força e sustentação da

sucção durante o ato alimentar (RAMSAY et al., 1996; NEIVA et al., 2003). Essa inabilidade em sugar pode desencadear o interrupção precoce do aleitamento materno (LI et al., 2008), como citado anteriormente.

A coordenação dos mecanismos de sucção depende do controle sensório-motor oral que é gerado por estímulos a nível central, levando ao mecanismo rítmico, assim, tem-se o processo alimentar seguro (BARLOW et al., 2009). A avaliação desse ritmo de sucção consta em uma ferramenta para identificar se o mecanismo está correto durante a alimentação. Ele pode ser avaliado de acordo com os períodos de sucção intercalados com as pausas para respiração, as quais podem indicar comprometimento desta coordenação se tais pausas forem superiores a dois segundos (YAMAMOTO et al., 2010). Além disso, essa coordenação é obtida quando o lactente, ao se alimentar via oral, não apresenta sinais estressores característicos da desordem na SDR, como aspiração, apneia, queda na saturação de oxigênio, bradicardia, além do ritmo incoerente, no qual a respiração não deve prevalecer sobre os demais mecanismos (sucção e deglutição) (BARLOW et al., 2009).

O mecanismo de sucção pode estar comprometido quando há alteração neurológica, reflexos de busca e sucção ausentes ou diminuídos, bem como alteração a nível cardiopulmonar, pois levam a um quadro clínico de instabilidade, acarretando complicações no processo alimentar. A incapacidade de bombeamento cardíaco eficaz desencadeia uma série de respostas no organismo que gera instabilidade sistêmica. A alteração no padrão respiratório é uma consequência desse desequilíbrio que, por sua vez, interfere no processo alimentar (MONTEIRO et al., 2012).

O mecanismo de sucção desta população apresenta descoordenação devido às condições respiratórias presentes tanto no acometimento cardíaco em si, quanto no pulmonar. O lactente com insuficiência cardiorrespiratória não irá coordenar a SDR de modo correto, podendo causar aspiração do alimento (MONTEIRO et al., 2012). A descoordenação da SDR pode ser identificada por um conjunto de sinais estressores, como: tosse, engasgo, acúmulo de líquido na boca, ritmo de sucção lento, fadiga, queda na saturação de oxigênio, cianose e batimento de asa do nariz. Esta descoordenação pode ocorrer devido à necessidade do bebê em realizar intervalos menores de sucção o que diminui o tempo de deglutição (EVANGELISTA, 2009). Os bebês, em geral, deglutem cerca de 60 vezes por minuto, o que leva a 60 apneias durante o processo. Lactentes que apresentam algum acometimento cardiorrespiratório tendem a não suportar essa quantidade de apneias durante a alimentação, ocasionando fadiga e estresse (MONTERO, 2009).

Outra relação foi estabelecida entre dificuldades para alimentar-se e acometimento

respiratório agudo em crianças. Esses infantes manifestaram sinais disfágicos, aumento da frequência cardíaca e fadiga durante as refeições, prejudicando o mecanismo de deglutição (BARBOSA et al., 2014). O estudo traz que conforme há uma descoordenação no mecanismo de sucção há, também, um esforço respiratório aumentado, acarretando em uma maior exigência do mecanismo de deglutição. Com isso, há prejuízo na sequência fisiológica deste processo, o que pode aumentar os riscos de aspiração (BARBOSA et al., 2014).

Além da descoordenação do mecanismo de sucção, a ingesta calórica insuficiente é observada nessas condições clínicas. As taxas metabólicas elevadas decorrentes do aumento da atividade cardíaca e pulmonar (NYDEGGER; BINES, 2006) requerem uma ingestão de nutrientes que supra a perda energética elevada. Os lactentes com tais condições não são capazes de ingerir as calorias necessárias para suas necessidades metabólicas, visto que o processo alimentar é interrompido por tratar-se de um ato estressante para estes bebês, observado pelas alterações nas frequências cardíaca e pulmonar, fadiga, fraqueza, intolerância à atividade e em um quadro de Nutrição desequilibrada para menos que o recomendado (NYDEGGER; BINES, 2006).

Além de aspectos fisiológicos, o estímulo cultural representa um fator potencializador sobre outros estímulos, culminando em um padrão alimentar ineficaz. A interação do lactente com seus cuidadores é de suma importância para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis, os quais são estabelecidos na primeira infância sendo um dos responsáveis pela estruturação do comportamento alimentar no contexto familiar (LIMA et al., 2011).

Por exemplo, uma família que recebeu educação para consumir alimentos nutritivos e saudáveis tende a manter seus hábitos, mesmo que em condições econômicas desfavoráveis. Em contrapartida, destacando a amamentação, é comum encontrarmos casos no qual a mãe interrompe precocemente o aleitamento materno por acreditar em mitos de que sua produção láctea é insuficiente ou que seu leite é fraco para o seu filho. Além disso, as gerações anteriores da família tendem a expor seus conhecimentos empíricos, os quais foram transmitidos através gerações e muitas vezes caracterizam crenças populares específicas de cada região (ingurgitamento mamário devido à eructação do lactente nas mamas).

A confluência de fatores causais descritos leva ao estabelecimento de uma série de comportamentos (sinais e sintomas) que caracterizam o diagnóstico PIAL. Alguns destes comportamentos representam evidências mais diretas do diagnóstico em questão, destacando-se os indicadores antropométricos como peso e IMC inadequados para a idade, alterações na coloração e integridade de pele e mucosas, atraso das erupções dentárias, constipação e

diarreia. Outras manifestações têm como característica um surgimento tardio, apresentando caráter crônico do diagnóstico. Enquanto outras manifestações apresentam-se sutilmente relacionadas a PIAL, de forma que, isoladamente, tais comportamentos não demonstrariam diretamente o fenômeno, porém quando associados a outros comportamentos, caracterizam melhor PIAL.

Iniciando com os comportamentos agudos, temos os dados antropométricos, os quais refletem o padrão de crescimento e desenvolvimento do infante. Estes padrões são estreitamente influenciados por fatores intrínsecos e ambientais, como a alimentação. Portanto, a atenção sobre o estado de nutrição e a avaliação do crescimento culmina na proteção e promoção da saúde infantil, permitindo a identificação precoce de inconsistências na alimentação (desnutrição e obesidade) (ARAÚJO et al.,2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde indicam o uso das curvas de crescimento para crianças menores de cinco anos estabelecidas pela OMS em 2006. Vale ressaltar que a relação estatura versus idade representa o melhor indicador de crescimento da criança (BRASIL, 2012). Além destas curvas, é recomendada a avaliação do índice de massa corpórea (IMC), o qual foi incluído para crianças menores tendo em vista a melhoria na classificação nutricional. O IMC possibilita o reconhecimento daqueles infantes que, em dado momento do passado apresentaram comprometimento da estatura devido à desnutrição, e que posteriormente, podem apresentar excesso de peso e baixa estatura (BRASIL, 2012).

Os valores abaixo ou acima das curvas destinada ao escore Z refletem algum equívoco de crescimento do infante, o qual pode estar relacionado ao padrão alimentar. Por exemplo, valores identificados acima da curva Z para peso *versus* idade pode indicar sobrepeso/obesidade. Wen et al. (2014) demonstraram que crianças que mantinham dieta rica em gordura, açúcar, proteínas e laticínios possuíam índices insatisfatórios no seu crescimento, com menor estatura e maior peso para a idade.

Em contrapartida, atenta-se para um novo cenário nutricional. Uma pesquisa realizada com crianças do semiárido brasileiro estudou a transição do cenário nutricional de subnutrição para obesidade e a relação desta com a amamentação. Os dados evidenciam que crianças que se alimentaram de leite materno por menos de seis meses apresentaram maior risco para desenvolver o sobrepeso, defendendo a hipótese do efeito protetor do leite materno diante o sobrepeso/obesidade nos infantes (ASSUNÇÃO et al., 2015).

Outras manifestações agudas de um padrão alimentar ineficaz são as alterações de pele e mucosas, quanto à coloração e à integridade. A coloração da pele pode ser influenciada

por deficiências nutricionais, por exemplo, dieta desprovida de ferro, pode levar a uma palidez de pele e mucosas devido à diminuição dos glóbulos vermelhos, caracterizando um quadro de anemia (HOCKENBERRY; WILSON, 2011). A escassez de vitamina do complexo B (B₁₂) pode também alterar a coloração da pele para amarelo-limão, enquanto que a deficiência de vitamina C pode levar à coloração vermelho-azulada ou preta das gengivas (HOCKENBERRY; WILSON, 2011). Além disso, o excesso de algum nutriente também pode alterar a coloração de pele e mucosas. Um exemplo é a grande quantidade de vitamina A consumida que pode alterar a cor desses tecidos para amarelada/alaranjada, devido ao excesso de caroteno presente (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A integridade de pele e mucosas também pode sofrer alterações em decorrência de escassez ou excesso de nutrientes. A vitamina A, quando em excesso, causa ressecamento de pele e mucosas, prurido e fissuras na mucosa nasal e oral. A vitamina C deficiente também pode levar à pele seca, enrugada, petéquias e pápulas hiperkeratóticas em torno do folículo piloso. (HOCKENBERRY; WILSON, 2011). Quanto à deficiência de riboflavina (vitamina B₂), pode-se observar queiloses, fissuras nasais, dermatite seborreica e retardo na cicatrização de lesões cutâneas (HOCKENBERRY; WILSON, 2011). A escassez de niacina pode ocasionar pelagra, estomatite e dermatite escamosa, enquanto que seu excesso pode levar a prurido, erupção cutânea e hiperqueratose (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Além dos indicadores agudos citados anteriormente, existem indicadores intermediários que caracterizam o fenômeno cronicamente instalado, como comprimento insatisfatório para a idade, atraso no desenvolvimento e proteção ineficaz.

O índice insatisfatório do comprimento infantil configura um sinal de alerta para as condutas alimentares. Isto porque tal relação foi associada ao menor desempenho escolar nos anos seguintes e queda na produtividade econômica (BRASIL, 2012). Além disso, o crescimento restrito nos dois primeiros anos de vida apresentou maior associação ao desenvolvimento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes (PRENTICE, 2008; BRASIL, 2012).

Os primeiros meses de vida são caracterizados pela arquitetura cerebral, contemplando as habilidades neurocognitivas. Deste modo, a obtenção de um processo alimentar desfavorável leva a prejuízos na formação neurológica do infante, repercutindo negativamente a nível físico, intelectual e social (MONTERO et al., 2009), sendo observável pelo crescimento insatisfatório do perímetro cefálico, déficit no desenvolvimento do córtex cerebral e hipocampo, bem como função cognitiva insatisfatória para os marcos da idade (TROLLI et al., 2012).

O leite materno traz nutrientes essenciais para a formação do sistema nervoso, agindo como fator protetor a diversas condições clínicas, como os episódios convulsivos. Um estudo de coorte mostrou que crianças amamentadas por um período maior manifestaram menor risco para a epilepsia no 1º ano de vida em comparação àquelas que receberam AM por menos de um mês (SUN et al., 2011).

Uma alimentação insatisfatória para as necessidades metabólicas da criança pode repercutir negativamente sobre o seu desenvolvimento cognitivo. Crianças alimentadas com fórmulas lácteas enriquecidas nutricionalmente apresentaram maior pontuação no quociente de inteligência no campo verbal quando comparada àquelas que receberam fórmulas padrão (LUCAS et al., 1998). Em concordância ao exposto, um estudo de meta-análise realizado com 14 estudos observacionais evidenciou um aumento de quase 3,5 pontos no quociente de inteligência de crianças que foram amamentadas (HORTA et al., 2015). Ainda corroborando com os dados mencionados, uma coorte prospectiva apresentou a relação positiva entre a duração da amamentação e o desempenho em teste de inteligência (VICTORA et al., 2015). Além disso, lactentes que tiveram amamentação predominante entre 3 e 5 meses de vida apresentam maiores escores nas habilidades de leituras quando comparados àqueles em amamentação não-predominante (GIBBS et al., 2014).

Assim, se percebe a complexidade das relações causais e da sintomatologia apresentada, destacando a necessidade de atenção por parte do enfermeiro em sua atuação acadêmica e clínica quanto a um padrão alimentar ineficaz no contexto pediátrico.

1.6 Considerações finais

A TMA ampliou os conceitos envolvidos em um padrão alimentar ineficaz na realidade do lactente, descrevendo-os e correlacionando-os à prática clínica. A identificação desses conceitos com base no Modelo de adaptação de Roy permitiu classificá-los em estímulos, ou seja, fatores que levam ao desfecho em estudo (PIAL), e em comportamentos, aqueles conceitos referentes aos sinais clínicos que indicam a presença do desfecho.

Os conceitos elencados para a presente TMA foram além daqueles trazidos na taxonomia NANDA-I por meio da revisão da literatura, o que sugere uma revisão dos componentes presentes no diagnóstico PIAL. As influências que levam o lactente a manifestar um padrão ineficaz de alimentação vão além daqueles limitados a funcionalidade incorreta da sucção e deglutição. A TMA permitiu a identificação de fatores contextuais, como idade e escolaridade materna e renda familiar, que se mostram estreitamente relacionados aos comportamentos alimentares incompatíveis com as orientações preconizadas pelos órgãos de saúde.

Desse modo, a TMA de PIAL serve tanto para os avanços na pesquisa a respeito da nutrição infantil, bem como auxilia a prática clínica uma vez que fornece subsídios aos profissionais para detectar o mais precocemente possível os sinais de incoerência no padrão alimentar do infante. Portanto, sugere-se a continuidade nos estudos com tal temática, a fim de testar/estudar empiricamente os conceitos elegidos nesta TMA e suas possíveis relações de causalidade na realidade dos recém-nascidos e lactentes.

REFERÊNCIAS

- AGOSTONI, C. *et al.* Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 46, p.99-110. 2008.
- AGUIRRE, A.N.C.; VITOLO, M.R; PUCCINI, R.F.; MORAIS, M.B. Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. **Jornal de Pediatria** v.78, n.3, p.202-208. 2002.
- 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.
- ARAÚJO, C.L.P. *et al.* . Size at birth and height in early adolescence: a prospective birth cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400018&lng=&nrm=iso>.
- ARAÚJO, L. A. *et al.* Manifestações digestórias na paralisia cerebral . **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 6. 2012.
- ARVEDSON, J.C. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, p. S9–S12. 2013.
- ASSUNÇÃO, *et al.* Protective Effect of Breastfeeding against Overweight Can Be Detected as Early as the Second Year of Life: A Study of Children from One of the Most Socially-deprived Areas of Brazil. **Health Popul Nutr**, v. 33, n. 1, p. 85-91. Mar. 2015.
- BARBOSA, L.R.; GOMES, E.; FRISCHER, G.B. Sinais clínicos de disfagia em lactentes com bronquiolite viral aguda. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 3, p.157-163. 2014.
- BARLOW, S.M. Oral and respiratory control for preterm feeding. **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 17, n. 3, p. 179-186. 2009.
- BASSI, G. S.; HUMPHRIS, G. M.; LONGMAN, L. P. The etiology and management of gagging: A review of the literature. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, v. 91, n. 5, p.459-467. 2004.
- BATISTA, L.R.V.; MOREIRA, E.A.M.; CORSO, A.C.T. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança. **Rev. Nutr.**, v.20, n.2., p. 191-196. 2007.
- BECKER, D.E. Nausea, Vomiting, and Hiccups: A Review of Mechanisms and Treatment. **Anesth Prog** , v. 57, p.150-157. 2010
- BENFER, K.A. *et al.* Validity and reproducibility of measures of oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**,v. 57, p. 358–365.2015
- BIRCH, L.L.; DOUB, A. E. Learning to eat: birth to age 2 y. **Am J Clin Nutr**. v. 99, p. 723-728. 2014.

BLACK, M. M.; ABOUD, F. E. Responsive Feeding Is Embedded in a Theoretical Framework of Responsive Parenting. **The Journal of Nutrition**, v. 141, p. 490–494. 2011

BOLZAN, G. P. *et al.* Contribuição da ausculta cervical para a avaliação das disfagias orofaríngeas. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 455-465. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 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, 2013.

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta de Saúde da Criança: menina**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.. Brasília: Ministério da Saúde. 10 ed. 2015b.

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.

BURKLOW, K. A.; MCGRATH, A. M.; VALERIUS, K. S.; RUDOLPH, C. Relationship Between Feeding Difficulties, Medical Complexity and, Gestational Age. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 17, n. 6, p. 373–378, dec. 2002.

CALIS, E. A. C. *et al.* Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 50, p.625–630. 2008.

CARTER, A. S. *et al.* The Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor Structure, Reliability, and Validity. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 31, n. 5, p. 495–514. 2003.

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. Factors Associated with Infant Feeding Difficulties in the Very Preterm Infant. **Acta Paediatric**, v. 102, n. 12, p.e539–e545. 2013.

CYMROT, M. *et al.* Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Cir Plást**, v. 25, n 4, p. 648-51. 2010.

DÍAZ-ARGÜELLES, R.C.V. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. **Rev Cubana Pediatr**, v. 77, n.2. 2005. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200005&lng=es>

DODRILL, P. *et al.* Long-term oral sensitivity and feeding skills of low-risk pre-term infants. **Early Human Development**, v. 76, p. 23-37. 2004.

DODRILL, P.; GOSA, M.M. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. **Ann Nutr Metab**, v. 66, n. 5, p. 24–31. 2015

EVANGELISTA, D.; OLIVEIRA, A. Transição alimentar em recém-nascido com displasia broncopulmonar. **Rev. CEFAC**, v. 11, n. 1, p. 102-109. 2009.

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

FERREIRA, A. B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4^aed. Curitiba: Positivo, 2009.

FROTA, M.A. *et al.* Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev Rene**, v. 10, n. 3, p. 61-67. 2009. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/531/pdf>

FUJINAGA, C.I. *et al.* Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 19, n.2, p. 143-150. 2007.

FUJINAGA,CI; MORAES,AS; AMORIM,NEZ; CASTRAL,TC; SILVA, AA; SCOCHI,CGS. Validação Clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. **Revista Latino-AM Enfermagem**, v. 21. 2013.

FUJINAGA,CI; SCOCHI,CGS; SANTOS,CB; ZAMBERLAN,NE; LEITE,AM. Validação do Conteúdo de um Instrumento para Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v.8, n. 4, p. 391-99.2008.

GIBBS, B.G.; FORSTE, R. Breastfeeding, Parenting, and Early Cognitive Development. **The Journal Of Pediatrics**, v. 164, n. 3, p. 487-493.

GUBERT, J. K. *et al.* Avaliação do Aleitamento Materno de Recém-Nascidos Prematuros no

Primeiro Mês Após a Alta. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n.1, p. 146-155. 2012.

HAYCRAFT, E.; KARASOULI, E.; MEYER, C. Maternal feeding practices and children's eating behaviours: A comparison of mothers with healthy weight versus overweight/obesity. **Appetite**, v. 116, p.395-400. 2017.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2015–2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012

HORTA, B.L.; MOLA, C.L.; VICTORA, C.G. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr**. v.104, n.467, p.14-19. 2015.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LAU, C.; SMITH, E.O.; SCHANLER, R.J. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. **Acta Paediatr**, v. 92, n. 6, p.721-7. 2003

LEFTON-GREIF, M.A. *et al.* Impact of Children's Feeding/Swallowing Problems: Validation of a New Caregiver Instrument. **Dysphagia**, v. 29, n. 6, p.671-77.2014.

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.

LIMA, A.P.E; JAVORSKI, M.; VASCONCELOS, M.G.L. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **REBEn**, v.64, n.5, p. 912-918. 2011.

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**. 2015.

LÓPEZ, C.P. *et al.* Assessment of swallowing in preterm newborns fed by bottle and cup. **CoDAS** ,v. 26, n.1, p.81-86. 2014.

LUCAS, A.; MORLEY, R.; COLE, T. J. Randomised trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. **BMJ**, v. 317, p. 1481- 1487. 1998.

LUSTRE, N.S; FREIRE, T.R.B.; SILVÉRIO, C.C. Temporal measurements of oral transit time in children with cerebral palsy of different levels motors and the relationship with the severity of dysphagia. **ACR**, v. 18, n. 3, p.155161. 2013.

MARQUES, IL. Longitudinal study of growth of children with unilateral cleft-lip palate from birth to two years of age. **Cleft Palate Craniofac J**, v.46, n. 6, p. 603-609. 2009.

- MARRARA, J.L. *et al.* Deglutição em crianças com alterações neurológicas: avaliação clínica e videofluoroscópica. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n.4, p. 231-236. 2008
- MENOLI, A. P. V; FANCHIN, P. T. DUARTE, D.A.; FERREIRA, S.L. IMPARATO, J.C.P. nutrição e desenvolvimento dentário. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**. v.9, n. 2, p. 33-40. 2003.
- MIRANDA, G.S. **Estudo do Crescimento e estado nutricional de crianças com fissura labiopalatina dos 2 aos 10 anos de idade**. Bauru.2014. Dissertação (Mestrado - Fissuras orofaciais e Anomalias relacionadas). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.
- MONTAGNOLI, LC. *et al.* - Vol. 81, No.6, 2005 Prejuízo no crescimento e fissura lábio-palatina. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n.6, p.461-465. 2005.
- MONTE, L.F.V. *et al.* Displasia broncopulmonar. **Jornal de Pediatria**, v. 81, p.99-110. 2005
- MONTEIRO, F.P.M. *et al.* Caracterização Alimentar de Crianças com Cardiopatias Congênitas. **Ciencia y Enfermeria**, v. 18, n. 1, p. 77-88. 2012.
- MONTERO, Z.I.C. Problemas de la alimentación en lactentes. Primera Parte: generalidades. **Acta Pediatr Costarricense**, v. 21, n.1, p.18-25. 2009.
- MORAIS, M.B. Signs and symptoms associated with digestive tract development. **J Pediatr**. v.92, n.3. 2016.
- MURRAY, D.M. *et al.* The predictive value of early neurological examination in neonatal hypoxic-ischaemic encephalopathy and neurodevelopmental outcome at 24 months. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 52, n. e55–e59. 2010.
- NEIVA, F.C.B. ;LEONE,C.R. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da Sucção. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 18, n.2, p. 141-150. 2006
- NEIVA, F.C.B. *et al.* Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n.1, p. 07-12. 2003.
- NYDEGGER; BINES, Energy metabolism in infants with congenital heart disease. **Nutrition**, v.22, p. 697-704. 2006.
- OLIVEIRA, M A; OSÓRIO, M.M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **J. Pediatr**, v. 81, n. 5.2005.
- PADOVANI, A.R. *et al.* Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 12, n.3, p. 199-205. 2007.
- PALMER, J.B.; DRENNAN, J.C.; BABA, M. Evaluation and Treatment of Swallowing Impairments. **Am Fam Physician**, v. 61, n. 8, p. 2453-2462.2000.
- 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.

PEREDO, D.E.; HANIBBAL, M.C. The Floppy Infant: Evaluation of Hypotonia. **Pediatrics in Review**, v. 30, n.9, 2009.

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.

PERRINE, C. G. et al. Breastfeeding Duration Is Associated With Child Diet at 6 Years. **Pediatrics**, v. 134, p.50-55, 2014.

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.

PODDAR, U. Approach to Constipation in Children. **Indian Pediatrics**. v. 53. 2016

PRENTICE, A.M. New challenges in studying nutrition-disease interactions in the developing world. **Journal of Clinical Investigation**, v. 118, n. 4, p. 1322-1329. 2008.

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.

RAMSAY, M.; GISEL, E.G. Neonatal Sucking and Maternal Feeding Practices. **Developmental Medicine and Child Neurology**. v. 38, p. 34-47. 1996.

REED, U.C. Doenças neuromusculares. **Jornal de Pediatria**. v. 78, p. s89-s103. 2002

REED,U.C. Síndrome da criança hipotônica: causas neuromusculares. **Rev Med**. v. 86, n. 2, p. 82-93. 2007

RIBEIRO, C. C. C.; SILVA, M. C. B.; MACHADO, C.M.P.; RIBEIRO, M.R.C.; THOMAZ, E.B.A. A gravidade da cárie está associada à desnutrição proteico-calórica em pré-escolares? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n, 3, p. 957-965. 2014

RODRIGUES, G. **Sucção nutritiva e não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo: ritmo e taxa de sucção**. Santa Maria. 2007. Monografia (Especialização - Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Linguagem) Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul; 2007.

ROQUE, F.P. *et al*. Reflexo de gag em jovens e idosos sem indícios de disfagia orofaríngea. **Distúrb Comum**, v.21, n. 1, p. 31-37. 2009

ROSSAROLLA, C. *et al*, Validade discriminatória do instrumento de avaliação da prontidão para início da alimentação oral de bebês prematuros. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v.14, n. 1, p.106-114. 2009

ROTTA, N. T.; PEDROSO, F. S. Desenvolvimento neurológico: avaliação evolutiva. **Revista AMRIGS**, v. 48, n. 3, p. 175-179. 2004.

ROY, C. *Generating middle range theory: From evidence to practice*. New York: Springer Publishing Company.

ROY, C. **The Roy Adaptation Model**. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education. 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.

SANTORO, A. *et al.* A Proposed Multidisciplinary Approach for Identifying Feeding abnormalities in Children With Cerebral Palsy. **Journal of Child Neurology**, v. 27, n. 6, p.708-712.2012

SANTOS, L.C.; TORAL, N.; CINTRA, I.P. Inquéritos para Avaliação do Consumo Alimentar: Aplicabilidade na Prática Clínica. *In*: MOREIRA, E. A. M.; CHIARELLO, P.G. **Atenção nutricional: abordagem dietoterápica em adultos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 36-46.

SCHIRMER, C.R.; FONTOURA, D.R.; NUNES, M.L. Language and learning disorders. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n.2, p. 95-103. 2004.

SENA, M.C.F.; SILVA, E.F.; PEREIRA, M.G. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do Século XX. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n.4, p. 499-505. 2007.

SILVA, E.B; FÚRIA, C.L.B.; 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.

SILVA, G.A.P.; COSTA, K.A.O; GIULIANI, E.R.J. Breastfeeding Duration Is Associated With Child Diet at 6 Years. **J Pediatr**. V. 92, p. 2-7. 2016.

SILVÉRIO, C.C.; SANT'ANNA, T.P.; OLIVEIRA, M.F. Ocorrência de dificuldade alimentar em crianças com mielomeningocele. **Rev CEFAC**, v.7, n.1, p. 75-81. 2005

SMITH, M.J.; LIEHR, P.R. **Middle Range Theory for Nursing**. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company. 2008

SOUZA, ABG. *et al.* **Enfermagem Neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari; 2011. p. 55-62.

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

SPINA *et al.*, 1972 - Spina V, Psillakis JM, Lapa FS *et al.* Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clín Fac Med* 1972;27(1):5-6.

SUN, Y. *et al.* Breastfeeding and Risk of Epilepsy in Childhood: A Birth Cohort Study. **The Journal of Pediatrics**, v. 158, n.6, p. 924-929. 2011.

TEIXEIRA, I.X. **Acurácia das Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem** “Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais” em Crianças na Primeira Infância. Fortaleza. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará. 2013

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. s25-s29. 2012.

VASCONCELOS, P.N.; CAVALCANTI, D.S.; LEAL, L.P.; OSÓRIO, M.M.; FILHO, M.B. Tendência temporal e fatores determinantes da anemia em crianças de duas faixas etárias (6-23 e 24-59 meses) no Estado de Pernambuco, Brasil, 1997-2006. **Cad. Saúde Pública**. v.30, n.8, p.1777-1787. 2014.

VICTORA, C.G. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health** v. 3, p. 199-205. 2015.

VIEIRA, R.C.S.; FERREIRA, H.S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 3, p.433-444. 2010.

VITOLO, M.R. **Nutrição: da gestação à adolescência**. Reichmann&Affonso Editores: Rio de Janeiro. 2003

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

WINCLER, D.C. *et al.* O valor do eletroencefalograma na avaliação de suspeitas de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com epilepsia. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 20, n. 2, p.263-269. 2010.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462010000200014&script=sci_arttex>

Capítulo 2

2 CAPÍTULO 2 – ANÁLISE DE CONTEÚDO DIAGNÓSTICO POR JUÍZES

2.1 Introdução

Os estudos de validação diagnóstica funcionam como ferramentas norteadoras para a aplicação do processo de enfermagem, ao mensurar e apresentar a acurácia dos fenômenos. Isto indica o grau em que o fenômeno em estudo - no caso, diagnóstico de enfermagem - é representado adequadamente (POLIT; BECK, 2014). Ou seja, a estrutura diagnóstica, incluindo os elementos e seus respectivos conceitos, representa de fato aquilo que se propõe a representar. Desse modo, é possível construir plano de intervenções e elencar resultados fidedignos a real situação do paciente (LUNNEY, 2010).

Dentro do universo das pesquisas de validação diagnóstica existem diferentes abordagens, incluindo validação de conteúdo diagnóstico, validação clínica, validação diagnóstica diferencial (FEHRING, 1987; HOSKINS, 1997; GARCIA, 1998). Como recomendado por Lopes, Silva e Araújo (2013), o processo de validação de um diagnóstico de enfermagem deve ser elaborado sobre três etapas básicas: análise dos conceitos por meio de uma ampla revisão de literatura, seguida da análise destes achados por especialistas e, por fim, a verificação clínica dos elementos analisados em uma população específica.

Neste sentido, como traz Guedes (2011), após a construção teórica da estrutura diagnóstica, a etapa de análise do conteúdo volta-se para um estudo criterioso dos componentes elencados e suas respectivas definições, a fim de identificar a relevância para o fenômeno, bem como a clareza e precisão das definições conceituais e operacionais. Assim, esta etapa dedica-se a melhorar a estrutura diagnóstica, pois avalia os possíveis estímulos e comportamentos relacionados ao fenômeno, revisando seus enunciados e suas definições a partir do julgamento de enfermeiros juízes (GUEDES, 2011).

Para que as avaliações de conteúdo sejam realizadas de forma criteriosa, importantes aspectos na seleção dos juízes e na análise estatística devem ser considerados. Mesmo que ainda não haja um consenso na literatura a respeito de tais critérios, os estudos de análise de conteúdo por juízes têm sido realizados considerando-se as experiências no âmbito acadêmico e clínico, além de utilizar abordagens estatísticas mais robustas para obtenção de resultados mais próximos a realidade.

Desse modo, esta etapa de análise de conteúdo por enfermeiros especialistas visa analisar e aprimorar os achados teóricos da primeira etapa do estudo (TMA) acerca do

diagnóstico de enfermagem PIAL, com o intuito de verificar a adequação, clareza e precisão de seus componentes.

2.2 Referencial teórico-metodológico

A elaboração desta etapa, como mencionado anteriormente, requer a utilização de critérios bem definidos, como a seleção de juízes e a análise dos dados com o uso do índice de validade de conteúdo (IVC) para obtenção do nível de importância do conceito a ser avaliado para o diagnóstico em estudo. Para ambos os critérios, é frequente nas pesquisas sobre taxonomias utilizar o método de Fehring (1987). Este autor considera a experiência acadêmica para a triagem dos juízes, considerando a titulação, trabalhos realizados e publicações no contexto da temática de interesse. Quanto à análise dos dados desta etapa, o autor recomenda a adoção de valores aos julgamentos de cada item em análise. Os valores são semelhantes a uma escala Likert, na qual os valores variam de 1 - discordo totalmente, a 5 – concordo totalmente. A estes números são atribuídos pesos (1=0; 2=0,25; 3=0,5; 4=0,75; 5=1) para que seja obtida uma média ponderada.

Apesar de estes critérios serem muito utilizados, a abordagem de Fehring apresenta limitações que podem por os resultados em dúvida. Isto se dá ao fato de que, ao adotar média ponderada, há uma superestimação dos valores reais por utilizar um maior peso aos julgamentos dos juízes experts (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013). Além disso, os critérios utilizados para selecionar os avaliadores restringem-se ao conhecimento acadêmico/teórico, ignorando a experiência clínica/prática, a qual é importante para o perfil de um bom juiz (GALDEANO; ROSSI; PELEGRINO, 2008; GUEDES, 2011; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016).

Diante destas limitações, autores (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013; LOPES; SILVA, 2016) trouxeram novas abordagens para auxiliar em um processo de validação de conteúdo confiável. Estas alternativas correspondem à escolha dos juízes e à análise dos dados. A primeira recomendação refere-se à mudança do termo “validação de conteúdo” para “análise de conteúdo”. Lopes, Silva e Araújo (2013) argumentam que o processo de validação é algo complexo e a opinião de um grupo, muitas vezes com poucos participantes, pode não ser suficiente para retratar a verdadeira validade dos componentes de um diagnóstico.

Além do exposto, a dificuldade em obter número suficiente de juízes com nível de expertise elevado coloca em risco a qualidade dos resultados obtidos na etapa. Uma alternativa para tal limitação é a busca por profissionais proficientes e não, necessariamente, experts, possibilitando selecionar um maior número de profissionais para análise de conteúdo (LOPES; SILVA, 2016). Desse modo, os autores destacam a abordagem conhecida como sabedoria coletiva (“*The Wisdom of Crowds*”), o qual preconiza o conhecimento de um grupo

sobre a opinião de um expert. Segundo esta abordagem, o conhecimento compartilhado pela coletividade apresenta melhores resultados do que o conhecimento individual, mesmo que este seja com alto nível de expertise (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016). Assim, o uso da sabedoria coletiva pode ser estendido a problemas em que o julgamento humano é responsável pela solução destes (YI et al., 2012).

A sabedoria coletiva defende a ideia de que participantes do grupo podem cometer equívocos individuais durante o julgamento, e que estes são amenizados quando envolvidos em um processo de raciocínio coletivo (YI et al., 2012; LOPES; SILVA, 2016). Neste sentido, esta abordagem ressalta que as médias da coletividade são maiores do que as médias individuais de cada membro do grupo, desde que seja assegurado que os julgamentos sejam independentes entre si. Ademais, destaca a importância de minimizar ao máximo as interações entre os componentes do grupo, a fim de assegurar a independência das avaliações (LOPES; SILVA, 2016).

Os referidos autores destacam como outra vantagem desta abordagem a seleção de participantes com diferentes níveis de conhecimento, não limitado às elevadas taxas de expertise. Assim, em um mesmo grupo pode-se contar com avaliações de enfermeiros especializados, bem como de acadêmicos de enfermagem com certo conhecimento acerca do objeto de interesse. Esta diversidade de conhecimento assegura melhores resultados, por reduzir os erros relacionados às análises de conteúdo (LOPES; SILVA, 2016).

No tocante ao processo de análise dos julgamentos, a teoria da sabedoria coletiva utiliza o conceito de diversidade preditiva para quantificar as relações entre os julgamentos do grupo e as avaliações individuais. Assim, baseia-se na probabilidade individual dos participantes do grupo durante a inferência. Ou seja, os dados obtidos durante a análise de conteúdo pelos juízes foram resultados das probabilidades individuais dos participantes do grupo durante o processo de raciocínio clínico. 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).

Ainda que seja uma abordagem com ferramentas mais consistente que o método de Fehring, a sabedoria coletiva apresenta algumas limitações como elencado por Lopes e Silva (2016). Um destes entraves corresponde à assimetria dos valores do índice de validade de conteúdo (IVC), estando mais próximo dos valores extremos. Como alternativa, os autores recomendam o uso das médias geométricas e medianas, visto que elas fornecem valores mais consistentes. Além desta limitação, os referidos autores também ressaltam a desconsideração

do modelo sobre as sugestões individuais dos juízes, o que pode ser contornado pela solicitação de sugestões acerca do item avaliado (LOPES; SILVA, 2016).

A classificação do conhecimento dos avaliadores corresponde a uma importante etapa do processo de análise de conteúdo, no entanto é dificultada pela falta de consenso na literatura (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Como referido anteriormente, os critérios de Fehring (1994) parecem ser restritos ao conhecimento acadêmico, considerando apenas titulação não inferior a de Mestre, publicações e trabalhos produzidos dentro da temática de interesse. No entanto, autores realizaram adaptações a estes critérios inserindo a experiência prática como fator fundamental para um nível de expertise satisfatório (CARVALHO et al., 2008; GALDEANO; ROSSI; PELEGRINO, 2008; MELO et al., 2011; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016).

No tocante à classificação dos níveis de expertise, Benner, Tanner e Chesla (2009) elencaram características pertinentes aos cinco níveis de expertises adotados por elas. As referidas autoras dividiram o grau de conhecimento em: *novice*, *advanced beginner*, *competence*, *proficient* e *expert*. A seguir, será discorrido sobre a caracterização de cada nível de expertise conforme o referencial das referidas autoras.

O primeiro nível de habilidades (principiante) é caracterizado por juízes com conhecimento básico, do qual podem inferir julgamentos sem que haja experiência prévia no assunto de interesse, ou seja, o juiz principiante pode gerar conclusões sem que tenha conhecimento sobre o domínio no qual o objeto em estudo está contextualizado. No entanto, é possível que este juiz tenha algum conhecimento em outro domínio que pode ter o auxiliado no processo de julgamento. Neste sentido, esta fase inicial de expertise corresponde a inferências embasadas em intuição, o que pode ser explicado por habilidades inerentes ao senso comum.

O segundo nível de expertise, o iniciante avançado (*advanced beginner*), é caracterizado pelo uso de fatos mais objetivos e ideias mentais mais sofisticadas para aperfeiçoar o processo de julgamento. Este grau de conhecimento permite ao juiz reconhecer intuitivamente, de modo mais rápido, os elementos quando comparado ao nível de expertise anterior. Além da intuição, o iniciante avançado utiliza habilidades recentes e exemplos situacionais de determinado domínio, o que favorece um rápido reconhecimento dos conceitos e uma tomada de decisão ágil.

O juiz classificado no nível competente (*competence*) utiliza-se de conhecimento prévio, novas concepções mentais e raciocínio crítico para opinar, baseado em fatos relevantes para a situação em julgamento. Neste nível de expertise, o juiz é responsável por

suas interpretações, o que não acontece nos dois níveis anteriores. Desse modo, o avaliador competente sente-se emocionalmente envolvido e responsável pelos resultados de suas escolhas. Com isso, percebe-se “uma melhor dedicação” por parte desses juízes durante a etapa de análise de conteúdo. As autoras ressaltam, ainda, o conhecimento prático, com o qual o profissional apresenta uma melhor compreensão dos dados por já ter vivenciado situação semelhante em um momento anterior.

A proficiência resume o quarto nível de expertise apresentados pelas referidas autoras. Neste estágio, o nível de conhecimento está embasado em experiências reais e em respostas fundamentadas. Ou seja, aquelas experiências obtidas por teoria (casos clínicos; simulações) não são mais ferramentas principais no processo de julgamento clínico. Desse modo, o juiz proficiente utiliza-se de experiências reais, intuição e raciocínio crítico (“sinapses cerebrais”) para sua tomada de decisão. Esta, por sua vez, torna-se mais fácil e menos estressante para o juiz proficiente, pois este analisa por meio de raciocínio crítico quais das alternativas possíveis devem ser selecionadas. Neste sentido, é importante destacar também que o proficiente ainda não tem experiência suficiente quanto às possíveis ações relacionadas a uma determinada situação, o que pode resultar em um julgamento inadequado neste caso. Assim, diante cada situação, o avaliador dedica mais tempo durante o processo de inferência, além de utilizar interpretações individuais baseadas nas ideias mentais.

Por fim, o nível de habilidade mais elevado – *expert* – caracteriza-se por profissionais mais maduros e com capacidade de diferenciação mais sutil e refinada. Os experts possuem o que as autoras chamam de “reflexão racionalmente deliberativa”, ou seja, eles refletem sobre os objetivos/metastas ou perspectivas que parecem evidentes a eles e optam por ações que são mais apropriadas para atingir os objetivos. Benner, Tanner e Chesla (2009) trazem que, na Enfermagem, o juiz principiante – *novice* – segue regras e protocolos, enquanto que o expert confia em suas intuições. Porém, vale destacar que as habilidades, independente do nível de expertise, são baseadas em compreensão teórica. Desse modo, embora o enfermeiro expert dependa cada vez menos de regras para utilizar as teorias na prática, está será melhorada com as experiências clínicas, bem como com uma compreensão cada vez mais profunda das teorias de base.

As autoras referem que os três primeiros níveis de expertise – *novice, advanced beginner, competence* – fazem uso do que chamam de “racionalidade calculada” para aplicar as regras e as teorias no processo de julgamento. Ou seja, o processo de raciocínio crítico destes juízes necessita de uma estrutura teórica e normas/protocolos. Ademais, as autoras reforçam que a experiência prática é pouco presente, o que torna a intuição mais discreta

quando comparada aos outros dois últimos níveis de expertise. Quanto a estes dois estádios/estágios, as referidas autoras destacam o uso da racionalidade deliberativa, a qual corresponde ao uso de reflexão e questionamentos durante o processo de julgamento. Esta habilidade de raciocínio (racionalidade deliberativa) corresponde a uma análise voluntária e isolada do comportamento intuitivo, baseada nos conhecimentos práticos, com o objetivo de testar, ou até mesmo, melhorar a intuição, sem substituí-la por ações teóricas.

Neste sentido, as autoras ressaltam a importância do conhecimento teórico e prático, visto que se apenas um destes fosse utilizado haveria perdas significativas no processo de inferência, assim como referido anteriormente por diversos autores (CARVALHO et al., 2008; GALDEANO; ROSSI; PELEGRINO, 2008; MELO et al., 2011; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016).

Diante o exposto, o presente capítulo dispõe-se a descrever o processo de análise de conteúdo por juízes dos elementos e das definições construídas para o diagnóstico de enfermagem PIAL, com base na TMA apresentada no capítulo anterior.

2.3 Objetivo

- Verificar com juízes a relevância dos elementos que compuseram a estrutura teórica do diagnóstico Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente, bem como a clareza e precisão das definições destes elementos construídas a partir da Teoria de Médio Alcance.

2.4 Materiais e métodos

2.4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo metodológico de validação do diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente (PIAL) por meio da análise de conteúdo por enfermeiros juízes. Esta etapa do estudo envolve a estruturação, validação e avaliação de instrumentos e técnicas voltadas para a pesquisa e prática clínica (POLIT; BECK, 2004), a fim de melhorar os métodos utilizados em estudos anteriores. O objetivo desta fase é verificar a relevância dos elementos do diagnóstico de enfermagem PIAL (indicadores clínicos e dos fatores relacionados), bem como a clareza e precisão das definições conceituais e operacionais, construídas a partir da revisão da etapa anterior, com base nas relações estabelecidas pela TMA.

Esta etapa foi realizada com base na abordagem da sabedoria coletiva tendo fundamentada na teoria da diversidade preditiva. Como referido anteriormente, esta abordagem utiliza-se do conhecimento coletivo de um grupo para inferir sobre a adequação dos conceitos envolvidos no diagnóstico de interesse (PIAL). A diversidade preditiva assegura que quanto mais diversificado for o nível de expertise dos membros do grupo, melhor a precisão de suas inferências. Isto se deve ao fato de que um erro de predição individual é amenizado quando considerado os julgamentos coletivos com diferentes níveis de conhecimento (LOPES; SILVA, 2016). Deste modo, é importante estabelecer o nível de habilidade dos avaliadores. Para isto, utilizou-se a classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), a qual será explicitada na próxima sessão. Assim, a análise por juízes representa a etapa na qual estes especialistas irão julgar quais elementos identificados na TMA representam o diagnóstico e quais deverão ser eliminados ou revisados.

2.4.2 Seleção dos juízes

Como referido anteriormente, os critérios de seleção de juízes ainda não é consenso na literatura, no entanto alguns autores destacam as experiências acadêmicas e práticas como elementos fundamentais para o perfil de um bom juiz (GALDEANO; ROSSI; PELEGRINO, 2008; BENNER; TANNER; CHESLA, 2009 LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). O perfil dos juízes foi estabelecido pela pesquisadora junto ao orientador, tendo como referencial a classificação de Benner, Tanner e Chelsa (2009). Os critérios considerados

foram: experiência prática, envolvendo o tempo de atuação com a temática de diagnóstico de enfermagem e/ou alimentação infantil, e a experiência acadêmica. A produção de conhecimento incluiu a titulação do juiz, a temática do trabalho de titulação (diagnóstico de enfermagem/alimentação infantil) e a produção de trabalhos na temática de diagnósticos e/ou alimentação infantil. Estes três últimos critérios foram unidos em um único aspecto, atribuindo-se notas que variaram de 0 a 3 para a titulação (0- Graduado; 1- Especialista; 2- mestre; 3- Doutor), somadas à presença/ausência de trabalho da referida titulação dentro da temática de diagnóstico de enfermagem ou alimentação infantil, bem como à presença/ausência de trabalhos científicos contextualizados nas referidas temáticas. Para a presença dos itens descritos foi atribuído o valor um (1), enquanto para a ausência utilizou-se a nota zero (Tabela 1).

Desse modo, o nível de expertise se deu pela média simples das pontuações obtidas nos critérios: Tempo de prática, Tempo em grupo de pesquisa e Conhecimento científico. Este último foi estabelecido pelo somatório dos subitens Titulação, Trabalho de titulação e Produção científica sobre DE e/ou AI. Os resultados que apresentaram média final com números decimais acima de cinco foram arredondados para o nível de expertise superior/seguinte.

Tabela 1. Parâmetros para classificação dos juízes quanto ao nível de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009).

Pontuação	Experiência Prática		Experiência Acadêmica		
	Tempo de Prática* (X)	Tempo Grupo de Pesquisa* (Y)	Conhecimento Científico (Z)		
			Titulação (Z ₁)	Trabalho de Titulação (Z ₂)	Prod. Científica DE e/ou AI (Z ₃)
0	-	-	Graduado	Não	Não
1	0-7	0-3	Especialista	Sim	Sim
2	8-14	4-6	Mestre	-	-
3	15-21	7-9	Doutor	-	-
4	22-28	10-12	-	-	-
5	29-35	13-15	-	-	-

Legenda: *em anos; DE: diagnóstico de enfermagem; AI: alimentação infantil.

Nível de Expertise = Somatório das pontuações obtidas nas colunas X, Y e Z dividido por 3.

A seleção destes juízes, inicialmente, se deu a partir das características descritas anteriormente para enfermeiros participantes do Núcleo de Estudos em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (NEDIRE) da Universidade Federal do Ceará, no qual a pesquisadora e seu orientador fazem parte. Estes pesquisadores foram convidados a participar do estudo, por meio de correio eletrônico e/ou contato telefônico. Além disso, foi

solicitada a recomendação de outros profissionais com experiência em taxonomias de enfermagem e/ou alimentação infantil, para que estes compusessem a grade de avaliadores para o presente estudo. Assim, tem-se uma amostragem não probabilística do tipo *snowball sampling* (“bola-de-neve”).

A amostra calculada baseou-se na estimativa do cálculo da média das avaliações (IVC) para cada elemento a ser analisado. Foi considerado nível de confiança ($Z_{1-\alpha/2}$) de 95%, desvio-padrão (S) de 0,17 e um erro amostral (e) de 0,07. Assim, utilizando-se da fórmula $n_0 = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} \cdot S}{e}\right)^2$, a amostra totalizou 23 juízes. No entanto, o convite para participação do estudo foi enviado, via e-mail, para 59 juízes, haja vista a dificuldade encontrada, em estudos semelhantes a este, para o retorno dos materiais em tempo adequado. Por fim, a amostra final do estudo se deu por 23 juízes, os quais retornaram o material de análise em tempo satisfatório.

2.4.3 Coleta de Dados

O contato com os juízes se deu via e-mail, no qual foi enviada uma carta convite com explicações acerca do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário de pesquisa (APÊNDICE A).

Nesta etapa os juízes convidados responderam às questões presente no instrumento de coleta, o qual foi dividido em dados de identificação e questões acerca do resultado da TMA de PIAL, inspirados no material utilizado por Guedes (2011) e Mangueira (2014) em estudo semelhante. Os conceitos elencados pela TMA foram dispostos no instrumento de coleta embasado no Procedimento Operacional Padrão – POP – construído na primeira etapa (APÊNDICE B). Os primeiros dados englobaram idade, sexo, cidade, titulação, área temática do trabalho de titulação, tempo de formação, ocupação atual, área de atuação atual, tempo de experiência no ensino e na prática com as taxonomias de Enfermagem e/ou com a temática do estudo.

A porção voltada para o diagnóstico em si foi embasada nos elementos da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2015) e nos achados da TMA de PIAL. Nesse momento, os juízes avaliaram as informações contidas, as quais foram divididas em:

- a) Definição do diagnóstico propostos pela NANDA-I e pela TMA;

b) Características definidoras presentes na NANDA-I e comportamentos relacionados ao diagnóstico que foram identificados na TMA, os quais foram denominados genericamente de indicadores clínicos;

c) Fatores relacionados presentes na NANDA-I e Estímulos relacionados ao diagnóstico que foram identificados na TMA, os quais foram genericamente denominados de fatores causais;

d) Lista das definições conceituais e operacionais de cada elemento;

e) Espaço para acréscimo e/ou retirada de indicadores clínicos e fatores causais com justificativa para tal decisão.

Os juízes julgaram os elementos quanto à relevância de cada estímulo/fator causal e comportamento/indicador trazidos para o fenômeno PIAL, bem como a clareza e precisão de suas definições. Além disso, puderam sugerir novos elementos e novos conceitos pertinentes ao diagnóstico. O conceito de relevância trazido para o estudo corresponde à capacidade dos indicadores clínicos serem coesos e coerentes ao diagnóstico de enfermagem elencado para o estudo ou, quanto aos fatores etiológicos, destes serem capazes de apresentar relações de causalidade com o mesmo (NUNES, 2016).

A clareza consiste na inteligibilidade de cada definição conceitual e operacional construída para compor a estrutura diagnóstica, fazendo uso de orações curtas e expressões claras e simples. Quanto à precisão destas definições, tem-se a capacidade de cada definição permitir a diferenciação entre os componentes do diagnóstico, permitindo a caracterização clínica do mesmo (NUNES, 2016).

Os itens foram julgados quanto a sua relevância ao diagnóstico, e as definições foram analisadas conforme clareza e precisão. Esses julgamentos foram realizados conforme uma graduação do tipo Likert, variando em cinco níveis, sendo 1 correspondente ao menor nível de julgamento, e o 5 ao nível máximo de relevância, clareza ou precisão. Os detalhamentos das pontuações estão expostos no quadro 8.

O tempo destinado para o retorno do material, inicialmente foi de 30 dias, a partir da data de envio. No entanto, devido ao retorno de poucos materiais dentro do prazo estabelecido, foi prorrogado por mais 15 dias, a fim de obter uma maior taxa de resposta.

Quadro 11. Descrição das pontuações utilizadas pelos juízes para o julgamento dos itens.

PONTUAÇÃO	RELEVÂNCIA	CLAREZA	PRECISÃO
1 Discordo totalmente	o componente não apresenta qualquer relação com o diagnóstico estando associado a outros fenômenos	a definição proposta está descrita de forma incompreensível e necessita de uma revisão completa	a definição proposta não inclui nenhum dos elementos essenciais para caracterizar o componente
2 Discordo parcialmente	o componente do diagnóstico apresenta muito pouca relação com o diagnóstico estando mais associado a outros fenômenos similares	a definição proposta está descrita de forma pouco compreensível e necessita de ajustes	a definição proposta inclui poucos elementos dentre os necessários para caracterizar o componente, e aqueles que faltam afetam a adequada avaliação do componente
3 Indiferente	o componente do diagnóstico apresenta relação duvidosa com o diagnóstico e apresenta relação com outros fenômenos similares	a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode necessitar de alguns ajustes	a definição proposta inclui alguns elementos necessários para caracterizar o componente, e aqueles que faltam podem afetar a adequada avaliação do componente
4 Concordo parcialmente	o componente do diagnóstico está fortemente relacionado ao diagnóstico embora apresente alguma relação com outros fenômenos similares	a definição proposta está descrita de forma compreensível, porém pode se beneficiar de alguns pequenos ajustes	a definição proposta inclui quase todos os elementos necessários para caracterizar o componente, embora aqueles que faltam não impedem a avaliação adequada do componente
5 Concordo totalmente	o componente do diagnóstico está diretamente relacionado ao diagnóstico	a definição proposta está descrita de forma compreensível sem a necessidade de ajustes	a definição proposta inclui todos os elementos necessários para caracterizar o componente

2.4.4 Organização e Análise dos Dados

Os dados foram organizados em uma planilha disponível no programa Microsoft Office Excel 2016 e analisados pelo programa estatístico *R* versão 3.2.0. A análise descritiva inclui o cálculo de frequências absolutas e percentuais e intervalos de confiança de 95% para variáveis nominais. Variáveis quantitativas foram apresentadas em termos de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil). O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para verificação da aderência dos dados à distribuição normal.

Para análise da validade de conteúdo dos componentes do diagnóstico PIAL calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) com base no modelo da diversidade preditiva, no qual a avaliação dos juízes é ponderada por seu nível de expertise. Neste caso, estimativas ponderadas da média e da mediana das avaliações foram calculadas e decidiu-se utilizar como estimativa do IVC a mediana ponderada devido à identificação de não normalidade na distribuição destas estimativas. A verificação de aderência à distribuição normal foi efetuada pela aplicação do teste de Shapiro-Wilk. Além da estimativa da mediana

do IVC também foram calculados os intervalos de confiança de 95% para cada mediana, bem como foi aplicado o teste de Wilcoxon para a mediana ponderada, tendo-se como valor de referência para a hipótese nula um $IVC \geq 0,9$. Sendo assim, um item foi considerado válido para o diagnóstico PIAL se o nível descritivo do teste de Wilcoxon fosse maior que 0,05.

2.4.5 Aspectos Éticos

O estudo teve início após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE. O estudo respeitou às recomendações da resolução 466/2012 acerca das pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). Ademais, a participação dos enfermeiros juízes foi consolidada após assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

2.5 Resultados

O perfil dos enfermeiros avaliadores que participaram do estudo está descrito na Tabela 2 abaixo. O total de juízes convidados foi de 59 profissionais, no entanto, apenas 23 concordaram em colaborar com o estudo, e responderam o material em tempo hábil.

Tabela 2. Caracterização do grupo de juízes participantes do processo de análise de conteúdo do diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação do lactente. Fortaleza, 2017.

Variável	n	%	IC95%		
1. Titulação					
Especialização	2	8,7	1,5	29,5	
Mestrado	10	43,5	23,9	65,1	
Doutorado	11	47,8	27,4	68,9	
2. Experiência profissional					
Instituição de Ensino Superior	16	69,6	47,0	85,9	
Instituição Hospitalar	7	30,4	14,0	53,0	
3. Experiência didática					
Alimentação infantil (AI)	7	30,4	14,0	53,0	
Diagnóstico de enfermagem (DE)	15	65,2	42,8	82,8	
4. Experiência em pesquisa					
Alimentação infantil	11	47,8	27,4	68,9	
Diagnóstico de enfermagem	19	82,6	60,4	94,3	
5. Nível de expertise					
1 – Novato	2	8,7	1,5	29,5	
2 – Iniciante avançado	6	26,1	11,1	48,7	
3 – Competente	11	47,8	27,4	68,9	
4 – Proficiente	4	17,4	5,7	39,5	
Variável	Média	DP	Mediana	IIQ	Valor p*
6. Idade	33,43	8,35	31,00	5	<0,001
7. Tempo de formação	9,93	8,27	7,00	5	<0,001
8. Tempo de atuação em AI	3,09	4,67	1,00	5	<0,001
9. Tempo de atuação em DE	7,02	5,47	5,00	7	0,012
10. Tempo de atuação em GP	4,70	4,07	4,00	7	0,042

Os dados apresentados na tabela acima mostram que, da amostra obtida, a maioria dos juízes possui titulação de Doutor (47,8%), com experiência profissional em instituições de ensino (69,6%) e experiência didática na temática de diagnósticos de enfermagem (65,2%). Conforme a classificação de expertise de Benner, Tanner e Chesla (2009), em torno de 65% da amostra estudada apresentou do nível de expertise Competente ou Proficiente, os quais caracterizam dois altos níveis de conhecimento.

Quanto às variáveis quantitativas, foi identificado que todos os valores não aderiram à distribuição normal, destacando, assim, os valores de mediana. Desse modo, a mediana de 31 anos correspondeu à idade dos avaliadores, enquanto que o tempo de formação

profissional foi de sete anos. Ademais, os tempos de atuação no contexto da alimentação infantil e de diagnóstico de enfermagem indicaram medianas de um e cinco anos, respectivamente. Por fim, o tempo de participação em grupos de pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem e/ou alimentação infantil apresentou mediana de quatro anos, valor bem próximo da média obtida para esta variável. Adicionalmente, a frequência de juízes que já participaram ou ainda fazem parte destes grupos foi de 74% (dado não exposto na tabela).

Tabela 3. Análise de validade de conteúdo das definições apresentadas para o diagnóstico de enfermagem PIAL. Fortaleza, 2017.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC		Teste de Wilcoxon		
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	V	Valor	
Definição 1 (NANDA-I)	0,577	<0,001	0,50	0,00	0,50	190	<0,001
Definição 2 (TMA)	0,577	<0,001	0,50	0,50	1,00	990	0,450

No que se refere à análise das definições sugeridas para o diagnóstico em estudo PIAL, a tabela 3 informa que os valores das medianas das duas definições propostas foram iguais, porém ao calcular o intervalo de confiança foi percebido que a Definição 1 apresentou seus valores concentrados na porção inferior (0 a 0,5) da mediana, enquanto que os valores referentes à Definição 2 estavam reunidos na porção superior (0,5 a 1) da mediana. Isto sugere que a segunda definição para o diagnóstico PIAL foi considerada mais adequada pelos juízes. Confirmando este achado, o teste de Wilcoxon apresenta IVC superior a 0,9, ratificando a adequação desta definição para o fenômeno em estudo.

Ainda que tenha sido indicada como a melhor definição para PIAL, alguns juízes sugeriram pequenas modificações em sua redação, resultando na definição final: “é um conjunto de práticas alimentares inadequadas que divergem das recomendações para o lactente, podendo levar a prejuízos para a saúde, as quais são resultantes de alterações anatômicas, fisiológicas, comportamentais, sociais e/ou ambientais”. O apêndice C traz o quadro com as definições expostas aos juízes e as alterações sugeridas por estes após o julgamento dos itens.

Tabela 4. Análise de validade de conteúdo dos Fatores etiológicos para o diagnóstico de enfermagem PIAL. Fortaleza, 2017.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC			Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p	Mediana	IC 95%		V	Valor
1. Deformidade Orofaríngea							
Relevância*	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
Clareza conceitual	0,521	<0,001	1,00	0,88	1,00	1275	0,975
Precisão conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza operacional	0,476	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	0,997
Precisão operacional	0,298	<0,001	1,00	1,00	1,00	1711	1,000
2. Hipersensibilidade Oral							
Relevância	0,395	<0,001	1,00	1,00	1,00	1540	1,000
Clareza conceitual	0,778	<0,001	0,75	0,75	0,88	528	<0,001
Precisão conceitual	0,575	<0,001	1,00	0,87	1,00	1128	0,808
Clareza operacional	0,251	<0,001	1,00	1,00	1,00	1770	1,000
Precisão operacional	0,456	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	0,990
3. Refluxo Gastroesofágico							
Relevância	0,374	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Clareza conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Precisão conceitual*	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
Clareza operacional	0,564	<0,001	1,00	0,87	1,00	1081	0,702
Precisão operacional	0,574	<0,001	0,88	0,87	1,00	946	0,330
4. Padrão ineficaz de oferta alimentar							
Relevância	0,310	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Clareza conceitual	0,516	<0,001	1,00	0,88	1,00	1275	0,975
Precisão conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza operacional	0,632	<0,001	0,88	0,75	1,00	990	0,450
Precisão operacional	0,537	<0,001	1,00	0,88	1,00	1225	0,943
5. Episódios Convulsivos							
Relevância	0,638	<0,001	0,88	0,75	1,00	946	0,331
Clareza conceitual	0,304	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Precisão conceitual	0,334	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Clareza operacional	0,465	<0,001	1,00	0,88	1,00	1176	0,889
Precisão operacional	0,591	<0,001	1,00	0,87	1,00	1035	0,578
6. Hipotonia							
Relevância	0,335	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Clareza conceitual	0,364	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Precisão conceitual	0,334	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Clareza operacional	0,746	<0,001	0,87	0,75	0,88	595	0,002
Precisão operacional	0,512	<0,001	1,00	0,88	1,00	1275	0,975
7. Prematuridade							
Relevância	0,337	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Clareza conceitual	0,334	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Precisão conceitual	0,364	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Clareza operacional	0,298	<0,001	1,00	1,00	1,00	1711	1,000
Precisão operacional*	--	--	1,00	--	--	2016	1,000

Continuação Tabela 4. . Análise de validade de conteúdo dos Fatores etiológicos para o diagnóstico de enfermagem PIAL. Fortaleza, 2017.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC			Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p	Mediana	IC 95%		V	Valor
8. Mecanismos de sucção insatisfatórios							
Relevância*	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
Clareza conceitual	0,170	<0,001	1,00	1,00	1,00	1891	1,000
Precisão conceitual	0,170	<0,001	1,00	1,00	1,00	1891	1,000
Clareza operacional	0,365	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Precisão operacional	0,364	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
9. Uso prolongado de sondas enterais							
Relevância*	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
Clareza conceitual*	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
Precisão conceitual	0,298	<0,001	1,00	1,00	1,00	1711	1,000
Clareza operacional	0,416	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000
Precisão operacional	0,364	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
10. Idade Materna							
Relevância	0,882	<0,001	0,62	0,50	0,75	171	<0,001
Clareza conceitual	0,501	<0,001	1,00	0,88	1,00	1225	0,943
Precisão conceitual	0,608	<0,001	0,88	0,75	1,00	990	0,450
Clareza operacional	0,389	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000
Precisão operacional	0,501	<0,001	1,00	0,88	1,00	1275	0,975
11. Escolaridade Materna							
Relevância	0,743	<0,001	0,87	0,63	0,88	561	0,001
Clareza conceitual	0,631	<0,001	0,88	0,75	1,00	946	0,331
Precisão conceitual	0,533	<0,001	1,00	0,88	1,00	1225	0,943
Clareza operacional	0,328	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Precisão operacional	0,542	<0,001	1,00	0,87	1,00	1176	0,889
12. Renda Familiar							
Relevância	0,772	<0,001	0,75	0,63	0,87	496	<0,001
Clareza conceitual	0,476	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	0,997
Precisão conceitual	0,365	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Clareza operacional	0,612	<0,001	0,88	0,75	1,00	946	0,330
Precisão operacional	0,629	<0,001	0,88	0,75	1,00	946	0,330

* Dados observados não apresentaram variabilidade

A análise dos fatores etiológicos (Tabela 4), assim como os outros resultados previamente mostrados, demonstrou que os valores de IVC dos itens avaliados não aderiram à distribuição normal. Deste modo, tomou-se a mediana e seu respectivo intervalo de confiança como estimativas da validade de conteúdo dos aspectos avaliados de cada fator etiológico, acrescidos da aplicação do teste de Wilcoxon para verificar a hipótese nula de que o IVC era igual ou superior a 0,9. De um modo geral, a análise destas variáveis apresentou adequação quanto à relevância dos elementos e à clareza e precisão de suas definições. No entanto,

destacam-se cinco elementos que não evidenciaram valores estatisticamente significantes, com mediana do IVC inferior a 0,9. Dentre estes elementos, tem-se a clareza conceitual do fator etiológico Hipersensibilidade oral, com mediana de 0,75 e intervalo de confiança com limites inferiores a 0,9. Alguns juízes manifestaram dúvida na composição conceitual do fator, pois na definição proposta não estava clara a relação entre as alterações das sinapses nervosas e a exacerbação dos estímulos orais. Além disso, foi sugerido o acréscimo da idade em que o reflexo de proteção é fisiológico ao lactente. Diante isto, as alterações foram acatadas, estando disponíveis no apêndice D, para uma melhor visualização as modificações realizadas.

Outro item não validado pelos juízes corresponde à clareza operacional do fator Hipotonia, a qual apresentou mediana do IVC de 0,87. A definição proposta ressalta a aplicação da manobra de cachecol como uma das formas de avaliação do item. No entanto, esta manobra não foi descrita pela autora, o que gerou dúvidas entre os juízes. Ademais, não ficou claro para os avaliadores como seria inferido a presença do fator durante a avaliação clínica. Este tipo de colocação incute a ideia equivocada de se estabelecer um ponto de corte arbitrário para dicotomizar o fator etiológico entre presente e ausente. Tal estratégia não se aplica ao fator etiológico devido sua relação espectral com os indicadores clínicos, ou seja, o nível de intensidade à exposição do fator levar a exacerbação e / ou ocorrência precoce do diagnóstico. Sendo assim, dicotomizar o fator etiológico leva a perda de informação importante no processo de inferência causal. As sugestões referentes à descrição da manobra de cachecol foram consideradas pertinentes e inseridas na nova definição do elemento (apêndice D).

Os fatores Idade materna, Escolaridade materna e Renda familiar apresentaram índices de validade de conteúdo estatisticamente inferiores a 0,9 (0,62, 0,87 e 0,75 respectivamente). Isto pode ser explicado pela falta do componente adjetivador ao rótulo, por exemplo, idade materna jovem. Assim, os juízes apontaram para a ausência de um determinante caracterizador para os fatores, pois da forma proposta referia-se a algo generalizado. Diante às sugestões, tornou-se pertinente modificar os rótulos para Idade materna jovem, Baixa escolaridade materna e Baixa renda familiar. Com a alteração do título foi necessário alguns ajustes nas definições conceituais e operacionais, descritas no apêndice D.

Ainda no que se refere ao fator Idade materna, com menor IVC, foi sugerido sua substituição por “Hábitos alimentares maternos”, tendo em vista que mães com hábitos alimentares inadequados tem maior chance de alimentar inadequadamente o filho,

independente da idade. No entanto, a sugestão não foi acatada, visto que elemento referente aos hábitos alimentares maternos está inserido no fator Padrão ineficaz de oferta alimentar, o qual envolve, entre outros aspectos, o comportamento da genitora/cuidador responsável diante às práticas alimentares.

Todos os outros elementos dos fatores etiológicos foram considerados válidos pelos juízes, apresentando valores de mediana altos e com intervalo de confiança englobando o valor 0,9 atribuído para adequação do item. Entretanto, mesmo validados, foram consideradas algumas pequenas sugestões dadas pelos juízes, a fim de tornar as definições mais adequadas (Apêndice D). Dentre estas sugestões, ressalta-se o posicionamento de um dos avaliadores quanto à pertinência dos fatores Refluxo Gastresofágico e Episódios convulsivos para PIAL haja vista que os mesmos referem-se a um diagnóstico médico, e, tratando-se de fator relacionado de um diagnóstico de enfermagem, surge o questionamento de como seria a atuação do enfermeiro diante destes fatores. No entanto, optou-se por permanecer com os referidos fatores, classificando-os como condições associadas seguindo o padrão atualmente utilizado pela NANDA-I. Estas se referem às condições em que o enfermeiro não intervém de forma independente, porém pode auxiliar no processo de inferência diagnóstica (HERDMAN; KAMITSURU, 2017).

Outro fator elencado pelos juízes foi o Padrão inadequado de oferta alimentar. A sugestão dada sobre a clareza operacional referiu-se ao modo de avaliação deste fator. Assim, foi sugerida a criação de um *check-list* contendo as recomendações do Ministério da Saúde sobre manejo, preparação, conservação e oferta de alimentos aos lactentes. Propôs atribuição de valores a estes itens, dos quais se calcula uma média e, ao final, se estipula um ponto de corte, classificando-o de forma dicotômica (adequado/inadequado). Para este item, seguimos a mesma abordagem do item hipotonia, considerando a necessidade de manter o gradiente espectral deste fator etiológico.

Tabela 5. Análise de validade de conteúdo dos indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem PIAL. Fortaleza, 2017.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC			Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	V	Valor p	
1. Peso Inadequado para a idade							
Relevância	0,343	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Clareza conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Precisão conceitual	0,344	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Clareza operacional	0,521	<0,001	1,00	0,88	1,00	1275	0,975
Precisão operacional	0,333	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
2. Comprimento inadequado para a idade							
Relevância	0,343	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Clareza conceitual	0,300	<0,001	1,00	1,00	1,00	1711	1,000
Precisão conceitual	0,414	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
Clareza operacional	0,363	<0,001	1,00	1,00	1,00	1540	1,000
Precisão operacional	0,334	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
3. IMC inadequado para a idade							
Relevância	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza conceitual	0,170	<0,001	1,00	1,00	1,00	1891	1,000
Precisão conceitual	0,344	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Clareza operacional	0,430	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
Precisão operacional	0,343	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
4. Atraso nos marcos do desenvolvimento							
Relevância	0,562	<0,001	1,00	0,88	1,00	1176	0,889
Clareza conceitual	0,364	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Precisão conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza operacional	0,439	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
Precisão operacional	0,416	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000
5. Engasgo							
Relevância	0,663	<0,001	0,88	0,87	1,00	861	0,149
Clareza conceitual	0,369	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
Precisão conceitual	0,413	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000
Clareza operacional	0,399	<0,001	1,00	1,00	1,00	1540	1,000
Precisão operacional	0,364	<0,001	1,00	1,00	1,00	1596	1,000
6. Irritabilidade							
Relevância	0,591	<0,001	1,00	0,88	1,00	1081	0,702
Clareza conceitual	0,528	<0,001	1,00	0,88	1,00	1176	0,889
Precisão conceitual	0,594	<0,001	1,00	0,88	1,00	1081	0,702
Clareza operacional	0,479	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	0,990
Precisão operacional	0,560	<0,001	1,00	0,88	1,00	1176	0,889
7. Proteção Ineficaz							
Relevância	0,633	<0,001	0,88	0,75	1,00	990	0,450
Clareza conceitual	0,300	<0,001	1,00	1,00	1,00	1711	1,000
Precisão conceitual	0,333	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Clareza operacional	0,479	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	0,990
Precisão operacional	0,460	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	0,997

Continuação Tabela 5. Análise de validade de conteúdo dos indicadores clínicos para o diagnóstico de enfermagem PIAL. Fortaleza, 2017.

Item	Teste de Shapiro-Wilk		IVC			Teste de Wilcoxon	
	W	Valor p	Mediana	IC 95%	V	Valor p	
8. Vômitos							
Relevância	0,419	<0,001	1,00	1,00	1,00	1485	1,000
Clareza conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Precisão conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza operacional	0,460	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	0,997
Precisão operacional	0,391	<0,001	1,00	1,00	1,00	1540	1,000
9. Coloração de pele e mucosas inadequada							
Relevância	0,514	<0,001	1,00	0,88	1,00	1225	0,943
Clareza conceitual	0,602	<0,001	0,88	0,87	1,00	990	0,450
Precisão conceitual	0,454	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
Clareza operacional	0,726	<0,001	0,87	0,75	0,88	666	0,008
Precisão operacional	0,695	<0,001	0,87	0,75	1,00	780	0,054
10. Integridade de pele e mucosas prejudicada							
Relevância	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza conceitual	0,471	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	0,997
Precisão conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza operacional	0,499	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	0,990
Precisão operacional	0,411	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
11. Constipação							
Relevância	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza conceitual	0,454	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
Precisão conceitual	0,567	<0,001	1,00	0,88	1,00	1081	0,702
Clareza operacional	0,498	<0,001	1,00	1,00	1,00	1326	0,990
Precisão operacional*	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
12. Diarreia							
Relevância	0,458	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
Clareza conceitual	0,439	<0,001	1,00	1,00	1,00	1431	0,999
Precisão conceitual	0,435	<0,001	1,00	1,00	1,00	1378	0,997
Clareza operacional	0,106	<0,001	1,00	1,00	1,00	1953	1,000
Precisão operacional*	--	--	1,00	--	--	2016	1,000
13. Erupção dentária tardia							
Relevância	0,577	<0,001	1,00	0,88	1,00	1081	0,702
Clareza conceitual	0,333	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Precisão conceitual	0,220	<0,001	1,00	1,00	1,00	1830	1,000
Clareza operacional	0,333	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000
Precisão operacional	0,333	<0,001	1,00	1,00	1,00	1653	1,000

* Dados observados não apresentaram variabilidade

Assim como na análise dos fatores etiológicos, os indicadores clínicos de PIAL também foram bem avaliados quanto à relevância, clareza e precisão de seus elementos e respectivas definições (Tabela 5). Contudo, um indicador apresentou IVC estatisticamente

inferior a 0,9 para a adequação ao item. A clareza operacional do indicador clínico Coloração de pele e mucosas inadequada apresentou inconsistência em sua definição por não estar claro na definição proposta, segundo os juízes, quais alterações estariam relacionadas aos déficits nutricionais do lactente. Desse modo, alguns avaliadores sugeriram o acréscimo de informações que especifiquem esta relação, como a palidez de pele e mucosas associada à deficiência de ferro.

Ademais, é importante destacar o posicionamento de um juiz diante o indicador Vômito, o qual foi questionado se de fato corresponderia a um indicador clínico de PIAL ou se deveria ser alocado como um fator etiológico do fenômeno. Entretanto, não foi realizada nenhuma justificativa para tal questionamento. Desse modo, considerando os achado da TMA, optou-se por permanecer o elemento como um comportamento referente ao diagnóstico, visto que o vômito apresenta-se como manifestação clínica da Hipersensibilidade oral e do Refluxo gastroesofágico, ambos os fatores etiológicos de PIAL.

Neste mesmo sentido, o indicador clínico Engasgo também foi questionado quanto à sua posição como manifestação de PIAL, o qual estaria melhor alocado dentre os fatores etiológicos do fenômeno, segundo a opinião de um juiz. Assim, como o Vômito, o indicador Engasgo também foi retratado pela TMA como manifestação de outros estímulos para PIAL, como a Hipersensibilidade oral, o Uso prolongado de sondas enterais e o Refluxo gastroesofágico. Portanto, decidiu-se mantê-lo como indicador do diagnóstico em estudo.

Quanto aos outros indicadores clínicos, ainda que validados pelos altos valores de IVC, foram sugeridos pequenos ajustes, aprimorando a redação e o entendimento das definições conceituais e operacionais destes elementos. Estas modificações estão dispostas no apêndice E.

Por fim, além das considerações sobre os elementos expostos, os juízes puderam, também, sugerir a inserção de novos possíveis componentes, como Internamento hospitalar e Broncodisplasia para compor os fatores etiológicos de PIAL. Adicionalmente, foi proposta inclusão de indicadores clínicos Dieta láctea prevalente após os seis meses e Oferta de alimentos ultra processados. Ainda, é válido destacar a opinião de um avaliador sobre a retirada do indicador clínico Diarreia, pois o mesmo não seria específico para o diagnóstico em estudo. Estas possibilidades serão discutidas na próxima sessão.

2.6 Discussão

2.6.1 O Perfil dos avaliadores de PIAL

A taxa de retorno do material de PIAL destinado à análise foi de 38%. Valores semelhantes foram também encontrados em outros estudos de análise de conteúdo diagnóstico (OLIVEIRA, 2011; GUEDES, 2011, CAVALCANTE, 2011; MANGUEIRA, 2014). A dificuldade para obter uma quantia satisfatória de materiais respondidos é ressaltada na literatura por diversos autores como um fato decorrente da escassez de enfermeiros com elevado grau de conhecimento sobre a temática de diagnósticos de enfermagem, bem como a pouca disponibilidade, diante das responsabilidades profissionais, de avaliadores experts para participar dos estudos de validação diagnóstica. Além disso, a literatura aponta a falta de consenso na determinação de critérios de seleção destes juízes como outro obstáculo pertinente aos estudos de validação de conteúdo diagnóstico (LEVIN; WILKISON, 2001; GALDEANO, ROSSI, 2006; CARVALHO et al., 2008; MELO et al., 2011; LOPES, SILVA e ARAÚJO, 2012; POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014; SANTOS; ALMEIDA; LUCENA, 2016).

Os critérios de seleção adotados no presente estudo, inspirados na classificação de Benner, Tanner e Chesla (2009), levaram em consideração a experiência clínica e acadêmica dos juízes, como encontrado em diversos estudos de validação de conteúdo (GUEDES, 2011; MELO et al., 2011; SANTOS et al., 2013; OLIVEIRA, 2013; MANGUEIRA, 2014; CLEIRES et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2015). O perfil dos juízes apresentou predominância de elevados níveis desta classificação – iniciante avançado, competente e proficiente, os quais são caracterizados por enfermeiros com critérios de julgamento mais refinados que as instâncias iniciais do conhecimento, devido às habilidades teóricas e práticas fundamentadas em experiências anteriores.

Neste sentido, o tempo de experiência consiste em um importante fator na classificação do nível de conhecimento dos peritos, visto sua influência na tomada de decisão (CARVALHO et al., 2008). Autores ressaltam um tempo mínimo de dois anos de prática para aqueles profissionais classificados entre principiantes e experts, sendo considerado um avaliador experiente aquele com tempo de prática entre dois e dez anos de atuação (SIMMONS et al., 2003). No entanto, Lopes, Silva e Araújo (2012) recomendam um tempo mínimo de cinco anos de experiência clínica para o perfil de um bom avaliador. Desse modo, os participantes do presente estudo apresentaram tempo de atuação na temática de interesse de

seis anos, representando nível de conhecimento satisfatório. Corroborando com isto, Nojima et al (2003) e Robertson (2001) elencaram o tempo mínimo de atuação de 10 anos para um avaliador ser considerado expert no domínio em estudo. Assim, o achado no presente estudo, referente ao tempo de atuação dos avaliadores, condiz com os níveis de expertise predominantes na amostra, os quais representam níveis elevados de conhecimento, porém não atingindo a classificação de mais alto grau.

Ainda no que se refere ao perfil dos peritos, o uso de critérios mais rigorosos pode justificar a ausência de juízes com o mais alto nível de conhecimento – *expert*. Ao considerar um conjunto de atributos envolvendo experiência clínica e acadêmica/científica, o presente estudo vai de encontro ao preconizado por Fehring (1987) no que se refere à titulação. Este autor traz o título de Doutor como referência para o alto nível de expertise. No entanto, tal titulação não confere ao juiz conhecimento absoluto sobre a temática, sendo necessário uni-la às habilidades práticas, ao tempo de experiência clínica e científica dentro da temática em estudo, e à intuição, a qual é aprimorada com o tempo de atuação. Neste sentido, o estudo teve discreta variação entre a frequência de mestres e doutores, o que também foi observado em análises de conteúdo semelhantes a esta (GUEDES, 2011; OLIVEIRA, 2011; MELO et al, 2011; CAVALCANTE, 2011; MANGUEIRA, 2014 GUIMARÃES et al., 2015; CLEIRES et al., 2015).

Além do tempo de atuação e da titulação, outra variável de destaque é a participação em grupos de pesquisa sobre terminologias de enfermagem. O presente estudo apresentou porcentagem elevada (74%) de juízes que participam ou já foram membros de grupo de estudo. Esta taxa pode ser associada à busca realizada por peritos que tivessem conhecimento em taxonomias de enfermagem, direcionando, assim, a seleção para profissionais que de fato tivesse participação em grupos de pesquisa. No entanto, mesmo que pareça uma seleção tendenciosa, esta informação destaca a importância dos grupos de estudos para o processo de validação de conteúdo, visto que estes trazem o conceito de sabedoria coletiva e do teorema da diversidade preditiva dentro de suas propostas ao permitirem atualizações, discussões, produções científicas, estudos focados, compartilhamento de novas informações sobre conceitos diagnósticos e suas implicações na prática.

Diante o exposto, os critérios destacados representam quesitos pertinentes para a obtenção de um bom perfil de avaliador, corroborando para a fidedignidade dos resultados. Com isto, a amostra do presente estudo mostrou-se adequada para a análise de conteúdo dos conceitos envolvidos no fenômeno de enfermagem PIAL.

2.6.2 Análise da definição de PIAL

A apreciação pelos peritos da definição proposta para PIAL evidenciou a inconsistência da mesma trazida pela taxonomia NANDA-I, visto que a opção sugerida após a construção da TMA de PIAL foi a mais bem aceita. Ao referir-se a um padrão alimentar, a definição do diagnóstico de enfermagem deveria abranger conceitos/termos que dessem uma ampla visão do fenômeno e não apenas se restringir aos aspectos anatômicos e fisiológicos do processo alimentar, como é a definição de PIAL elencada na taxonomia. Desta forma, o fenômeno em estudo parece ser uma derivação de outro diagnóstico de enfermagem, Amamentação Ineficaz, ou uma restrição do diagnóstico Deglutição Prejudicada para um público específico (lactente), o que pode gerar dúvidas no processo de inferência diagnóstica.

Conforme Nobre et al. (2012) e Souza et al. (2013), um padrão alimentar representa o retrato da ingestão de alimentos e nutrientes, envolvendo aspectos em diversas vertentes (anatômica, fisiológica, social, intelectual, comportamental e ambiental). Desse modo, os avaliadores julgaram a definição destacada pela TMA como a mais coerente ao título do diagnóstico, inserindo tais vertentes ao termo *práticas alimentares*.

2.6.3 Análise dos fatores etiológicos de PIAL

A análise dos juízes evidenciou algumas dúvidas sobre as definições dos fatores desencadeadores de PIAL. Dentre estas, pode-se destacar o estímulo, como são classificados os fatores etiológicos na TMA (capítulo 1), Hipersensibilidade oral, o qual teve sua definição conceitual questionada por centralizar-se no reflexo de gag. Este reflexo é classificado como um mecanismo de proteção pertinente em todas as faixas etárias e é fisiológico na porção anterior da língua até os seis meses de vida, momento em que a criança inicia de forma mais frequente o reflexo de mordida (SOUZA et al., 2014). Após este período, o reflexo de gag passa a ser desencadeado na porção posterior da língua e/ou palato mole, tornando-se um reflexo protetor por toda a vida do indivíduo (ROQUE et al., 2009). No entanto, quando há uma exacerbação deste mecanismo, ou seja, quando há movimentos fortes de expulsão e de contração faríngea, ou presença vômitos, o processo alimentar pode tornar-se prejudicado.

Neste sentido, a sensibilidade oral aumentada pode ser encontrada em indivíduos com acometimentos no sistema nervoso central, como na paralisia cerebral (PC) e na mielomeningocele. Estudo mostra crianças entre 18 e 36 meses de vida com PC que manifestaram, em sua maioria (73%), sinais sugestivos de alteração da funcionalidade dos

mecanismos orais, dentre estes o reflexo de gag, indicando uma sensibilidade prejudicada (BENFER et al., 2013). Dentro deste contexto, vale destacar o conceito de disfagia, o qual está estreitamente relacionado à exacerbação dos reflexos orais primitivos, como o *gag* (vômito), e corresponde a uma condição comum em crianças com PC. (CALIS et al, 2008; SANTORO et al, 2012; ARAÚJO et al, 2012; ARVEDSON, 2013; DODRILL; GOSA, 2015).

Adicionalmente, a presença deste reflexo alterado quando há ingestão de líquidos ou sólidos, evidencia um importante sinal de disfagia orofaríngea (BENFER et al., 2013). Quanto à má formação congênita – mielomeningocele - estudo com crianças com tal condição de saúde evidenciou que maior parte da amostra manifestou sensibilidade elevada de língua e palato, 65,3% e 57,8%, respectivamente, ressaltando os possíveis prejuízos alimentares que esta população pode apresentar (SILVÉRIO; SANT'ANNA; OLIVEIRA, 2005).

Outro fator relacionado à manifestação de PIAL que apresentou inconsistências entre as opiniões dos juízes foi Hipotonia. A dúvida ressaltada sobre este elemento referiu-se ao modo de mensuração do mesmo. Porém, antes de abordar este aspecto, é importante ressaltar a relação entre o fator e o fenômeno diagnóstico em estudo.

A taxonomia NANDA-I traz Retardo neurológico como um dos fatores relacionados à PIAL. Como referido na TMA de PIAL, no capítulo anterior, este elemento foi substituído por Hipotonia, haja vista que a nomenclatura proposta pela taxonomia representa algo amplo, o que poderia causar dúvidas no momento da identificação deste fator. Desse modo, os achados da literatura referente aos déficits neurológicos evidenciaram a condição Hipotonia como um importante elemento relacionado a processos alimentares ineficazes (REED, 2007; PEREDO; HANNIBAL, 2009; CRAPNELL et al., 2013). Assim, crianças hipotônicas podem apresentar habilidades orais prejudicadas devido ao tônus muscular diminuído, bem como aos acometimentos neurológicos, ocasionando um processo alimentar com prejuízos nas etapas da sucção, deglutição e mastigação (MURRAY et al., 2010; CRAPNELL et al., 2013;).

Diante o exposto, a identificação da hipotonia de forma antecipada pode ser aliada à tomada de decisão precoce, fornecendo ao lactente e seus familiares suporte durante o ato alimentar. A definição operacional do fator Hipotonia não foi validada pelos peritos, pois, segundo alguns juízes, não estava claro como seriam realizados alguns procedimentos oriundos do exame neurológico do lactente. Deste modo, a literatura traz como métodos de avaliação: a suspensão supina/ventral do lactente pelos membros superiores e o deslocamento pelas mãos (manobra do arrasto), onde não há controle cefálico, a observação de membros

inferiores em hiperabdução, e a manobra de cachecol, na qual o cotovelo do lactente excede a linha média torácica em direção ao ombro oposto (REED, 2007; PEREDO e HANNIBAL, 2009).

Ademais, ainda no que se refere à hipotonia e o processo alimentar, destaca-se a importância do enfermeiro diante lactente hipotônicos no tocante ao incentivo à amamentação infantil. Com isto, um protocolo foi construído com o objetivo de orientar profissionais de saúde ao correto manejo de crianças com hipotonia frente ao aleitamento materno, ressaltando que, mesmo com acometimento muscular e neurológico, é possível oferecer a criança o leite materno diretamente das mamas (THOMAS, MARINELLI e HENNESSY, 2007).

Os fatores Idade materna, Escolaridade materna e Renda familiar apresentaram resultados insatisfatórios quanto à relevância dos elementos para o fenômeno em estudo (PIAL). De acordo com as sugestões dos juizes, estes elementos não foram validados devido à falta de um termo que o caracterizasse junto à sua nomenclatura. Assim, foi necessário estabelecer referências para estes fatores, conforme os achados da literatura expostos a seguir.

As características maternas configuram importantes elementos para a adoção de práticas alimentares adequadas. Diversos estudos trazem a relação entre a faixa etária materna, o grau de escolaridade e a renda familiar e o padrão alimentar das crianças (LI et al., 2008; CORRÊA et al., 2009; QUIJADA et al., 2012; BRASIL, 2013; SOUZA et al., 2013; SALDIVA et al., 2014; WEN et al., 2014; PÉREZ-ESCAMILLA, SEGURA-PÉREZ e LOTT, 2017). Caetano et al. (2010) identificaram, em estudo com crianças menores de 12 meses, um quadro de práticas alimentares inadequadas ao preconizado pelos órgãos federais de saúde (BRASIL, 2010). A amostra apresentou, em sua maioria, o consumo precoce de leite de vaca, preparo inadequado de fórmulas infantis, alto consumo de alimentos industrializados, além das quantidades insatisfatórias de nutrientes. Estas condutas foram associadas, pelas próprias genitoras, aos seus conhecimentos prévios e aos seus hábitos alimentares (CAETANO et al., 2010).

Corroborando com o exposto, Li et al. (2008) associaram estas condutas à baixa escolaridade materna, à idade materna mais jovem e à baixa renda familiar. Neste estudo, o aleitamento materno foi interrompido antes do primeiro mês de vida com maior frequência entre as mães com faixa etária mais jovem (18 a 24 anos) e menor renda familiar. Além disso, outros estudos evidenciaram que famílias com renda mais baixa alimentam-se de uma forma monótona, baseada em arroz, feijão, milho e café, bem como alimentos industrializados com alto valor energético, porém baixo valor nutricional (QUIJADA et al., 2012; SOUZA et al., 2013; WEN et al., 2014). Adicionalmente, os autores destacam as idealizações equivocadas

das genitoras sobre o aleitamento materno, como a produção láctea insuficiente, a não saciedade do lactente após as mamadas e as dores nas mamas durante o processo de amamentação (LI et al, 2008; LIMA et al., 2011).

Ainda no que se refere aos estímulos de PIAL, o fator Refluxo gastresofágico (RGE), apesar de ter sido validado, merece destaque devido a alguns questionamentos levantados pelos juízes. Afora as sugestões sobre pequenos reparos nas definições de RGE, uma dúvida pertinente surgiu quanto à relevância do elemento para a ocorrência de PIAL. Isto porque este fator corresponde a um diagnóstico médico, o que torna limitadas as intervenções de enfermagem para o mesmo.

O RGE, também denominado de regurgitação infantil, corresponde a uma falha no fechamento do esfíncter, ocasionando retorno de conteúdo gástrico ao esôfago (ARAÚJO et al., 2012). No entanto, é necessário diferenciar o fenômeno de regurgitação fisiológico para a faixa etária do lactente e a doença do refluxo gastresofágico (DRGE). O primeiro, segundo Hyman et al. (2006), consiste no retorno, de forma involuntária, do conteúdo deglutido, para dentro ou fora da cavidade oral. Estará presente quando, até os 12 meses de vida, o lactente apresentar dois ou mais episódios de regurgitação por dia durante três semanas ou mais e estes episódios não estiverem relacionados a vômitos, hematêmese, aspiração, dificuldades na deglutição/alimentação ou prejuízo no desenvolvimento infantil (HYMAN et al., 2006; MORAIS, 2016). Quanto à DRGE, consiste no retorno do conteúdo gástrico associado a sintomas como inflamação dos tecidos (esofagite), déficits no crescimento infantil e dificuldades no processo alimentar, presentes após o primeiro ano de vida (HYMAN et al., 2006; MORAIS, 2016).

Neste contexto, destacando a importante prevalência da DRGE e suas consequências para a saúde do lactente (COSTA et al., 2004; LÜTHOLD et al, 2010; PUCCINI, BERRETIN-FELIX, 2015), optou-se por manter o fator etiológico para futura validação clínica nesta população.

Situação semelhante à análise do fator RGE foi observada para o fator Episódios convulsivos, visto que este também é um diagnóstico médico, o que restringe as intervenções de enfermagem. A taxonomia NANDA-I contempla entre os elementos de PIAL o fator relacionado Prejuízo neurológico, no entanto, após a busca na literatura e construção da TMA, observou-se que esta denominação correspondia a eventos diversos e abrangentes, o que poderia causar dificuldades no processo de inferência diagnóstica. Desse modo, a literatura apontou que déficits neurológicos, como a ocorrência de convulsões, podem também elevar a ocorrência de um padrão alimentar ineficaz haja vista a má funcionalidade dos processos

motores e sensitivos. (WINCLER et al., 2010; SCHIRMER et al., 2004; LOPES et al., 2013; PELIZZO et al., 2017; DODRILL; GOSA, 2015; SANTORO et al., 2012; CALIS et al., 2008; ARAÚJO; SILVA; MENDES, 2012; ARVEDSON, 2013). Corroborando com o exposto, Sun et al (2011) evidenciaram a relação entre a amamentação e a ocorrência de episódios convulsivos, visto que crianças amamentadas por um período maior manifestaram menor risco para a epilepsia no 1º ano de vida em comparação àquelas que receberam AM por menos de um mês.

Ademais, recorrentes casos de convulsões, em crianças com déficits neurológicos, estão associados a doenças no sistema gástrico, como a DRGE mencionada anteriormente (KIM; KOH; LEE, 2017). Dentre a amostra avaliada no referido estudo, 92% dos participantes apresentava anormalidade no exame eletroencefalograma, o que concorda com o trazido pela NANDA-I no que se refere ao fator Prejuízo neurológico (HERDMAN e KAMITSURU, 2015). Adicionalmente, déficit nutricional, como a hipocalcemia, pode ser evidenciado por Episódios convulsivos, em casos de crianças com desnutrição grave (CHISTI et al., 2014). Portanto, o fator Episódios convulsivos foi mantido como estímulo de PIAL, para que possa também ser submetido a estudos clínicos com a população de interesse a fim de evidenciar sua presença ou ausência como antecedente do fenômeno de enfermagem.

Os demais fatores etiológicos elencados para o fenômeno PIAL foram validados com êxito pelos juízes, havendo algumas sugestões para melhorar as definições propostas, como citado anteriormente. Adicionalmente, alguns juízes sugeriram a inclusão de dois fatores etiológicos: internamento hospitalar e broncodisplasia.

No tocante ao Internamento hospitalar, este elemento se faz pertinente ao diagnóstico em estudo. De fato, a literatura aponta o período de estadia hospitalar como um fator presente ao estado alimentar inadequado do lactente (FERREIRA; FRANÇA, 2002; MAGALHÃES et al., 2013; RODRIGUES et al., 2016), visto que crianças hospitalizadas mudam seu padrão alimentar devido às condições clínicas, que podem levar a perda de apetite e à aversão à comida, bem como ao ambiente hospitalar que pode gerar desconforto à criança. No entanto, é importante destacar que este fator estará presente de forma mais significativa quando a população a ser avaliada estiver presente na instituição hospitalar. Por outro lado, o internamento é um fator não modificável pelo enfermeiro, constituindo-se uma condição associada e não um fator relacionado de acordo com as novas definições da NANDA-I.

Quanto à sugestão para introduzir Broncodisplasia como fator de PIAL, optou-se por estender este termo às afecções respiratórias de um modo geral, visto que a literatura aponta tais acometimentos como elementos associados a um padrão alimentar prejudicado.

Isto se dá ao fato de que lactentes com o padrão respiratório debilitado apresentam alterações nos mecanismos de sucção e deglutição, bem como elevadas necessidades energéticas, o que pode implicar em um quadro nutricional instável (EVANGELISTA; OLIVEIRA, 2009; BARBOSA, GOMES, FISCHER, 2014; DINIZ et al., 2016). No entanto, este fator pode apresentar-se como predisponente à PIAL, estando diretamente relacionado a outro fator etiológico do diagnóstico, como Mecanismos de sucção insatisfatórios. Ademais, assim como o fator anteriormente citado, as afecções respiratórias também podem corresponder a condições associadas do diagnóstico.

2.6.4 Análise dos indicadores clínicos de PIAL

As características definidoras trazidas na taxonomia NANDA-I para o fenômeno PIAL (incapacidade de iniciar uma sucção eficaz, incapacidade de manter uma sucção eficaz e incapacidade de coordenar sucção, deglutição e respiração) restringiam-se a problemas no mecanismo de sucção, o que poderiam ocasionar um processo alimentar inadequado. Assim, a TMA sugeriu uma realocação destes indicadores para o conjunto de fatores relacionados do diagnóstico, sendo representado pelo fator etiológico Mecanismos de sucção insatisfatórios.

Em vista disso, novas manifestações clínicas foram elencadas pela revisão da literatura e validadas pelos peritos nesta segunda etapa do estudo. Todos os indicadores clínicos propostos para PIAL foram validados com êxito, exceto o indicador Coloração de pele e mucosas inadequada que apresentou inconsistência na sua definição operacional. Este sinal clínico corresponde ao prejuízo epidérmico decorrente do déficit nutricional, no qual pele e mucosas podem apresentar palidez, icterícia ou cianose, associadas ao processo alimentar. A palidez pode ser encontrada em casos de anemia ferropriva, visto a diminuição dos glóbulos vermelhos (HOCKENBERRY e WILSON, 2011), bem como o excesso ou escassez de vitamina A pode levar a alterações da pele, como coloração amarela/alaranjada ou prejuízos na mucosa ocular (xerofalmia, mancha de Bitot), respectivamente (GOULART; VIANA, 2008).

A hipovitaminose A consiste, ainda, em um problema de saúde pública, com alta prevalência da população pediátrica, estando relacionada ao padrão dietético inadequado (SBP, 2006; GOULART e VIANA, 2008; SALES et al., 2013; QUEIROZ et al., 2013; VILLALPANDO et al., 2015; ULAK et al., 2016). Ademais, o quadro de saúde do lactente pode ser complicado ao considerar que a deficiência desta vitamina também influencia

negativamente no metabolismo do ferro, diminuindo sua disponibilidade no sangue, o que pode levar à anemia ferropriva (SBP, 2006; SALES et al. 2013).

Desse modo, sua investigação torna-se um importante componente para o diagnóstico de padrão alimentar inadequado, a qual pode ser feita pela observação de sinais clínicos, investigação alimentar e/ou dados laboratoriais. Estes últimos podem ser disponíveis facilmente, porém é possível identificar o fator por meio da associação de sinais clínicos e da presença de inconsistências na dieta durante o inquérito alimentar (SBP, 2006). Adicionalmente, tais recomendações podem ser estendidas à investigação da anemia, a qual poder levar à palidez de pele e mucosas.

No tocante aos demais indicadores clínicos de PIAL, os quais foram validados, destacam-se os dados antropométricos como parâmetros principais na detecção de inadequações no crescimento infantil, principalmente relacionadas aos hábitos alimentares. Como referido anteriormente na TMA, a relação entre os índices de crescimento e a idade do lactente, bem como a avaliação do IMC representam importantes indicadores do padrão alimentar infantil. Diferentemente do exposto pela taxonomia NANDA-I no diagnóstico de Sobrepeso/Obesidade (HERDMAN; KAMITSURU, 2015), o IMC foi incluído para crianças menores, pois permite o reconhecimento daqueles lactentes que, em dado momento do passado apresentaram comprometimento da estatura devido à desnutrição, e que posteriormente, podem apresentar excesso de peso e baixa estatura (BRASIL, 2012).

Considerando-se as recomendações dos juízes, vale destacar que os indicadores sugeridos para inclusão nos elementos de PIAL – Dieta láctea prevalente após os seis meses de vida e Oferta de alimentos ultra processados – não foram acatados, haja vista que tais conceitos estão inseridos no fator etiológico Padrão inadequado de oferta alimentar, como apresentado no capítulo anterior. Ademais, a sugestão para retirada do indicador Diarreia também não foi considerada, visto a relação entre o fenômeno PIAL e seus fatores, apresentada durante a TMA.

2.7 Conclusão

A análise de conteúdo do diagnóstico PIAL oriundo da revisão da literatura por meio da construção de uma teoria de médio alcance possibilitou a expansão de seus elementos e respectivas definições, ressaltando as lacunas que estão presentes na taxonomia NANDA-I. Assim, os novos fatores etiológicos e indicadores clínicos possibilitaram a construção de uma nova definição para o fenômeno, a qual foi analisada e validada pelos juízes, de diferentes níveis de expertise, como mais adequada para PIAL.

Ao que se refere à classificação do nível de conhecimento dos avaliadores, percebeu-se que os critérios recomendados pela literatura, embora sem um consenso, apresentam limites definidos na experiência acadêmica e prática. No entanto, a mensuração das habilidades e dos conhecimentos dos juízes ainda precisa ser bem descrita para que a caracterização destes profissionais torne-se mais didática. Desse modo, o presente estudo apresentou uma maneira de classificar os participantes com base nas recomendações da literatura, porém de forma adaptada à realidade da amostra utilizada. Nesta, não se buscou por avaliadores com o mais alto nível de expertise, mas sim, optou-se por profissionais com diferentes graus de habilidade, corroborando com os conceitos da sabedoria coletiva e teorema da diversidade preditiva.

No tocante à análise de conteúdo dos fatores etiológicos de PIAL, dos doze elementos propostos, sete foram validados pelos juízes – Deformidade orofaríngea, Episódios convulsivos, Prematuridade, Uso prolongado de sondas enterais, Mecanismos de sucção insatisfatórios e Padrão inadequado de oferta alimentar – apresentando adequação em suas definições. Ainda que validados, foram realizadas pequenas reformulações conceituais, a fim de torna-los mais claros e precisos. Quanto aos indicadores clínicos, apenas um – Coloração de pele e mucosas prejudicada – não foi validado pelos juízes, no quesito clareza operacional. As adequações recomendadas pelos peritos foram consideradas, e aqueles elementos foram mantidos como importantes elementos clínicos da ineficácia alimentar do lactente.

Assim, os achados do presente estudo evidenciaram a fragilidade estrutural do diagnóstico PIAL, ressaltando a relevância das etapas realizadas para uma validação diagnóstica robusta, sendo necessárias para a execução de estudos clínicos bem embasados. Desse modo, sugere-se a realização da terceira etapa de validação diagnóstica – validação clínica – conforme as recomendações da literatura, com o objetivo de testar os achados do presente estudo na população referente ao diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Liubiana A.; SILVA, Luciana R.; MENDES, Fabiana A. A.. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. **J. Pediatr.**, [s.l.], v. 88, n. 6, p.455-64, 20 dez. 2012. *Jornal de Pediatria*. <http://dx.doi.org/10.2223/jped.2241>.
- ARVEDSON, J C. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties. **Eur. J. Clin. Nutr.**, Basingstoke, v. 67, p.9-12, 2013.
- BARBOSA, Lisiane de Rosa; GOMES, Erissandra; FISCHER, Gilberto Bueno. Sinais clínicos de disfagia em lactentes com bronquiolite viral aguda. **Rev. Paul. Pediatr.**, [s.l.], v. 32, n. 3, p.157-163, set. 2014. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432302>.
- BENFER, K. A. et al. Oropharyngeal Dysphagia and Gross Motor Skills in Children With Cerebral Palsy. **Pediatrics**, v. 131, n. 5, p.1553-1562, 15 abr. 2013 <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-3093>.
- BENNER, Patricia; TANNER, Christine; CHESLA, Catherine. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics**. 2. ed. New York: Springer Publishing Comapny, 2009.
- 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, 2013.
- 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.
- CAETANO, Michelle Cavalcante et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **J. Pediatr.**, [s.l.], p.196-206, 16 abr. 2010. *Jornal de Pediatria*. <http://dx.doi.org/10.2223/jped.1994>.
- CALIS, Elsbeth Ac et al. Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. **Dev. med. child neurol.**, [s.l.], v. 50, n. 8, p.625-630, ago. 2008. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03047.x>.
- CARVALHO, Emilia Campos de et al. Validação de diagnóstico de enfermagem:: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev. Eletr. Enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.235-240, mar. 2008.
- CAVALCANTE, Thaissa Frota. **Validação do diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral**. 2011. 188 f. Tese (Doutorado) -

Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

CLEIRES, Alessandra Borges Brum et al. Análise do conteúdo de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 68, n. 2, p.261-267, mar. 2015.

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.

COSTA, Aldo J. F. et al. Prevalência de refluxo gastroesofágico patológico em lactentes regurgitadores. **J. Pediatr.**, São Paulo, v. 80, n. 4, p.291-296, mar. 2004.

CRAPNELL, TI et al. Factors associated with feeding difficulties in the very preterm infant. **Acta Paediatr.**, v. 102, n. 12, p.539-545, 30 set. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.12393>.

DELANEY, A. L.; ARVEDSON, J. C. Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. **Dev. Disabil. Res. Rev.** v. 14 p. 105-117. 2008.

DINIZ, C. M., NUNES, M. M., MENEZES, A. P., LOPES, M. V. O. Padrão ineficaz de alimentação do lactente. IN: NANDA Internacional Inc: HERDMAN, T. H., NAPOLEÃO, A. A., SILVA, V. M., organizadores. **PRONANDA Programa de Atualização em Diagnóstico de Enfermagem: Ciclo 4**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016.

DODRILL, Pamela; GOSA, Memorie M.. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. **Annals Of Nutrition And Metabolism**, [s.l.], v. 66, n. 5, p.24-31, 24 jul. 2015. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000381372>.

ESCUDEY, M. M. L.; GIUGLIANI, E. R.J. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. **Nutrit. J.**, v. 13. 2014.

EVANGELISTA, Daiana; OLIVEIRA, Andressa. Transição alimentar em recém-nascidos com displasia broncopulmonar. **Rev Cefac**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.102-109, mar. 2009.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**. v.16, n.16, p. 625-629, 1987.

FEHRING, R. J. The Fhering Model. IN: CARROL-JOHNSON, R. M; PAQUETTE, M. (Eds). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference**. Glendale: Lippitncott, 1994.

FERREIRA, Haroldo S.; FRANÇA, Adijane O.s.. Evolução do estado nutricional de crianças submetidas à internação hospitalar. **J. Pediatr.**, São Paulo, v. 78, n. 6, p.491-497, ago. 2002.

GALDEANO, L. Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida; PELEGRINO, Flávia Martinelli. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.549-555, out. 2008.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p.60-66, abr. 2006.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.11, n. 3, p. 24-31, 1998.

GOULART, Maria Horta de Figueiredo; VIANA, Maria Regina de Almeida. **Saúde da criança e do adolescente: agravos nutricionais**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialistas**. 2011. 251 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GUIMARÃES, Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos et al. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. **Intern. J. Nursing Knowledge**, New York, v. 27, n. 3, p.130-135, jul. 2016.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, S.. **Nursing Diagnosis: definitions and classification**. 11. ed. New York: Thieme, 2017.

HERDMAN, T.H; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017** Porto Alegre: Artmed, 2015.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **WONG: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012

HOSKINKS, L. M. How to do validation study. IN: RANTZ, R.M., LeMONE, P. **Classification of the nursing diagnosis: proceeding of the twelfth conference**. Glendale: Lippincott, 1997.

HYMAN, Paul E. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. **Gastroenter.**, v. 130, n. 5, p.1519-1526, abr. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.065>.

KIM, Seung; KOH, Hong; LEE, Joon Soo. Gastroesophageal Reflux in Neurologically Impaired Children: What Are the Risk Factors?. **Gut And Liver**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.232-236, 15 mar. 2017. The Editorial Office of Gut and Liver. <http://dx.doi.org/10.5009/gnl16150>.

LEVIN, Rona. Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. **Nursing Diagnosis**, New York, v. 12, n. 1, p.29-32, mar. 2001.

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.

LIMA, Ana Paula Esmeraldo; JAVORSKI, Marly; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 64, n. 5, p.912-918, dez. 2011.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 66, n. 5, p.649-655, set. 2013.

LOPES, M.V.O. **Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia**, In: (org). ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. Rouquayrol epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAÚJO, T.L. Validação de diagnósticos de Enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. Bras. Enferm.** v. 66 n.5 p. 649-655, 2013.

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

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins da. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: HERDMAN, T. Heather (Org.). **PRONANDA**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016. p. 9-51. (Ciclo 4).

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; SILVA, Viviane Martins da; ARAUJO, Thelma Leite de. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **Intern. J. Nursing Knowledge**. New York, p. 134-139. out. 2012.

LOPES; M.V.O.; SILVA, V.M.; HERDMAN, T.H. Causation and Validation of Nursing Diagnoses: A Middle Range Theory. **Intern. J. Nursing Knowledge**. 2015.

LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v.21, p.82-88, 2010.

LÜTHOLD, Samuel C. Disagreement between symptom-reflux association analysis parameters in pediatric gastroesophageal reflux disease investigation. **World Journal Of Gastroenterology**, [s.l.], v. 16, n. 19, p.2401-2408, 2010. Baishideng Publishing Group Inc.. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v16.i19.2401>.

MAGALHÃES, Emilia A. de et al. Associação entre tempo de internação e evolução do estado nutricional de crianças internadas em um hospital universitário. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, S.i., v. 8, n. 2, p.104-114, maio 2013.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Processos familiares disfuncionais relacionados ao abuso de álcool**. 2014. 182 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

MELO, Renata Pereira et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene Enferm.**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p.424-431, fev. 2011.

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

MORAIS, Mauro Batista de. Signs and symptoms associated with digestive tract development. **J. Pediatr.**, [s.l.], v. 92, n. 3, p.46-56, maio 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.02.008>.

MURRAY, Deirdre M et al. The predictive value of early neurological examination in neonatal hypoxic-ischaemic encephalopathy and neurodevelopmental outcome at 24 months. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 52, n. 2, p.55-59, 23 dez. 2009. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03550.x>.

NOBRE, Luciana N.; LAMOUNIER, Joel A.; FRANCESCHINI, Sylvia C. C.. Preschool children dietary patterns and associated factors. **J. Pediatr.**, p.129-136, 15 mar. 2012 <http://dx.doi.org/10.2223/jped.2169>.

NOJIMA, Yoshiko et al. Defining characteristics of expertise in Japanese clinical nursing using the Delphi technique. **Nurs. Health Scien.**, v. 5, p.3-11, jul. 2003.

OLIVEIRA, Ana Railka de Souza. **Validação dos Resultados de Enfermagem da Deglutição e Prevenção de Aspiração em pacientes após acidente vascular cerebral**. 2011. 252 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

PAIVA, Adriana de Azevedo et al. Estado nutricional de hierro en niños de 6 a 59 meses de edad y su. **Nutricion Hospitalaria**, n. 3, p.734-740, 1 maio 2013. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6396>.

PEREDO, D. E.; HANNIBAL, M. C.. The Floppy Infant: Evaluation of Hypotonia. **Pediatrics in Review**, v. 30, n. 9, p.66-76, 1 set. 2009. <http://dx.doi.org/10.1542/pir.30-9-e66>.

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.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice**. 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

POLIT, DF, BECK CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; PAIVA, Luciana. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 48, n. 1, p.49-57. 2014.

PUCCINI, Flávia Rebelo Silva; BERRETIN-FELIX, Giédre. Refluxo gastroesofágico e deglutição em recém nascidos e lactentes: revisão integrativa da LITERATURA. **Rev. Cefac**, São Paulo, v. 17, n. 5, p.1664-1675, out. 2015.

QUEIROZ, Daiane de et al. Deficiência de vitamina A e fatores associados em crianças de áreas urbanas. **Rev. Sau. Pub.**, [s.l.], v. 47, n. 2, p.248-256, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047002906>

QUIJADA, Mariana Martínez; GUTIÉRREZ, María Luisa Álvarez. Factores dietéticos y su relación con el apetito en niños menores de dos años con desnutrición leve. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, S.i, v. 62, n. 2, p.137-144, jun. 2012.

REED, Umbertina Conti. Síndrome da criança hipotônica: causas neuromusculares. **Rev Med**, São Paulo, v. 86, n. 2, p.82-93, jun. 2007.

ROBERTSON S. Problem Solving. **East Sussex**: Psychology Press, 2001.

RODRIGUES, Camila Neves et al. Perfil nutricional e fatores associados ao baixo peso e à redução do consumo alimentar em crianças hospitalizadas. **O Mundo da Saúde**, [s.l.], v. 40, n. 1, p.61-72, 31 mar. 2016. Centro Universitario Sao Camilo - Sao Paulo. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.201640016172>.

ROQUE, Franceline P et al. Reflexo de gag em jovens e idosos sem indícios de disfagia orofaríngea. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.31-39, abr. 2009.

ROY, C. **Generating middle range theory**: From evidence to practice. New York: Springer Publishing Company. 2014.

SALDIVA, Silvia Regina Dias Medici et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. **Nutrit. J.**, v. 13, n. 1, p.1-8, 3 abr. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-13-33>.

SANTORO, Amelia et al. A Proposed Multidisciplinary Approach for Identifying Feeding Abnormalities in Children With Cerebral Palsy. **J. Child Neurol.**, [s.l.], v. 27, n. 6, p.708-712, 21 out. 2011. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0883073811424083>.

SANTOS, Cássia Teixeira dos; ALMEIDA, Miriam de Abreu; LUCENA, Amália de Fátima. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p.2-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0782.2693>.

SANTOS, Eduarda Ribeiro dos et al. Validação do conceito risco de débito cardíaco diminuído. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 8, p.1-8, fev. 2013.

SCHIRMER, C.R.; FONTOURA, D.R.; NUNES, M.L. Language and learning disorders. **J. Pediatr.**, v. 80, n.2, p. 95-103. 2004.

SILVÉRIO, Carolina Castelli; SANT'ANNA, Tarsila Padoan; OLIVEIRA, Marla Fabiana. Ocorrência de Dificuldade Alimentar em Crianças com Mielomeningocele. **Rev Cefac**, São Paulo, v. 7, n. 1, p.75-83, mar. 2005.

SIMMONS, Barbara et al. Clinical Reasoning in Experienced Nurses. **Western Journal Of Nursing Research**, [s.l.], v. 25, n. 6, p.701-719, out. 2003. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945903253092>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Brasil). **Deficiência de vitamina A**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2007.

- SOUSA, C.S; TURRINI, R. N.T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 6, p. 990-996. 2012.
- SOUZA, Rosangela de Leon Veleda de et al. Padrões alimentares e fatores associados entre crianças de um a seis anos de um município do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p.2416-2426, dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156412>.
- SOUZA, Vanessa Fava et al. **Reflexos orais em recém-nascidos pré-termo e a termo.** 2014. Disponível em: <http://convibra.org/upload/paper/2014/79/2014_79_9666.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- SUN, Yuelian et al. Breastfeeding and Risk of Epilepsy in Childhood: A Birth Cohort Study. **J. Pediatr.**, [s.l.], v. 158, n. 6, p.924-929, jun. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.11.035>.
- THOMAS, Jennifer; MARINELLI, Kathleen A.; HENNESSY, Margaret. ABM Clinical Protocol #16: Breastfeeding the Hypotonic Infant. **Breastfeeding Medicine**, [s.l.], v. 2, n. 2, p.112-118, jun. 2007. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2007.9995>.
- ULAK, Manjeswori et al. Vitamin Status among Breastfed Infants in Bhaktapur, Nepal. **Nutrients**, [s.l.], v. 8, n. 3, p.149-163, 8 mar. 2016. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu8030149>.
- VILLALPANDO, Salvador et al. Nutritional status of iron, vitamin B12, folate, retinol and anemia in children 1 to 11 years old. Results of the Ensanut 2012. **Salud Pública de México**, México, v. 57, n. 5, p.372-384, out. 2015.
- WEN, X. et al. Sociodemographic Differences and Infant Dietary Patterns. **Pediatrics**, [s.l.], v. 134, n. 5, p.1387-1398, 13 out. 2014. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-1045>.
- WINCLER, D.C. *et al.* O valor do eletroencefalograma na avaliação de suspeitas de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com epilepsia. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 20, n. 2, p.263-269. 2010.
- Yi, Sheng Kung Michael et al. The Wisdom of the Crowd in Combinatorial Problems. **Cognitive Science**, [s.l.], v. 36, n. 3, p.452-470, 23 jan. 2012. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1551-6709.2011.01223.x>.

Apêndices

APÊNDICE A – MATERIAIS UTILIZADOS PARA ETAPA VALIDAÇÃO POR JUÍZES

CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezados especialistas,

Eu, Camila Maciel Diniz, Enfermeira, aluna de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, estou desenvolvendo uma pesquisa na área de Taxonomias de Enfermagem, com o título de “Validação do diagnóstico de Enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente”, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como especialista nas áreas de interesse desse estudo – taxonomias pediatria alimentação. Sua contribuição consistirá na avaliação e julgamento do diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente (PIAL), bem como de suas definições conceituais e operacionais. O instrumento de coleta é composto por elementos trazidos no diagnóstico PIAL presente na taxonomia da NANDA Internacional, bem como aqueles indicadores clínicos e fatores causais identificados após uma ampla revisão na literatura, por meio da construção de uma Teoria de Médio Alcance. Diante tal instrumento, o (a) Sr. (a) julgará a relevância dos elementos para o fenômeno de enfermagem, assim como a clareza e precisão de suas definições.

Caso deseje participar deste estudo, solicitamos que responda este e-mail o mais breve possível, declarando qual meio de comunicação de sua preferência para o recebimento do material (via eletrônica ou correspondência convencional). Após aceitação, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para responder os questionamentos e o instrumento de coleta de dados propriamente dito.

Gostaríamos se possível, sua indicação de outros especialistas nestas áreas para colaborar com nosso estudo.

Aguardamos sua resposta, e desde já, agradecemos sua valiosa atenção e disponibilidade. Estou à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Camila Maciel Diniz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ETAPA DE
VALIDAÇÃO POR JUÍZES

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Eu, Camila Maciel Diniz, sou enfermeira e mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Validação do diagnóstico de Enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente”, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes. O objetivo geral deste estudo é verificar a validade da estrutura do diagnóstico Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente (PIAL) revisada a partir de uma Teoria de Médio Alcance (TMA).

A princípio, gostaríamos de agradecer sua concordância em participar da pesquisa. Suas contribuições são de suma valia para o êxito do estudo. Garantimos o sigilo das informações obtidas, haja vista que tais respostas serão utilizadas apenas para a realização do estudo. Asseguramos que o (a) Sr. (a) será informado quanto aos procedimentos do estudo, sendo esclarecido de qualquer dúvida que possa surgir. Além disso, o (a) Sr. (a) terá total liberdade para retirar-se da pesquisa sem nenhum prejuízo.

Solicitamos sua colaboração para o reenvio do material devidamente preenchido em um **prazo máximo de 30 dias**, visto que os resultados serão essenciais para a execução da etapa seguinte (validação clínica).

Caso seja necessário contato imediato, disponibilizamos nossos, meu e de meu orientador, telefones, endereços postais e eletrônicos.

Novamente, agradecemos sua participação. Estamos à disposição.

Nome da Pesquisadora: Camila Maciel Diniz

Endereço: Rua Paulo Moraes, 620 – Fortaleza, Ce.

Telefone: (85)98185-4632

E-mail: camiladiniz.enf@gmail.com

Nome do Orientador: Marcos Venícios de Oliveira Lopes

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo – Fortaleza, Ce.

Telefone: (85)3366-8459

E-mail: marcos@ufc.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após esclarecido (a) pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar do estudo intitulado “Validação do diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente”.

_____, _____ de _____ de 2017.

(Assinatura do especialista e RG)

(Assinatura da pesquisadora e RG)

(Assinatura do orientador e RG)

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ETAPA DE ANÁLISE POR JUÍZES

Fonte: Guedes (2011); Mangueira (2014)

1 – Identificação do Especialista:

1.1 Sexo: () Feminino () Masculino

1.2 Idade: _____

1.3 Cidade de atuação: _____

1.4 Endereço para correspondência: _____

1.5 Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

1.4.1 Tema estudado: _____

1.4.2 Área de Estudo: _____

1.6 Atual ocupação: _____

1.7 Tempo de formação profissional: _____

Por gentileza, responder as questões a seguir:

1.8 Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos no contexto **Terminologia de Enfermagem** na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação
() Tese () Artigos científicos () Outros: _____

Se sim, quais terminologias? _____

1.9 Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos no contexto **Diagnóstico de Enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente** na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação
() Tese () Artigos científicos () Outros: _____

1.10 Desenvolveu ou está desenvolvendo trabalhos no contexto **Alimentação/Nutrição Infantil** na forma de:

() Monografia de graduação () Monografia de especialização () Dissertação
() Tese () Artigos científicos () Outros: _____

1.11 Participa ou já participou de grupos/projetos de pesquisa com foco na temática Terminologias de Enfermagem?

Sim Não

Se sim, qual o nome do grupo/projeto? _____

Por quanto tempo participou/participa do grupo/projeto? _____

1.12 Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

Hospital Unidade Básica de Saúde

Instituição de Ensino Outro: _____

1.13 Utiliza ou já utilizou Diagnósticos de Enfermagem na sua prática profissional?

Sim. Por quanto tempo? _____ Não

1.14 Presta ou já prestou assistência a lactentes com problemas na Alimentação/Nutrição e/ou com o diagnóstico Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente?

Sim Não

Se sim,

Lactentes com problemas na Alimentação/Nutrição

Lactentes com o Diagnóstico Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente

Lactentes com problemas na Alimentação/Nutrição e o diagnóstico Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente.

Em qual local? _____

Há quanto tempo? _____

1.15 Já identificou o diagnóstico Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente em sua prática profissional?

Nunca Algumas vezes Frequentemente

1.16 No ensino, ministra ou já ministrou disciplinas envolvendo o contexto de Diagnósticos de Enfermagem?

Sim Não

1.17 No ensino, ministra ou já ministrou disciplinas que envolvem o contexto Alimentação/Nutrição Infantil?

Sim Não

1.18 No ensino, ministra ou já ministrou disciplinas que abordam a temática Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente?

Sim Não

2 – Validação do Diagnóstico de Enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente

A seguir, leia atentamente os itens referentes ao diagnóstico Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente e responda o solicitado.

2.1 Qual definição você julga mais adequada para a etiqueta? Caso deseje, pode deixar suas sugestões.

Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente (PIAL)
<input type="checkbox"/> Definição 1: É a capacidade prejudicada de um lactente de sugar ou de coordenar a resposta sucção/deglutição, resultando em uma nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas (HERDMAN & KAMITSURU, 2015)
<input type="checkbox"/> Definição 2: É um conjunto inadequado de práticas alimentares que diverge do recomendado para o lactente pode levar a prejuízos à sua saúde (TMA).
Sugestões:

2.2 Caso julgue pertinente, você poderá acrescentar e/ou sugerir a retirada de características definidoras (CD e de fatores relacionados (FR) para o diagnóstico de enfermagem Padrão Ineficaz de Alimentação do lactente, contribuindo com suas justificativas.

Sugestão de inclusão de Fatores Etiológicos	Justificativa
Sugestão de retirada de Fatores Etiológicos	Justificativa
Sugestão de inclusão de Indicadores Clínicos	Justificativa
Sugestão de retirada de Indicadores Clínicos	Justificativa

2.3 A seguir, estão dispostas as definições conceituais e operacionais de cada elemento. Você deverá assinalar o parêntese que julgar pertinente quanto à relevância do elemento e a clareza e precisão de suas definições. Assinale 1 – discordo totalmente; 2- discordo parcialmente; 3- indiferente; 4- concordo parcialmente; 5- concordo totalmente.

FATORES ETIOLÓGICOS		
1. Deformidade Orofaríngea		Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: Alteração da estrutura oral que pode ter origem congênita ou traumática em que há modificação da funcionalidade das estruturas, dificultando a formação do bolo alimentar e o processo alimentar	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: O fator estará presente quando, por meio da inspeção, o pesquisador identificar descontinuidade das estruturas orais, incluindo lábios e palato.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
2. Hipersensibilidade Oral		Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: Alteração das conexões sensitivas gerando uma exacerbação de informações simultâneas às estruturas orais. O reflexo de gag é contextualizado neste fator. Este termo não apresenta tradução para o	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:

português, sendo definido como um reflexo de proteção semelhante ao vômito (ânsia de vômito).		
Operacional: 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. 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 gag (“engulhar”).	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
3. Refluxo Gastroesofágico*		
Sugestões:		Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: Falha no fechamento do esfíncter esofágico, causando o retorno do conteúdo gástrico para o esôfago, podendo ser chamado de regurgitação infantil (ARAÚJO et al., 2012).	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
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. O fator estará presente quando o pesquisador observar em documentos/registros clínicos a presença de exames confirmatórios para o diagnóstico de refluxo gastroesofágico.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
4. Padrão inadequado de oferta alimentar*		
Sugestões:		Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: refere-se ao comportamento equivocado, por parte dos cuidadores, em	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:

<p>oferecer alimentos impróprios para o lactente, no que diz respeito à qualidade, quantidade, frequência, consistência e tipo de alimento oferecido, além da relação entre o cuidador, lactente e ambiente durante as refeições.</p>		
<p>Operacional: será avaliado de acordo com o relato do cuidador diante o inquérito alimentar, considerando os tipos de alimentos, a quantidade e a qualidade, a frequência de consumo, a textura e o manejo. Serão considerados, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, sem oferecer água, chás ou outros alimentos; - A partir dos seis meses, introdução lenta e gradativa dos alimentos complementares ao leite materno; - Após os seis meses, oferta de alimentos complementares, três vezes ao dia, se a criança estiver em AM; - Oferta de diferentes alimentos durante o dia, compondo uma alimentação variada e colorida; - As refeições respeitam os horários da família, levando em consideração intervalos regulares e o apetite do lactente; - Alimentação complementar inicia-se com texturas pastosas e, gradativamente, aumenta-se a consistência para espessa; - Alimentação complementar espessa ofertada por colher; - Oferta de uma dieta diversificada, rica em frutas, verduras e legumes; evitar açúcar, embutidos, frituras, refrigerante; realizar correta higienização e conservação dos alimentos; - Higienização, manejo e preparo correto dos alimentos. Cada item receberá nota zero quando estiver discrepante ao 	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>

preconizado pelo MS, ou 1 quando de acordo. Logo, quanto maior a pontuação deste fator, melhor será a oferta alimentar.		
5. Episódios convulsivos** Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		
Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
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).	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
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.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
6. Hipotonia** Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()		
Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
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 et al., 2013).	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: o avaliador irá suspender o lactente em decúbito dorsal pelos membros superiores, sustentar o lactente em decúbito ventral, apoiando-o em seu braço	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:

<p>dominante e realizar a manobra do “cachecol”.</p> <p>O nível de hipotonia será registrado conforme o número de itens observados.</p> <p>Quanto maior o número de itens identificados, maior o grau de hipotonia do lactente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - não movimentar os membros ativamente contra a gravidade, seja de forma espontânea ou sob estimulação (REED, 2007). 		
<p>7. Prematuridade* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
<p>Definição</p>	<p>Clareza</p>	<p>Precisão</p>
<p>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).</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Operacional: será avaliado conforme a idade gestacional registrada no cartão de vacinação da criança ou documento de registro do serviço de saúde.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>8. Mecanismo de sucção insatisfatório*** Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
<p>Definição</p>	<p>Clareza</p>	<p>Precisão</p>
<p>Conceitual: inadequação na harmonia entre ritmo, força e sustentação da sucção (NEIVA et al., 2003; RAMSAY et al., 1996).</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Operacional: será avaliado com o auxílio da estimulação da sucção não-nutritiva (SNN), por meio do dedo mínimo enluvado. Serão</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>

<p>avaliados:</p> <p><i>Reflexos orais:</i></p> <p>- 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.</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</p> <p>- <i>Mordida:</i> 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>- <i>GAG:</i> 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.</p> <p><i>Movimentação da Língua:</i> Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado de língua diante do estímulo intra-oral.</p>		
---	--	--

<p>Inadequada: movimento póstero-anterior e/ou descoordenado de língua diante do estímulo intraoral. Ausente: ausência de movimentos</p> <p><i>Movimentação da Mandíbula:</i> 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><i>Força de Sucção:</i> 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><i>Ritmo da sucção:</i> < 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><i>Manutenção do ritmo de sucção:</i> Rítmico: Mantém o número de sucções por pausa previsto em um mesmo intervalo. Arrítmico: Alterna o número</p>		
--	--	--

<p>de sucções por pausa entre os intervalos</p> <p><i>Sinais de Estresse:</i></p> <p>Varição de postura: Mudança de postura durante o processo de avaliação da SN.</p> <p>Varição de coloração da pele: Mudança na coloração natural da pele durante ou após avaliação da SN.</p> <p>Batimento de asa nasal: Alargamento e abertura das narinas durante a respiração.</p> <p>Tiragem: Retração e afundamento supraesternal, supraclavicular e intercostal.</p> <p>Apneia: Interrupção da comunicação do ar atmosférico com as vias aéreas e pulmões. Ato de “prender a respiração”.</p> <p>Acúmulo de saliva: Quantidade excessiva de saliva em cavidade oral.</p> <p>Tremores de mandíbula: movimento involuntário em mandíbula devido instabilidade.</p> <p>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.</p> <p>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>Os itens serão avaliados de forma dicotômica. O itens de “Sinais de Estresse” serão classificados em 1 quando o sinal estiver ausente e 0 (zero) quando o sinal estiver presente. Os demais itens receberão pontuação contrária, 1 para quando o sinal estiver presente, e 0 (zero) para quando o sinal estiver ausente. Assim, quanto maior a pontuação melhor será a capacidade de sucção do lactente.</p>		
<p>9. Uso prolongado de sonda enteral* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p>		

Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
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.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: O fator será avaliado mediante observação de dados em prontuários médicos, nos quais contenham informações sobre o período de uso destes dispositivos.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
10. Idade materna* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: faixa etária materna, em anos completos.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: a informação será obtida por meio do relato verbal da genitora e/ou avaliação do documento oficial de identidade.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
11. Escolaridade materna* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: período de estudo escolar o qual a genitora realizou.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
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.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
12. Renda familiar* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		

Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: corresponde ao somatório da renda individual de cada morador de um mesmo domicílio que exerça atividade profissional/laboral.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: por meio do relato do responsável pelo infante, no momento da pesquisa.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:

INDICADORES CLÍNICOS

1. Peso inadequado para a idade*

Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Sugestões:

Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: valor do peso, mensurado em gramas/kg, discrepante daquele recomendado para a idade preconizado pela OMS e Ministério da Saúde.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: será avaliado mediante a obtenção do peso do lactente, utilizando uma 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. Será considerado o peso insatisfatório para idade quando score Z estiver acima de +2 ou abaixo de -2.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:

2. Comprimento inadequado para a idade*

Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Sugestões:

Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: medida discrepante àquela recomendada pelos órgãos de saúde (OMS e MS) para os valores do comprimento relacionado à idade do lactente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: Será avaliada	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

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 considerada comprimento insatisfatória para idade quando escore Z abaixo de -2 e acima de +2.	Sugestões:	Sugestões:
3. Índice de Massa Corpórea inadequado para a idade* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: razão entre o peso e o quadrado da altura do lactente incompatível com o recomendado pela OMS e MS.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: será calculado o IMC conforme a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)}/\text{Altura}^2(\text{m})$. O valor será convertido em escore Z. O indicador estará presente se os valores encontrados estiverem abaixo de -2 escores Z ou acima de +2 escores Z.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
4. Atraso nos marcos desenvolvimento* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:		
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: comportamentos reduzidos em comparação às atividades intelectuais que deveriam ser realizados de acordo com os marcos do desenvolvimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Esses marcos incluem memória, comunicação, controle postural e afetividade.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: será avaliado pelos reflexos e marcos do desenvolvimento, de acordo	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:

<p>com o preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como a literatura de apoio de Rotta et al. (2004). O indicador estará presente quando o lactente não apresentar os comportamentos esperados para a faixa etária anterior a que se encontra (BRASIL, 2012; ROTTA et al., 2004).</p> <p><i>Um mês:</i> Melhor percepção de um rosto; postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada, reage ao som (movimentos faciais – reflexo);</p> <p><i>Dois meses:</i> fixação do olhar, sorriso social; segue objetos com o olhar; fica de bruços e ergue cabeça e ombros;</p> <p><i>Três meses:</i> 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><i>Quatro meses:</i> preensão voluntária das mãos; rotação cefálica em direção ao uma voz ou objeto sonoro.</p> <p><i>Seis meses:</i> 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><i>Nove meses:</i> 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><i>Doze meses:</i> fica em pé com apoio; inicia marcha sem apoio; produz os primeiros</p>		
--	--	--

<p>jargões; acuidade visual semelhante ao adulto;</p> <p><i>Quinze meses:</i> corre e/ou sobe degraus baixos; uso de utensílios (colher), derramando pouco conteúdo; fala três palavras; anda para trás.</p> <p><i>Dezoito meses:</i> 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><i>Vinte e quatro meses:</i> permanece em pé com joelhos aproximados; sobe e desce escadas sem alternar os pés e com apoio; chuta bola quando solicitado; constrói torre com seis cubos; fala seu próprio nome; nomeia objetos; se reconhece no espelho; brinca de “faz de conta”; controle vesical diurno consolidado; inicia controle vesical noturno.</p>		
<p>5. Engasgo* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>		
Definição	Clareza	Precisão
<p>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.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Operacional: será avaliado por meio do relato verbal da genitora/cuidador e/ou observação do avaliador quanto à presença de engasgos durante a alimentação.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>

6. Irritabilidade*			Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sugestões:			
Definição	Clareza	Precisão	
<p>Conceitual: refere-se à criança facilmente provocada, apresentando alteração comportamental caracterizada por hiperatividade, agitação psicomotora e comportamentos bizarros próximo dos horários da alimentação.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	
<p>Operacional: 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>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	
7. Proteção Ineficaz*			Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sugestões:			
Definição	Clareza	Precisão	
<p>Conceitual: diminuição da capacidade de proteger-se de ameaças internas e externas, como doenças e lesões.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	
<p>Operacional: será avaliado por meio da investigação 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><i>Deficiência na imunidade:</i> o avaliador irá observar exames laboratoriais relacionados às células de defesa. Estará presente quando os valores de</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	

<p>neutrófilos estiverem abaixo do padrão utilizado na instituição.</p> <p><i>Infecções oportunistas:</i> o pesquisador irá buscar em registros médicos informações quanto à presença de microrganismos oportunistas, como exame de cultura.</p> <p><i>Infecções recorrentes:</i> 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>		
<p>8. Vômitos* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:</p>		
Definição	Clareza	Precisão
<p>Conceitual: eliminação do conteúdo gástrico devido à contração da musculatura da parede tóraco-abdominal, levando a exteriorização do volume gástrico pela cavidade oral.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Operacional: 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>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>9. Coloração inadequada de pele e mucosas* Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:</p>		
Definição	Clareza	Precisão
<p>Conceitual: alteração na coloração de pele e mucosas decorrente de déficits nutricionais.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>
<p>Operacional: por meio da inspeção, o avaliador julgará a coloração de pele e mucosas como: corada, pálida, icterícia ou cianótica.</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>	<p>1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()</p> <p>Sugestões:</p>

10. Integridade prejudicada de pele e mucosas*			Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sugestões:			
Definição	Clareza	Precisão	
Conceitual: prejuízos observados na epiderme e mucosas oral, ocular e nasal oriundos da má nutrição.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	
Operacional: por meio da inspeção, o avaliador buscará possíveis descontinuidades teciduais como lesões epidérmicas, estomatites, fissuras, glossite e ressecamento.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	
11. Constipação*			Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sugestões:			
Definição	Clareza	Precisão	
Conceitual: é a mudança na frequência, consistência e facilidade das evacuações.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	
Operacional: o avaliador investigará os hábitos fecais do lactente, questionando ao cuidador quanto à frequência das trocas de fraldas, consistência das fezes e sinais de dor do lactente ao defecar. Para melhor caracterização das fezes, o avaliador mostrará ao cuidador a escala de Bristol 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.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	
12. Diarreia*			Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Sugestões:			
Definição	Clareza	Precisão	
Conceitual: distúrbios gastrointestinais, caracterizados pelo aumento na frequência das evacuações e mudança na consistência das fezes.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	

Operacional: será avaliado diante o relato do cuidador do lactente quanto à presença de fezes aquosas com frequência superior a três episódios por dia (PORTO, 2011). A escala de Bristol será utilizada para melhor caracterização das fezes. Para a classificação de diarreia, serão considerados os tipos 05, 06 e 07.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
13. Erupção dentária*		
Sugestões:		Relevância 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
Definição	Clareza	Precisão
Conceitual: refere-se ao atraso da dentição decídua.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:
Operacional: o avaliador irá inspecionar a cavidade oral do lactente em busca dos primeiros dentes, respeitando a seguinte cronologia: Incisivos centrais – 6 e 7 meses de vida; Incisivos laterais – 8 e 9 meses de vida; Primeiros molares – 14 meses de vida; Caninos – 18 meses de vida; Segundos molares – 24 meses de vida. O indicador estará presente quando, de acordo com a idade do lactente, o mesmo não apresentar dentição decídua correspondente.	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:	1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Sugestões:

Legenda: *Elementos identificados após a construção da TMA.

** Elementos presentes na NANDA-I, Porém, tiveram seus títulos modificados após a TMA

*** Elemento presente na NANDA-I como as características definidoras de PIAL, porém identificado como estímulo pela TMA.

**APÊNDICE B – 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 / ESTÍMULOS	
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. Cada item receberá nota zero quando estiver discrepante ao preconizado pelo Ministério da Saúde, ou 1 quando de acordo. Logo, quanto maior a pontuação deste fator, melhor será a oferta alimentar (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> <p>- Os horários de refeição da criança devem respeitar os horários da família, considerando intervalos regulares e o apetite da criança;</p> <p>- 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.</p> <p>- Oferecer diferentes alimentos;</p> <p>- Estimular o consumo de frutas, legumes e verduras;</p> <p>-Evitar açúcar, enlatados, frituras, refrigerantes, guloseimas, nos primeiros anos de vida;</p> <p>- Higiene e manejo adequados dos alimentos;</p> <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”.</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - não movimentar os membros ativamente contra a gravidade, seja de forma espontânea ou sob estimulação (REED, 2007).
Prematuridade	Definição conceitual:

	<p>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><u>Reflexos orais:</u></p> <p>- 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.</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</p> <p>- Mordida (Presente até X meses): Presente: responde ao estímulo do dedo do</p>

	<p>avaliador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento de mandíbula, seguido de relaxamento.</p> <p>Presente exacerbado: responde ao estímulo do dedo do avaliador no rolete gengival da cavidade oral, com trancamento de mandíbula</p> <p>Ausente: ausência de resposta</p> <p>- GAG:</p> <p>Presente: Responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliador ao atingir a região médio-posterior da língua.</p> <p>Presente anteriorizado: Responde com náuseas e/ou vômito ao estímulo da introdução do dedo do avaliado já ao atingir a região anterior da língua.</p> <p>Ausente: Ausência de resposta.</p> <p><u>Movimentação da Língua:</u></p> <p>Adequada: movimento ântero-posterior e coordenado de língua diante do estímulo intraoral.</p> <p>Inadequada: movimento pósterio-anterior e/ou descoordenado de língua diante do estímulo intraoral.</p> <p>Ausente: ausência de movimentos</p> <p><u>Movimentação da Mandíbula:</u></p> <p>Adequada: excursão de mandíbula reduzida, com movimentação rítmica e suave.</p> <p>Inadequada: ampla excursão da mandíbula e/ou com movimentação arritmica e/ou trancamento de mandíbula.</p> <p>Sinais de instabilidade: presença de tremores em mandíbula.</p> <p>Ausente: ausência de movimentação.</p> <p><u>Força de Sucção:</u></p> <p>Pressão intraoral adequada: Forte compressão contra o palato e pressão negativa intraoral com resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.</p> <p>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.</p> <p>Pressão intraoral fraca: Fraca compressão contra o palato e pressão negativa intraoral</p>
--	---

	<p>com pouca ou nenhuma resistência à retirada do dedo enluvado do avaliador da cavidade oral.</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><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><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. Solução: 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>Para avaliação deste fator, cada item será quantificado em: 0 (zero) quando ausente, e 1</p>
--	--

	(um) quando presente. O nível de intensidade do fator será mensurado pela soma desses itens. Quanto maior for a pontuação, melhor a capacidade de sucção do lactente.
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 / COMPORTAMENTOS	
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</p>

	<p>obtenção do peso do lactente, utilizando uma 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 leve 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</p>

	<p>acordo com os marcos do desenvolvimento 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 o lactente NÃO apresentar os comportamentos esperados para a faixa etária anterior a que se encontra (BRASIL, 2012; ROTTA et al., 2004).</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>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>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>Doze meses: fica em pé com apoio; inicia marcha sem apoio; produz os primeiros</p>
--	---

	<p>jargões; acuidade visual semelhante ao adulto;</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>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>Vinte e quatro meses: permanece em pé com joelhos aproximados; sobe e desce escadas sem alternar os pés e com apoio; chuta bola quando solicitado; constrói torre com seis cubos; 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). 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</p>

	durante a alimentação.
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. 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</p>

	<p>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 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, ictérica ou cianótica.</p> <p>O indicador estará presente quando for assinalada a opção: pálida, ictérica ou cianótica.</p>
Integridade prejudicada de pele e mucosas	<p>Definição conceitual: danos observados na</p>

	<p>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>
--	--

**APÊNDICE C – ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS JUÍZES PARA A
DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PIAL**

DEFINIÇÃO PROPOSTA

“É um conjunto inadequado de práticas alimentares que diverge do recomendado para o lactente, podendo levar a prejuízos à sua saúde”

DEFINIÇÃO AJUSTADA

“É um conjunto de práticas alimentares inadequadas que divergem das recomendações para o lactente, podendo levar a prejuízos para a saúde, as quais são resultantes de alterações anatômicas, fisiológicas, comportamentais, sociais e/ou ambientais.”

APÊNDICE D – ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS JUÍZES PARA OS FATORES ETIOLÓGICOS DO DIAGNÓSTICO PIAL

DEFORMIDADE OROFARÍNGEA

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Alteração da estrutura oral que pode ter origem congênita ou traumática em que há modificação da funcionalidade das estruturas, dificultando a formação do bolo alimentar e o processo alimentar.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Alteração da estrutura oral, de origem congênita ou traumática, em que há modificação da funcionalidade de tais estruturas, dificultando ou impossibilitando a ingestão/deglutição do alimento.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “O fator estará presente quando, por meio da inspeção do pesquisador, identificar-se descontinuidade das estruturas orais, incluindo lábios e palato.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O fator estará presente quando, por meio da inspeção do pesquisador, identificar-se descontinuidade das estruturas orais, incluindo lábios e palato, e prejuízo nas funções orais.”

HIPERSENSIBILIDADE ORAL

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Alteração das conexões sensitivas gerando uma exacerbação de informações simultâneas às estruturas orais. O reflexo de gag é contextualizado neste fator. Este termo não apresenta tradução para o português, sendo definido como um reflexo de proteção semelhante ao vômito (ânsia de vômito).”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Alteração nas sinapses nervosas, gerando exacerbação de estímulos sensoriais às estruturas orais. A exacerbação do reflexo de gag é contextualizada neste fator. Este termo não apresenta tradução para o português, sendo definido como um reflexo de proteção semelhante ao vômito (ânsia de vômito). O reflexo anteriorizado é fisiológico até os seis meses de vida, após isto, ele passa a ser posteriorizado, sendo presente por toda vida (SOUZA et al., 2014).”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “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. 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 gag (“engulhar”).”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “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. 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 gag (“engulhar”), ou quando o cuidador relatar presença do reflexo ao oferecer o alimento.”

REFLUXO GASTROESOFÁGICO (RGE)

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “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. O fator estará presente quando o pesquisador observar em documentos/registros clínicos a presença de exames confirmatórios para o diagnóstico de refluxo gastroesofágico.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “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. O fator estará presente quando o pesquisador observar em documentos/registros clínicos a presença de exames confirmatórios para o diagnóstico de refluxo gastroesofágico, além da observação direta ou relato do cuidador sobre a presença de secreção amarelada ou leitosa na boca e/ou manta do lactente (2 ou mais episódios/dia de regurgitação, por no mínimo 3 semanas).”

PADRÃO INADEQUADO DE OFERTA ALIMENTAR

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Comportamento equivocado, por parte dos cuidadores, em oferecer alimentos impróprios para o lactente, no que diz respeito à qualidade, quantidade, frequência, consistência e tipo de alimento oferecido, além da relação entre o cuidador, lactente e ambiente durante as refeições.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Comportamento equivocado, por parte dos cuidadores, em oferecer alimentos impróprios para a idade do lactente, no que diz respeito à qualidade, quantidade, frequência, consistência e tipo de alimento oferecido, bem como à relação entre o cuidador, lactente e ambiente durante as refeições.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “Será avaliado de acordo com o relato do cuidador diante o inquérito alimentar, considerando os tipos de alimentos, a quantidade e a qualidade, a frequência de consumo, a textura e o manejo. Serão considerados, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS):

- Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, sem oferecer água, chás ou outros alimentos;
- A partir dos seis meses, introduzir lenta e gradualmente os alimentos complementares ao leite materno;
- Após os seis meses, dar alimentos complementares, três vezes ao dia, se a criança estiver em AM ;
- 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.

Cada item receberá nota zero quando estiver discrepante ao preconizado pelo MS, ou 1 quando de acordo. Logo, quanto maior a pontuação deste fator, melhor será a oferta alimentar.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “Será avaliado de acordo com o relato do cuidador diante o inquérito alimentar, considerando os tipos de alimentos, quantidade e qualidade, frequência de consumo, textura e manejo, conforme o Ministério da Saúde (MS):

- (1) Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, sem oferecer água, chás ou outros alimentos;
- (1) A partir dos seis meses, introduzir lenta e gradualmente os alimentos complementares ao leite materno;
- (1) Após os seis meses, dar alimentos complementares, três vezes ao dia, se a criança estiver em AM;
- (1) Os horários de refeição da criança devem respeitar os horários da família, considerando intervalos regulares e o apetite da criança;
- (1) 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).
- (1) Oferecer diferentes alimentos;
- (1) Estimular o consumo de frutas, legumes e verduras;
- (1) Evitar açúcar, enlatados, frituras, refrigerantes, guloseimas, nos primeiros anos de vida;
- (1) Higiene e manejo adequados dos alimentos.

O item será identificado pelo somatório dos referidos aspectos. Assim, quanto menor a pontuação obtida, pior será o padrão de oferta, tornando o fator mais evidente.

EPISÓDIOS CONVULSIVOS

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Movimento espásticos ocasionados por alteração nervosa que levam à contratura muscular involuntária, às alterações do nível de consciência e às desordens sensoriais.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Movimento espásticos ocasionados por alteração nervosa, decorrente de doenças neurológicas, que levam à contratura muscular involuntária, às alterações do nível de consciência e às desordens sensoriais.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “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.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O fator estará presente diante 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. Além disso, o investigador poderá observar diretamente a presença do fator, quando o lactente manifestar movimentos musculares (espamos) que não cessam à contenção, olhar fixo, piscar repetitivo, sialorreia, movimentos repetitivos da boca ou língua e/ou assimetria corporal (TAMEZ, 2013)”

HIPOTONIA

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “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.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Capacidade reduzida em manter a organização postural e os movimentos contrários à gravidade.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “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 (REED, 2007).”. 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;
- Não movimentar os membros ativamente contra a gravidade, seja de forma espontânea ou sob estimulação

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O avaliador irá suspender o lactente em decúbito dorsal pelos membros superiores, em seguida, sustentar o lactente em decúbito ventral, apoiando-o em seu braço dominante, e, por fim, realizar a manobra do “cachecol”. Esta manobra será realizada posicionando o lactente em decúbito dorsal e, com a mão dominante, leva-se a mão direita do lactente até o ombro oposto, avaliando a posição do cotovelo em relação à linha média torácica.

O nível de hipotonia será registrado conforme o número de itens observados (REED, 2007), 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;
- Não movimentar os membros ativamente contra a gravidade, seja de forma espontânea ou sob estimulação.”

PREMATURIDADE

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “Será avaliado conforme a idade gestacional registrada no cartão de vacinação da criança ou documento de registro do serviço de saúde.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “Será avaliado conforme a idade gestacional registrada no Cartão da Criança ou documento de registro do serviço de saúde. Poderá ser classificada em: limítrofe (35-36 semanas), moderada (31-34 semanas) e extrema (menor que 30 semanas).”

MECANISMOS DE SUÇÃO INSATISFATÓRIOS

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “É a inadequação na harmonia entre ritmo, força e sustentação da sucção.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Processo pelo qual o lactente não consegue estabelecer uma coordenação entre ritmo, força e sustentação da sucção.”

USO PROLONGADO DE SONDAS ENTERAIS

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “O fator será avaliado mediante observação de dados em prontuários médicos, nos quais contenham informações sobre o período de uso destes dispositivos.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O fator será avaliado mediante observação de dados em prontuários médicos, nos quais contenham informações sobre o período de uso mínimo de 3 semanas destes dispositivos, bem como por meio do relato do cuidador/genitora quanto ao uso destes dispositivos.”

IDADE MATERNA

RÓTULO AJUSTADO: Idade materna jovem

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Refere-se à faixa etária materna, em anos completos.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Refere-se à faixa etária materna jovem, em anos completos”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “A informação será obtida por meio do relato verbal da genitora e/ou avaliação do documento oficial de identidade.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “A informação será obtida por meio do relato verbal da genitora e/ou avaliação do documento oficial de identidade, e estará presente quando a idade for igual ou inferior à 18 anos (adolescentes).”

ESCOLARIDADE MATERNA

RÓTULO AJUSTADO: “Baixa escolaridade materna”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “É o período de estudo escolar o qual a genitora realizou.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Refere-se ao nível educacional/período de estudo escolar da genitora/cuidador principal”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “O item será avaliado de acordo com o relato verbal da genitora quanto aos anos completos de estudo, a partir do primeiro ano do ensino fundamental.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O item será avaliado de acordo com o relato verbal da genitora quanto aos anos completos de estudo, a partir do primeiro ano do ensino fundamental. O fator estará presente se o número de anos completos de estudo for inferior a 08 anos (inferior ao ensino médio).”

RENDA FAMILIAR

RÓTULO AJUSTADO: “Baixa renda familiar”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Corresponde ao somatório da renda individual de cada morador de um mesmo domicílio que exerça atividade profissional/laboral.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Corresponde ao somatório da renda de cada morador de um mesmo domicílio, correspondendo a um valor abaixo de dois salários mínimos.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “A informação será obtida por meio do relato do responsável pelo infante, no momento da pesquisa.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “A informação será obtida por meio do relato do responsável pelo infante, no momento da pesquisa, e estará presente quando a renda for igual ou inferior a dois salários mínimos.”

APÊNDICE E - ALTERAÇÕES SUGERIDAS PELOS JUÍZES PARA OS INDICADORES CLÍNICOS DO DIAGNÓSTICO PIAL

PESO INADEQUADO PARA A IDADE

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Valor do peso, mensurado em gramas/kg, discrepante daquele recomendado para a idade preconizado pela OMS e Ministério da Saúde.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Valor do peso, mensurado em gramas/kg, discrepante daquele recomendado para a idade e sexo do lactente, preconizado pela OMS e Ministério da Saúde.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “O item será avaliado mediante a obtenção do peso do lactente, utilizando uma 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. Será considerado o peso insatisfatório para idade quando escore Z estiver acima de +2 ou abaixo de -2.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O item será avaliado mediante a obtenção do peso do lactente, utilizando uma balança pediátrica digital devidamente calibrada. A balança apresenta escala de 10g. A criança, despida, será colocada sentada ou deitada no centro da balança, e será mantida parada até que o valor esteja estabilizado no visor. Para lactentes prematuros, será realizada avaliação conforme a idade cronológica corrigida ($IC = idade - (40 - IG \text{ prematura})$). Será considerado o peso inadequado para idade quando escore Z estiver acima de +2 ou abaixo de -2.”

COMPRIMENTO INADEQUADO PARA A IDADE

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “É a medida discrepante àquela recomendada pelos órgãos de saúde (OMS e MS) para os valores do comprimento relacionado à idade e do lactente.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “É a medida discrepante àquela recomendada pelos órgãos de saúde (OMS e MS) para os valores do comprimento relacionado à idade e ao sexo do lactente.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “O item será avaliado 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 leve 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 considerada comprimento insatisfatória para idade quando escore Z abaixo de -2 e acima de +2.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O item será avaliado 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 leve compressão. A extremidade posterior, haste móvel, ficará em contato com a superfície plantar do lactente, de modo que sua perna esteja em total extensão. Para lactentes prematuros, será realizada avaliação conforme a idade cronológica corrigida ($IC = idade - (40 - IG \text{ prematura})$). Será considerado comprimento inadequado para idade quando escore Z abaixo de -2 e acima de +2.”

ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC) INADEQUADA PARA A IDADE

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “Será calculado o IMC conforme a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2(\text{m})$. O valor será convertido em escore Z. O indicador estará presente se os valores encontrados estiverem abaixo de -2 escores Z ou acima de +2 escores Z

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O item será obtido pelo cálculo do IMC conforme a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2(\text{m})$. O valor será convertido em escore Z. Para lactentes prematuros, será realizada avaliação conforme a idade cronológica corrigida ($IC = idade - (40 - IG \text{ prematura})$). O indicador estará presente se os valores encontrados estiverem abaixo de -2 escores Z ou acima de +2 escores Z

ATRASOS NOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Comportamentos reduzidos em comparação às atividades intelectuais que deveriam ser realizados de acordo com os marcos do desenvolvimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Esses marcos incluem memória, comunicação, controle postural e afetividade.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Comportamentos e atividades intelectuais abaixo do esperado, de acordo com os marcos do desenvolvimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Esses marcos incluem memória, comunicação, controle postural e afetividade.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “O indicador será avaliado por meio do exame neurológico do lactente, de acordo com os marcos do desenvolvimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Estará presente quando o lactente NÃO apresentar os comportamentos esperados para a faixa etária anterior a que se encontra:

Dois meses: fixação do olhar, sorriso social; segue objetos com o olhar; fica de bruços e ergue cabeça e ombros;

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);

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;

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);

Doze meses: fica em pé com apoio; inicia marcha sem apoio; produz os primeiros jargões; acuidade visual semelhante ao adulto;

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;

Vinte e quatro meses: permanece em pé com joelhos aproximados; sobe e desce escadas sem alternar os pés e com apoio; chuta bola quando solicitado; constrói torre com seis cubos; fala seu próprio nome; nomeia objetos; se reconhece no espelho; brinca de “faz de conta”; controle vesical diurno consolidado; inicia controle vesical noturno.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O indicador será avaliado por meio do exame neurológico do lactente, de acordo com os marcos do desenvolvimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Estará presente quando o lactente NÃO apresentar os comportamentos esperados para a faixa etária anterior a que se encontra. Será considerado, também, o relato do cuidador principal quanto à presença/ausência das atividades dispostas para cada idade. Para lactentes prematuros, será realizada avaliação conforme a idade cronológica corrigida (IC= idade – (40 – IG prematura)).

Dois meses: fixação do olhar, sorriso social; segue objetos com o olhar; fica de bruços e ergue cabeça e ombros;

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);

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;

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);

Doze meses: fica em pé com apoio; inicia marcha sem apoio; produz os primeiros jargões; acuidade visual semelhante ao adulto;

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;

Vinte e quatro meses: permanece em pé com joelhos aproximados; sobe e desce escadas sem alternar os pés e com apoio; chuta bola quando solicitado; constrói torre com seis cubos; fala seu próprio nome; nomeia objetos; se reconhece no espelho; brinca de “faz de conta”; controle vesical diurno consolidado; inicia controle vesical noturno.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “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.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O indicador será avaliado por meio do relato verbal da genitora/cuidador e/ou observação do avaliador quanto à presença frequentes de engasgos durante a alimentação. Para o estudo, será considerado dois ou mais episódios de engasgos durante as refeições, visto que a literatura não explicita a frequência do mesmo.”

IRRITABILIDADE

RÓTULO AJUSTADO: “Irritabilidade próxima ao horário das refeições”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Refere-se à criança facilmente provocada, apresentando alteração comportamental caracterizada por hiperatividade, agitação psicomotora e comportamentos bizarros próximo dos horários da alimentação.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Refere-se à criança que facilmente apresenta alteração comportamental, caracterizada por hiperatividade, agitação psicomotora e comportamentos bizarros próximo dos horários da alimentação.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “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.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “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 choro, choramingo e/ou agressividade nos horários próximos às refeições ou durante estas.”

PROTEÇÃO INEFICAZ

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Diminuição da capacidade de proteger-se de ameaças internas e externas, como doenças e lesões.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “É diminuição da capacidade fisiológica de proteger-se de ameaças internas e externas, como doenças e lesões.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “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.

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.

Infecções oportunistas: o pesquisador irá buscar em registros médicos informações quanto à presença de microrganismos oportunistas, como exame de cultura.

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.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O fator será avaliado por meio da investigação do pesquisador quanto à manifestação dos sinais clínicos do fenômeno. Tais indicadores serão avaliados de forma singular e a presença de pelo menos um deles indica a presença do fenômeno.

Deficiência na imunidade: o avaliador irá observar exames laboratoriais relacionados às células de defesa. Estará presente quando os valores estiverem abaixo da referência (HOCKENBERRY e WILSON, 2011): Hemoglobina: 1-3 dias de vida: 14,5 – 22,5 g/dL; 2-6 meses de vida: 9,0 – 14,0 g/dL; 6 meses – 12 anos: 11,5 – 15,5 g/dL. Hematócrito: 2 meses de vida: 28 – 42%; 6 meses a 12 anos: 35 – 45%. Leucócitos: 1 mês: 5,0 – 19,5 cel/mm²; 1 a 3 anos: 6,0 – 17,5 cel/mm². Neutrófilos: 54% - 62%. Linfócitos: 25% - 33%. Monócitos: 3% - 7%. Eosinófilos: 1% - 3%. Basófilos: 0% - 0,75%

Infecções oportunistas: o pesquisador irá buscar em registros médicos informações quanto à presença de microrganismos oportunistas, como exame de cultura.

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.”

VÔMITO

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “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”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O item será avaliado pelo relato verbal da genitora/cuidador, pelos registros em prontuários e/ou pela observação do avaliador diante a presença de episódios de vômitos, na última semana, pelo lactente”

COLORAÇÃO INADEQUADA DE PELE E MUCOSAS

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Alteração na coloração de pele e mucosas decorrente de déficits nutricionais.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Refere-se à alteração na coloração de pele e mucosas (palidez, icterícia, cianótica) decorrente de déficits nutricionais.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “Por meio da inspeção, o avaliador julgará a coloração de pele e mucosas como: corada, pálida, icterícia ou cianótica.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O item será avaliado por meio da inspeção. O avaliador julgará a coloração de pele e mucosas como: corada, pálida, icterícia ou cianótica. O indicador estará presente quando a coloração de pele e/ou mucosas for pálida, icterícia ou cianótica. Esta última será julgada associada ao ato alimentar (p.ex. cianose perioral durante a amamentação)”

INTEGRIDADE PREJUDICADA DE PELE E MUCOSAS

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Prejuízos observados na epiderme e mucosas oral, ocular e nasal oriundos da má nutrição.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Refere-se às discontinuidades teciduais observados na epiderme e mucosas oral, ocular e nasal decorrentes dos déficits nutricionais.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “Por meio da inspeção, o avaliador buscará possíveis discontinuidades teciduais como lesões epidérmicas, estomatites, fissuras, glossite e ressecamento.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O item será julgado por meio da inspeção da pele e das mucosas ocular e oral. O indicador estará presente quando o lactente apresentar, pelo menos uma, das discontinuidades teciduais (lesões epidérmicas, estomatites, fissuras, glossite e ressecamento).”

CONSTIPAÇÃO

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “É a mudança na frequência, consistência e facilidade das evacuações.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Refere-se à diminuição da frequência de evacuações, bem como na alteração da consistência das fezes (excessivamente duras e secas), implicando em dificuldade para eliminar as fezes.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “O avaliador por meio de questionamentos ao responsável irá investigar os hábitos intestinais do lactente. A constipação é caracterizada por fezes endurecidas, eliminação dolorosa e redução da frequência das evacuações (menos que dois episódios por semana). O indicador estará presente quando pelo menos um destes episódios for relatado pelo cuidador.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O indicador será avaliado por meio de questionamentos ao cuidador, investigando-se os hábitos intestinais do lactente. Estará presente quando houver relato de fezes endurecidas, eliminação dolorosa (lactente chora ao defecar), e/ou frequência de evacuações menor que dois episódios por semana. Para melhor caracterização das fezes, o avaliador mostrará ao cuidador a escala de Bristol para que o mesmo identifique qual a opção está de acordo com a realidade do lactente. O indicador estará presente quando forem identificados os tipos 01 ou 02 da escala.”

DIARREIA

DEFINIÇÃO CONCEITUAL PROPOSTA: “Distúrbios gastrointestinais, caracterizados pelo aumento na frequência das evacuações e mudança na consistência das fezes.”

DEFINIÇÃO CONCEITUAL AJUSTADA: “Refere-se à eliminações de fezes soltas e não formadas, de forma frequente.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL PROPOSTA: “Será avaliado diante o relato do cuidador do lactente quanto à presença de fezes aquosas com frequência superior a três episódios por dia (PORTO, 2011). A escala de Bristol será utilizada para melhor caracterização das fezes. Para a classificação de diarreia, serão considerados os tipos 05, 06 e 07.”

DEFINIÇÃO OPERACIONAL AJUSTADA: “O indicador será avaliado por meio de questionamentos ao cuidador, investigando-se os hábitos intestinais do lactente. Será considerado presente quando houver relatos de fezes aquosas ou amolecidas, com frequência superior a três episódios por dia (PORTO, 2011). A escala de Bristol será utilizada para melhor caracterização das fezes. Para a classificação de diarreia, serão considerados os tipos 05, 06 e 07.”

ERUPÇÃO DENTÁRIA TARDIA

Sem sugestões

Anexos

ANEXO A

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

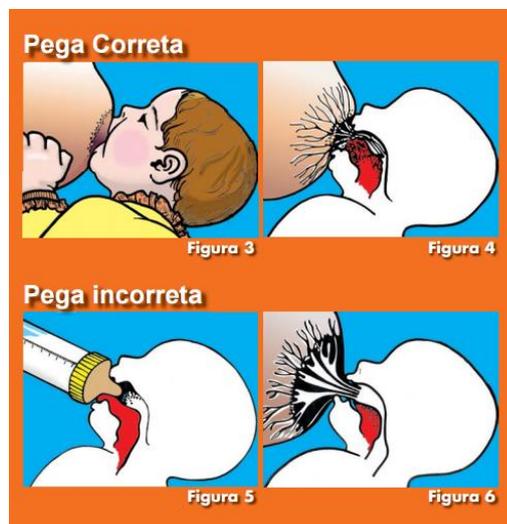
Grupo	Importância	Recomendação diária 6 - 12 meses	Recomendação diária 12 - 24 meses	Exemplos da quantidade de cada porção
Carnes, miúdos e ovos	Esse grupo é fonte de proteína de origem animal (carne e ovos). As carnes possuem ferro de alta biodisponibilidade e, portanto, previnem a anemia. A oferta 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	

PEGA CORRETA

Fonte: BRASIL (2007)



ANEXO B

Fonte: Martinez e Azevedo (2012)

EscaLa de Bristol de Consistência de Fezes		
Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
Tipo 2		Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Tipo 5		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
Tipo 7		Totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

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 sólidos	