



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ICS - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**

**LUDMMILLA BIANCA DOS SANTOS SOUZA**

**DIFICULDADE ALIMENTAR DURANTE A  
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS  
NASCIDAS PRÉ-TERMO**

**SALVADOR  
2018**

**LUDMMILLA BIANCA DOS SANTOS SOUZA**

**DIFICULDADE ALIMENTAR DURANTE A  
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS  
NASCIDAS PRÉ-TERMO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Carla Steinberg

SALVADOR  
2018

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AIG	Adequado para Idade Gestacional
GIG	Grande para Idade Gestacional
IG	Idade Gestacional
IGC	Idade Gestacional Corrigida
PIG	Pequeno para Idade Gestacional

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Dados sócio-demográficos das 62 mães ou seus substitutos das crianças nascidas pré-termo, Salvador (BA), 2018.

**Tabela 2-** Características da amostra de acordo com a ocorrência ou não de dificuldades, referidas pelas mães, Salvador (BA), 2018.

**Tabela 3-** Frequência dos comportamentos defensivos informados pelas 43 mães, Salvador (BA), 2018.

**Tabela 4-** Distribuição da frequência dos comportamentos defensivos mais frequentes relacionados ao início da alimentação complementar, Salvador (BA), 2018.

**DIFICULDADE ALIMENTAR DURANTE A ALIMENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO**

**FEEDING DIFFICULTY DURING THE COMPLEMENTARY FEED IN  
PRETERM BORN CHILDREN**

**Ludmilla Bianca Dos Santos Souza <sup>1</sup>, Carla Steinberg <sup>2</sup>**

1. Graduanda do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.
2. Docente do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas - Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Federal da Bahia - UFBA.

Instituição: Universidade Federal da Bahia-UFBA, Campus Canela. Correspondência: 1376 Av. Reitor Miguel Calmon, 1272- Canela, Salvador/BA-Brasil- CEP: 40231-300.

\*Autor para correspondência

Ludmilla Bianca Dos Santos Souza

Endereço: Avenida 3 de Maio, nº43 - Federação, Salvador/BA-Brasil – CEP: 40230-208

E-mail: ludybianca.fonoufba@gmail.com

## RESUMO

A dificuldade alimentar é uma desordem comum na infância. Na prematuridade esse distúrbio pode estar associado a comportamentos defensivos tais como recusa em abrir a boca, seletividade e recusa alimentar. **Objetivos:** Verificar a prevalência e caracterizar as dificuldades alimentares, referidas pelos pais, durante a alimentação complementar, em crianças nascidas pré-termo. **Métodos:** Estudo transversal, observacional e descritivo, envolvendo díades compostas por crianças prematuras e suas mães. A coleta de dados ocorreu entre março/2016 a junho/2017 em ambulatórios de seguimento em duas maternidades de Salvador-BA. As crianças já tinham iniciado a alimentação complementar e possuíam até 24 meses de idade gestacional corrigida. A presença de dificuldade foi investigada através da percepção da mãe diante de comportamentos defensivos dos filhos. **Resultados:** Participaram 62 díades das quais 69,4% (43) das mães informaram algum tipo de dificuldade alimentar. A frequência dos comportamentos defensivos variou de 37,1% (23) de crianças que recusavam abrir a boca a 6,5% (4) de crianças que choravam para alimentar-se. **Conclusões:** As dificuldades alimentares referidas pelas mães foram altamente prevalentes na população estudada. Os comportamentos defensivos mais frequentes foram recusa em abrir a boca e arqueamento do corpo, seguido por seletividade e recusa alimentar.

**Descritores:** Comportamento Alimentar; Alimentação Complementar; Crianças; Prematuridade.

## ABSTRACT

The feeding difficulty is a common disorder during childhood. In prematurity, this disorder may be associated with defensive behaviors such as refusing to open the mouth, selectivity, and refusal to feed. **Objectives:** verify the prevalence and characterize the eating difficulties reported by parents during complementary feeding in preterm-born children. **Methods:** transversal study, observational and descriptive, involving dyads composed of premature children and their mothers. The data collection happened between March/2016 to June/2017 at follow-up clinics in two maternity hospitals in Salvador-BA. The children had already started complementary feeding and had up to 24 months of corrected gestational age. The presence of difficulty was investigated through the mother's perception of defensive behavior of the children. **Results:** Participated 62 dyads of which 69.4% (43) of the mothers reported some type of food difficulty. The frequency of defensive behaviors ranged from 37.1% (23) of children who refused to open their mouths to 6.5% (4) of children who cried for food. **Conclusions:** The eating difficulties referred by the mothers were highly prevalent in the study population. The defensive behaviors that were more frequent were refusal to open the mouth and bowing of the body, then food selectivity and feeding refusal.

**Keywords:** Feeding Behavior; Supplementary Feeding; Child; Infant Premature.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>7</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>8</b>
3.1 COLETA DE DADOS .....	<b>8</b>
3.2 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	<b>9</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>10</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>16</b>
<b>ANEXO A - TABELAS</b> .....	<b>19</b>
<b>ANEXO B - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL</b> <b>(RBSMI)</b> .....	<b>21</b>
<b>ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>23</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A alimentação é crucial para o crescimento e desenvolvimento do organismo, possibilita a qualidade do estado de saúde física e mental, e para tanto requer integridade dos sistemas sensoriais e outras funções corporais. Problemas em uma ou mais áreas favorecem o desenvolvimento de alterações alimentares <sup>(1)</sup>.

A alimentação infantil tem implicações ao longo de toda a vida do indivíduo. O aleitamento materno é um importante componente nos primeiros seis meses de vida <sup>(2)</sup> e após esse período a alimentação deve ser complementada, pois as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas somente com o leite materno, sendo necessária a introdução de outros alimentos <sup>(3,4)</sup>.

O conceito de dificuldade alimentar engloba queixas de alimentação oriundas na infância e entre os comportamentos defensivos envolvidos nesse distúrbio estão: recusa em abrir a boca, arqueamento do corpo, seletividade, recusa alimentar, refeições com longo tempo de duração, desinteresse pelos alimentos, exigências de rituais à mesa, negociações e insatisfação materna <sup>(5)</sup>. Essas dificuldades podem ser consideradas como parte do processo de desenvolvimento infantil desde que não ocasionem agravos secundários como atraso no crescimento e/ou deficiências nutricionais <sup>(6)</sup>. Estudos demonstram que a dificuldade alimentar acomete de 8% a 50% das crianças independentemente de idade, sexo, etnia e condição econômica, sendo que a incidência dessa dificuldade varia de 25% a 35% em crianças que apresentam um desenvolvimento típico, e 33% naquelas que exibem alguma dificuldade <sup>(7,8)</sup>.

O surgimento de dificuldades alimentares em crianças pré-termo nos primeiros anos de vida é caracterizado pela presença de disfunção motora oral (DMO), de vômitos, de refluxo gastroesofágico (RGE), de engasgo, de aspiração, de pobre ganho de peso, de ingestão de pouco volume de alimento, de escape extraoral significativo do

alimento, de dificuldade na transição de consistências alimentares de acordo com a faixa etária, de tempo aumentado para alimentar-se, de dificuldade de mastigação e deglutição<sup>(8)</sup>.

A presença dos problemas alimentares pode permanecer nessa população ocasionando implicações em longo prazo impactando no desenvolvimento motor, cognitivo e psicológico das crianças<sup>(9)</sup>. As dificuldades alimentares em crianças prematuras ocorrem entre 25% e 45%. Naquelas com atraso no desenvolvimento a média aumenta para 33 a 80%. Tal proporção pode aumentar quando corresponde a sobrevivência de crianças prematuras extremas e daquelas diagnosticadas com problemas neurológicos como a paralisia cerebral<sup>(6-8,9)</sup>.

Diante da complexidade em se entender a presença desse distúrbio alimentar nas crianças nascidas pré-termo, faz-se necessário estudos para a compreensão do processo alimentar e dos fatores que contribuem para o surgimento de desordens alimentares. Assim considerando a importância de averiguar dentro dessa população quais crianças tem maior probabilidade de desenvolver dificuldades, o objetivo desta pesquisa foi verificar a prevalência e caracterizar as dificuldades alimentares referidas pelos pais, durante a alimentação complementar, em crianças nascidas pré-termo.

## **2 OBJETIVO**

Verificar a prevalência e caracterizar as dificuldades alimentares, referidas pelos pais, durante a alimentação complementar em crianças nascidas pré-termo.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira sob o parecer número 1.376.761.

Foram incluídas, neste estudo, díades compostas por crianças nascidas pré-termo e suas mães ou substitutos. As crianças nasceram na Maternidade Climério de Oliveira (MCO) e na Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Netto (MJMMN), localizadas em Salvador (Bahia, Brasil). As díades estavam sendo acompanhadas em ambulatório de seguimento do recém-nascido de alto risco (*follow up*) das instituições citadas e as crianças incluídas já tinham iniciado a alimentação complementar e possuíam até 24 meses de idade gestacional corrigida (IGC). As maternidades participantes da pesquisa em questão fazem parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Foram excluídas crianças com diagnóstico médico de neuropatias, síndromes, malformações craniofaciais, cardiopatias e doenças respiratórias graves que as impedissem de se alimentarem por via oral de forma segura, além de doenças metabólicas.

#### 3.1 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos referidos ambulatórios de seguimento, na ocasião das consultas de rotina de cada família, no período de março de 2016 a junho de 2017. Os responsáveis legais pelas crianças foram contatados para explanação dos objetivos da pesquisa, foi feito o convite para participarem do estudo e na sequência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida foi aplicado um protocolo elaborado pelos autores, que contemplava: itens de identificação; dados demográficos e

socioeconômicos; informações sobre aleitamento materno; hábitos orais; introdução da alimentação complementar e dificuldades alimentares; além de dados sobre antecedentes neonatais, tais como idade gestacional ao nascimento, peso ao nascer e curva de percentil. Os dados da história clínica que não puderam ser coletados a partir da entrevista com as mães ou seus substitutos foram acessados em prontuário.

A presença de dificuldade no processo de introdução da alimentação complementar foi investigada através da percepção da mãe diante de comportamentos defensivos dos filhos, durante as refeições no último mês. Inicialmente, a entrevistadora realizou uma pergunta objetiva sobre a presença de dificuldade de introdução da alimentação complementar para a qual deveria responder 'sim' ou 'não'. Em seguida foi aplicado um *checklist* com base em uma proposta da Sociedade Brasileira de Pediatria <sup>(11)</sup> de eventos que sinalizam dificuldade no processo de alimentação durante as refeições da criança. Uma resposta afirmativa a qualquer item do *checklist* era considerada como indicação de dificuldade alimentar apresentada pela criança. Os comportamentos que compuseram o *checklist* foram: chorar ao ver o alimento; arquear o corpo no momento da oferta; recusar abrir a boca; reflexo de náusea constante; demanda aumentada de tempo para as refeições e lanches (+40 min); seletividade por tipo de alimento e/ou textura; recusa para sólidos; recusa alimentar; e dificuldade por parte da criança em obter o alimento, mastigar ou engolir.

### **3.2 Processamento e análise dos dados**

O banco de dados foi criado utilizando-se o programa Microsoft® Excel 2010 e analisado no *software* R (versão 3.4.1). Foi procedida a uma análise descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa).

#### 4 RESULTADOS

A presente pesquisa foi composta por 62 díades das quais 58,1% (36) das crianças eram do sexo feminino e 27,9% (12) encontrava-se na faixa etária entre 18 e 24 meses de idade gestacional corrigida no momento da entrevista. No que diz respeito às classificações da prematuridade das crianças estudadas, 56,5% (35) nasceu muito prematuras, 51,6% (32) com muito baixo peso e, 82,3% (51) com curva de percentil adequada para idade gestacional. Observou-se que 43,5% (27) das mães encontrava-se na faixa etária de 30 a 39 anos de idade no momento da entrevista. Outros dados sócio-demográficos das mães ou seus substitutos encontram-se na Tabela 1.

Passando a abordar as dificuldades alimentares referidas pelas mães durante o processo de introdução da alimentação complementar, ao serem questionadas se enfrentaram dificuldades para alimentar seu filho no último mês, 43,5% (27) das mães ou seus substitutos respondeu positivamente. Após a aplicação do *checklist* houve um aumento das respostas positivas para 69,4% (43) de mães que informou algum tipo de dificuldade alimentar neste período. As características da amostra de acordo com a ocorrência ou não de dificuldades, referidas pelas mães, estão ilustradas na Tabela 2.

A frequência dos comportamentos defensivos informados pelas 43 mães ou seus substitutos, de acordo com a aplicação do *checklist*, variou de 37,1% (23) de crianças que recusavam abrir a boca a 6,5% (4) de crianças que choravam para alimentar-se. Ressalta-se que a somatória das porcentagens não atinge 100%, pois algumas mães atribuíram mais de um comportamento defensivo para seu filho. Na Tabela 3 foram expostas as frequências para os nove comportamentos investigados.

O início da introdução da alimentação complementar, segundo informações das mães, decorreu após recomendação médica e ou nutricional em 77,4% (48) das díades. Conforme apresentado na Tabela 3, a recusa em abrir a boca, o arqueamento do corpo

às refeições, a seletividade e a recusa alimentar, foram apontados pelas mães como os comportamentos defensivos mais frequentes. Deste modo, destaca-se na Tabela 4 como esses comportamentos se distribuem em relação a variáveis relacionadas ao processo de introdução da alimentação complementar.

Tratando-se sobre aleitamento materno observa-se que entre as crianças que foram apontadas como tendo dificuldades no processo de introdução da alimentação complementar, 44,1% (19) estiveram em aleitamento misto, 37,2% (16) em aleitamento materno exclusivo e 18,6% (08) em aleitamento artificial exclusivo até o sexto mês de idade gestacional corrigida. Verificou-se que 74,3% (32) das crianças fizeram uso de algum bico artificial até o período da entrevista, sendo que 41,8% (18) usaram mamadeira e chupeta, 23,2% (10) apenas mamadeira e 9,3% (4) apenas chupeta.

## **5 DISCUSSÃO**

A presente pesquisa investigou dificuldades alimentares, referidas pelos pais, durante o processo de alimentação complementar em crianças nascidas pré-termo.

As mães se destacaram como principal agente cuidador da criança e no que concerne ao seu perfil, a amostra deste estudo foi semelhante ao encontrado em pesquisa realizada na cidade de Salvador, não havendo mudanças significativas no perfil das mães que relataram enfrentar dificuldades durante a introdução da alimentação complementar em seu filho <sup>(12)</sup>.

Estudos têm demonstrado que aspectos como a idade materna, o grau de escolaridade, o acesso às informações em saúde e o tempo dedicado aos cuidados com a criança contribuem para uma adequada oferta de alimentos, refletindo assim no crescimento saudável durante o período do desenvolvimento infantil, pois a criança apresenta um menor risco de adoecer <sup>(13-15)</sup>.

Quando as mães ou seus substitutos foram questionados através de uma pergunta objetiva se enfrentaram ou não dificuldades para alimentar seu filho no último mês, menos da metade das entrevistadas respondeu que sim. No entanto, após a aplicação do *checklist*, contendo perguntas diretamente relacionadas aos comportamentos mais frequentes, houve um aumento expressivo das respostas positivas. Um estudo que teve como objetivo caracterizar o desenvolvimento da alimentação de um grupo de prematuros, com idade entre três e 12 meses, levantou a hipótese de que os cuidadores não consideram comportamentos defensivos como dificuldades, sugerindo assim a ausência de conhecimento sobre os hábitos saudáveis da alimentação infantil<sup>(10)</sup>. Desse modo, vale ressaltar a importância de descrever os tipos de dificuldades alimentares ao questionar as famílias sobre a presença desse distúrbio durante o período de alimentação complementar, assim como no decorrer do desenvolvimento posterior.

Grande parte da amostra das crianças no presente estudo foi classificada como muito prematuros, no entanto, o que chamou atenção nos dados clínicos foi a alta frequência de comportamentos defensivos na maior parte dos prematuros extremos. Os prematuros que apresentam dificuldade alimentar comumente não possui maturidade gastrintestinal, o que pode gerar sintomas como vômitos, náuseas, ânsia, sensação de plenitude gástrica ou dor<sup>(6,16)</sup>. Tais sintomas influenciam negativamente no desejo de alimentar-se, corroborando assim com os dados obtidos no vigente estudo.

Neste estudo foi possível observar quatro comportamentos defensivos mais recorrentes, o primeiro se refere à recusa em abrir a boca, seguido de arqueamento do corpo durante a oferta da alimentação, seletividade e recusa alimentar. Outros estudos confirmam a alta frequência desses comportamentos nos sujeitos acometidos por essa desordem alimentar<sup>(5,13,17)</sup>.

A recusa em abrir a boca, assim como a recusa alimentar podem estar

relacionadas à presença da hipersensibilidade intraoral, que causa uma sensação desagradável na presença do estímulo na cavidade oral, podendo explicar a dificuldade em aceitá-lo, no entanto, este estímulo mesmo sendo desagradável constitui um importante fator para o desenvolvimento sensório motor oral <sup>(18)</sup>. A seletividade alimentar é um acontecimento natural e variável no decorrer dos anos. Em contrapartida, quando conjuntos inteiros de alimentos são dispensados e essa rejeição se apresenta mais extensa dando preferência apenas a um tipo de alimento ou consistência, a seletividade passa a ser um quadro de grande preocupação <sup>(1)</sup>. Crianças de distintas idades podem manifestar suas preferências, recusa total ou resistência para experimentar novos alimentos a partir da amamentação, em especial durante a introdução da alimentação complementar <sup>(1,6,19-21)</sup>.

Com relação ao início da introdução alimentar foi constatado que a maioria das crianças deu início ao completarem seis meses de idade gestacional corrigida, ou seja, no período recomendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde <sup>(4)</sup>, o que geralmente não ocorre segundo alguns estudos que têm demonstrado que a grande maioria dos bebês recebem alimentos complementares antes do sexto mês de vida <sup>(14,16,22,23)</sup>.

Sobre o tipo de alimento utilizado durante a primeira oferta a grande maioria das mães ofertaram papinhas. Esses dados se demonstram distintos com relação aos estudos que falam sobre a idade de início e o tipo de alimento mais frequente durante a introdução da alimentação complementar, conforme a literatura os alimentos mais utilizados para iniciar a introdução da alimentação complementar são os líquidos (água, chá, suco) e em seguida as frutas <sup>(12-15,23,24)</sup>.

Quanto ao aleitamento materno foi observado que mais da metade das crianças participantes do estudo foram alimentadas exclusivamente pelo leite materno até o sexto



mês de idade gestacional corrigida, como preconiza o Ministério da Saúde <sup>(4)</sup>. Esses dados não são similares aos estudos que afirmam que grande parte dos lactentes são alimentados através do aleitamento misto antes mesmo de completarem os seis meses de vida <sup>(14,16,22)</sup>.

Conforme demonstrado nos resultados, a maior parte das crianças fez uso de mamadeira e chupeta durante o período de introdução da alimentação complementar. Autores afirmam a relação desses hábitos com a redução ou interrupção da amamentação, que em consequência pode levar à introdução precoce da alimentação complementar <sup>(10,25,26)</sup>.

Resguardando as limitações do próprio método investigativo, a presente pesquisa não esgota, mas supre lacunas sobre o perfil das crianças prematuras e os diversos comportamentos defensivos que podem surgir durante a introdução da alimentação complementar e, conseqüentemente gerar dificuldades alimentares que podem se apresentar ao longo da vida do indivíduo.

## **6 CONCLUSÃO**

As dificuldades alimentares referidas pelas mães foram altamente prevalentes na população estudada. Os comportamentos defensivos mais frequentes foram recusa em abrir a boca e arqueamento do corpo, seguido por seletividade e recusa alimentar.

As recomendações para introdução da alimentação complementar, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde foram adequadamente seguidas pelas mães.

Nota-se que as mães não identificam comportamentos defensivos durante a alimentação como dificuldade alimentar.

Reconhece-se a escassez de estudos que caracterizem o padrão de consumo de

alimentos complementares no Brasil e principalmente sobre o desempenho alimentar de crianças nascidas pré-termo. Compreende-se que estudos posteriores são indispensáveis para maior conhecimento das características da alimentação de crianças nascidas pré-termo durante o período de introdução da alimentação complementar, a fim de minimizar os agravos em seu desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

1. Correia C. Seletividade Alimentar e Sensibilidade Sensorial em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo Seletividade Alimentar e Sensibilidade Sensorial em Crianças. St CASA da Misericórdia Lisboa. 2015;1–26.
2. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recommendations for the complementary feeding of the breastfed child. *J Pediatr (Rio J)*. 2004 Dec 1;80(8):131–41.
3. Martins ML, Haack A. Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. *Com Ciências Saúde*. 2012;23(3):263–70.
4. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Vol. 1, Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. 2013. 1-76 p.
5. Maximino P, Machado RHV, Junqueira P, Ciari M, Tosatti AM, Ramos C de C, et al. How to monitor children with feeding difficulties in a multidisciplinary scope? Multidisciplinary care protocol for children and adolescents – pilot study. *J Hum Growth Dev*. 2016 Nov 28;26(3):331.
6. Junqueira P. Por que meu filho não quer comer? : uma visão além da boca e do estômago. 1 ed. Bauru: Idea Editora; 2017.
7. Conde M de O, Tessicini G, Bittar DP, Ishigaki ECSS. Dificuldades alimentares na paralisia cerebral: proposta de um protocolo. *Rev CEFAC*. 2016 Apr;18(2):426–38.
8. Pagliaro CL, Bühler KEB, Ibidi SM, Limongi SCO. Dietary transition difficulties in preterm infants: critical literature review. *J Pediatr (Versão em Port. Sociedade Brasileira de Pediatria)*; 2016 Jan;92(1):7–14.
9. Ng CS, Dibley MJ, Agho KE. Complementary feeding indicators and determinants of poor feeding practices in Indonesia: a secondary analysis of 2007 Demographic and Health Survey data. *Public Health Nutr*. 2012 May 11;15(05):827–39.
10. Brusco TR, Delgado SE. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. *Rev CEFAC*. 2014 Jun;16(3):917–28.

11. Procianoy R, Silveira R. Importância do seguimento ambulatorial do pré-termo. In: Silveira RC. (Org.) Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. [acesso em 2018 jan 4]Disponível em <http://www.coopedce.com.br/arquivos/files/artigos/2014-seguimento-prematuro.pdf>.
12. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF de, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr.* 2018 Jun;36(2):164–70.
13. Santos CS dos, Lima LS de, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007 Dec;7(4):373–80.
14. Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr.* 2009 Sep;27(3):258–64.
15. Giugliani ERJ, Gomes Victora C. Alimentação Complementar. *J Pediatr (Rio J).* 2000;76(3):253–253.
16. Silva RKC, Souza NL De, Silva RAR da, Silva JB da, Ladisláo NBPR, Oliveira SIM de. O ganho de peso em prematuros relacionado ao tipo de leite. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014 Sep 30;16(3):535–41.
17. Wolff Müller P, Marin AH, Donelli TMS. Olha o aviãozinho ! A relação mãe e bebê com dificuldades alimentares. *Aletheia.* 2015;46:187–201.
18. Silvério CC, Sant´Anna PT, Oliveira MF. Ocorrência de dificuldade alimentar em crianças com mielomeningocele. *CEFAC.* 2005;7:75–81.
19. Junqueira P, Maximino P, Ramos C de C, Machado RHV, Assumpção I, Fisberg M. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. *Rev CEFAC.* 2015 Jun;17(3):1004–11.
20. Fisberg M, Tosatti AM, Abreu CL. A criança que não come: abordagem pediátrico-comportamental. In: Anais do 2º Congresso Internacional Sabará de

- Especialidades Pediátricas. São Paulo: Editora Edgard Blücher; 2014. p. 176–89.
21. Sampaio AB de M, Nogueira TL, Grigolon RB, Roma AM, Pereira LE, Dunker KLL. Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. *J Bras Psiquiatr.* 2013 Jun;62(2):164–70.
  22. Scochi CGS, Gauy JS, Fujinaga CI, Fonseca LMM, Zamberlan NE. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):540–5.
  23. Vargas VDS, Soares MCF. Características da alimentação complementar precoce em crianças de uma cidade no sul do Brasil. *Nutrire.* 2012;37(3):269–80.
  24. Schincaglia RM, Oliveira AC de, Sousa LM de, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2015 Sep;24(3):465–74.
  25. Vieira GO, Silva LR, Vieira TDO, Almeida JAG de, Cabral V a. Feeding habits of breastfed and non-breastfed children up to 1 year old. *J Pediatr (Rio J).* 2004 Sep 15;80(5):411–6.
  26. Martins CB de G, Santos D da S, Lima FCA, Gaíva MAM. Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2014 Mar;23(1):79–90.

## ANEXO A – TABELAS

**Tabela 1** – Dados sócio demográficos das 62 mães ou seus substitutos das crianças nascidas pré-termo, Salvador (BA), 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade Materna</b>		
10 a 19 anos	05	8,1%
20 a 29 anos	23	37,1%
30 a 39 anos	27	43,5%
40 a 49 anos	07	11,3%
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteira	04	6,5%
Separadas	07	11,3%
Casadas/Companheiros	51	82,3%
<b>Nível sócio econômico*ABEP</b>		
Classe A	02	3,2%
Classe B	10	16,2%
Classe C	33	53,2%
Classe D/E	17	27,4%
<b>Escolaridade Materna</b>		
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto	05	8,1%
Fundamental completo/Médio incompleto	13	21,0%
Médio completo/Superior incompleto	39	62,9%
Superior completo	05	8,1%

**Legenda:** \*Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP).

**Tabela 2** – Características da amostra de acordo com a ocorrência ou não de dificuldades, referidas pelas mães, Salvador (BA), 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>Dificuldades</b>			
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<b>N = 43</b>	<b>%</b>	<b>N = 19</b>	<b>%</b>
<b>IG na avaliação</b>				
Até 08 meses IGC	09	14,5	04	6,5
09 a 11 meses IGC	12	19,3	06	9,7
12 a 17 meses IGC	10	16,1	03	4,8
18 a 24 meses IGC	12	19,3	06	9,7
<b>IG ao nascimento</b>				
Muito prematuro	24	38,7	11	17,7
Prematuro moderado	10	16,1	07	11,2
Prematuro extremo	09	14,5	01	1,6
<b>Peso ao nascimento</b>				
Muito baixo peso	26	41,9	06	9,7
Baixo peso	09	14,5	09	14,5
Extremo baixo peso	08	12,9	04	6,5
<b>Curva de percentil</b>				
AIG	35	56,4	16	25,8
PIG	07	11,2	03	4,8
GIG	01	1,6	-	-

**Legenda:** IG = Idade Gestacional Corrigida; IGC = Idade Gestacional Corrigida; AIG = Adequado para Idade Gestacional; PIG = Pequeno para Idade Gestacional; GIG = Grande para Idade Gestacional.

**Tabela 3** – Frequência dos comportamentos defensivos informados pelas 43 mães, Salvador (BA), 2018.

Variáveis	N=43	%
<b>Recusa em abrir a boca</b>	23	37,1
<b>Arqueamento do corpo</b>	18	29,0
<b>Seletividade</b>	17	27,4
<b>Recusa alimentar</b>	13	21,0
<b>Tempo aumentado*</b>	11	17,7
<b>Dificuldade de mastigar e engolir</b>	11	17,7
<b>Náusea</b>	10	16,1
<b>Recusa de sólido</b>	9	14,5
<b>Choro</b>	4	6,5

**Legenda:** \*tempo aumentado durante as refeições (>40 minutos).

**Tabela 4** – Distribuição da frequência dos comportamentos defensivos mais frequentes relacionados ao início da alimentação complementar, Salvador (BA), 2018.

Alimentação Complementar	Recusa abrir a boca		Arquear o corpo		Seletividade		Recusa alimentar	
	N = 23		N = 18		N = 17		N = 13	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade Gestacional de início								
< 06m IGC	07	30,4	06	33,3	04	23,5	03	23,0
06m IGC	13	56,5	08	44,4	09	52,9	09	69,2
> 06m IGC	02	8,6	03	16,6	04	23,5	01	7,6
Primeiras ofertas								
Frutas	04	17,3	02	11,1	04	23,5	02	15,3
Verduras	03	13,0	03	16,6	03	17,6	01	7,6
Papinhas	08	34,7	04	22,2	05	29,4	05	38,4
Sucos	02	8,6	01	5,5	01	5,8	02	15,3
Alimentos liquidificados	04	17,3	07	38,8	02	11,7	03	23,0

**Legenda:** IGC = Idade Gestacional Corrigida.

## **ANEXO B - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL (RBSMI)**

### **Estrutura do manuscrito**

**Identificação** - Título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

**Resumos** - Deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição, Discussão*. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), *Resultados, Conclusões*. Para o Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado.

**Palavras-chave** - Para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

**Ilustrações** - As tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

**Referências** - Devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:



**Artigo de Revista**

Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. *J Phys Act Health*. 2014; 11 (2): 375-83.

**Livro** Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

**Editor, Organizador, Compilador** Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

**Capítulo de livro** Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

**Congresso considerado no todo** Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

**Trabalho apresentado em eventos** Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5

**Dissertação e Tese** Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

**Documento em formato eletrônico – Artigo de revista**

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. *J Pastoral Criança* [periódico on line]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf)

**ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**