








Risco de distúrbio alimentar Pediátrico em pré-escolares nascidos prematuros

Risk of pediatric eating disorders in preschoolers born prematurely

Manoela Gomes¹ , Claudiane Bottoli² , Bianca Nunes Pimentel² , Camila Lenhardt Vargas² , Raquel Coube de Carvalho Yamamoto³ , Angela Regina Meciel Weinmann⁴ , Geovana de Paula Bolzan⁵ 

RESUMO

Objetivo: verificar o risco de distúrbio alimentar pediátrico em pré-escolares que nasceram prematuros e relacionar com os aspectos neonatais, de aleitamento materno e de hábitos orais. **Métodos:** estudo descritivo e longitudinal. A amostra foi composta por pré-escolares que nasceram prematuros e que foram acompanhados até os 24 meses de idade corrigida. A coleta de dados consistiu em análise de prontuários, entrevista e aplicação da Escala Brasileira de Alimentação Infantil. **Resultados:** participaram 19 pré-escolares, com média de idade de 5 anos e 1 mês, nascidos prematuros (idade gestacional de 32 semanas), saudáveis e com função motora oral normal aos 2 anos de idade corrigida. A aplicação da escala permitiu identificar risco de distúrbio alimentar pediátrico em 31,57% da amostra. Não houve diferença entre os grupos com e sem risco do distúrbio quanto às variáveis neonatais, de aleitamento materno e de hábitos orais. Apenas a variável tempo de transição alimentar no período de internação neonatal apresentou diferença entre os grupos, sendo maior em crianças que não apresentaram risco para o distúrbio. **Conclusão:** O risco de distúrbio alimentar pediátrico ocorreu em quase um terço dos prematuros em idade pré-escolar. O tempo de transição alimentar no período de internação neonatal foi a única variável que apresentou diferença entre os grupos com e sem risco para o distúrbio. Assim, pode-se refletir que o momento de introdução da alimentação oral e a forma de progressão da dieta até a via oral plena na internação neonatal podem ter relação com o comportamento alimentar em outras fases do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Prematuridade; Comportamento alimentar; Pré-escolar; Crianças; Seletividade alimentar

ABSTRACT

Purpose: To verify the risk of pediatric eating disorders in preschoolers who were born prematurely and relate it to neonatal aspects, breastfeeding and oral habits. **Methods:** Descriptive and longitudinal study. The sample was made up of preschoolers who were born prematurely and who were followed up until 24 months of corrected age. Data collection consisted of analysis of medical records, interviews and application of the Brazilian Infant Feeding Scale (EBAI). **Results:** 19 preschoolers participated, with a mean age of 5.11±0.51, born prematurely (gestational age of 32.05 ± 3.26 weeks), healthy and with normal oral motor function at 2 years of corrected age. The application of the EBAI made it possible to identify the risk of pediatric eating disorders in 31.57% of the sample. There was no difference between the groups with and without risk of pediatric eating disorders regarding neonatal variables, breastfeeding and oral habits. Only the variable feeding time during the neonatal hospitalization period showed a difference between the groups, being higher in children who were not at risk for pediatric eating disorders. **Conclusion:** The risk of pediatric eating disorders occurred in almost a third of pre-school-age premature infants. The dietary transition time during the neonatal hospitalization period was the only variable that showed a difference between the groups with and without risk of pediatric eating disorders. Thus, one may consider that, the moment of introduction of oral feeding and the way in which the diet progresses until the full oral route, during neonatal hospitalization, may be related to eating behavior in other phases of child development.

Keywords: Premature; Feeding behavior; Preschool child; Children; Food selectivity

Trabalho realizado na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

¹Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

²Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

³Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

⁴Universidade Franciscana – UFN – Santa Maria (RS), Brasil.

⁵Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: MG delineamento do estudo, coleta de dados, escrita do manuscrito; CB análise dos dados, escrita do manuscrito e revisão final; BNP análise dos dados, escrita do manuscrito e revisão final; CLV escrita do manuscrito; RCCY delineamento do estudo, revisão final do manuscrito; ARMW análise dos dados, revisão final do manuscrito; GPB delineamento do estudo, coleta e análise dos dados, revisão final do manuscrito.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Claudiane Bottoli. E-mail: claudianeureab@gmail.com

Recebido: Setembro 02, 2023; **Aceito:** Fevereiro 28, 2024

INTRODUÇÃO

O número de nascimentos prematuros vem aumentando significativamente nas últimas décadas. No Brasil, 11,7% dos nascimentos ocorrem antes da gestação completar 37 semanas⁽¹⁾. Isso significa que aproximadamente 360 mil crianças nascem prematuras todo ano, correspondendo a quase mil por dia. Essa condição pode ser responsável por danos imediatos aos recém-nascidos (RN) e sequelas tardias, como alterações nos padrões de crescimento, atrasos no desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo ou o conjunto desses eventos^(2,3).

Os RN nascidos a termo e saudáveis exercem repetidamente um conjunto bastante sofisticado de reflexos orais, movimentos e aprimoramentos para coordenar as funções de sucção, deglutição e respiração. O prematuro, devido à imaturidade global, poderá necessitar de nutrição parenteral e/ou nutrição enteral por sonda gástrica, até adquirir condições de alimentação por via oral plena, requisito para a alta hospitalar^(4,5). Essas dificuldades iniciais com a alimentação, somadas aos estímulos orais invasivos na internação neonatal, podem contribuir negativamente para a alimentação da criança, principalmente para aquelas que tiveram internações prolongadas⁽⁶⁾.

Os prematuros podem apresentar comportamentos como recusa alimentar, vômitos, náuseas, choro, irritação, engasgos e tosse, habilidades alimentares atrasadas e dificuldade de mastigar⁽⁷⁻⁹⁾. Além disso, padrões alimentares mais pobres e inadequados entre crianças prematuras, como baixa duração e exclusividade da alimentação com leite humano, introdução alimentar (IA) precoce de sólidos e má qualidade da dieta, contribuem para o risco aumentado de doenças crônicas na idade adulta. Portanto, é essencial acompanhar os resultados nutricionais dessa população após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ao longo dos anos de desenvolvimento⁽¹⁰⁾.

Em 2019, alguns pesquisadores⁽¹¹⁾ propuseram o termo "distúrbio alimentar pediátrico" (DAP) para definir a condição em que a criança possui uma ingestão oral prejudicada e não apropriada para a sua idade, com interferências em seu desenvolvimento. Segundo eles, o DAP pode ser ocasionado por uma disfunção médica, nutricional, habilidade alimentar e/ou psicossocial e pode ocorrer em qualquer fase da infância, sendo mais prevalente entre 6 meses e 4 anos de idade. Por ser um distúrbio complexo e de condição multifatorial, existe a necessidade de uma equipe multiprofissional que possa garantir a detecção mais precoce, bem como o tratamento e o acompanhamento^(11,12).

Tendo em vista que crianças que nasceram prematuras estão mais suscetíveis a problemas na alimentação e que a detecção e intervenção oportunas podem favorecer o prognóstico nesses casos, o objetivo do presente estudo foi verificar o risco de DAP em pré-escolares que nasceram prematuros e relacionar com variáveis neonatais, de aleitamento materno e de hábitos orais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e longitudinal, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem, sob parecer número 187.634. Todos os responsáveis pelos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Amostra

A amostra foi de conveniência, sendo constituída por 19 crianças na faixa etária de 4 a 5 anos.

Os critérios de inclusão foram: prematuridade com necessidade de internação em UTIN; frequência regular ao ambulatório de seguimento de prematuros no hospital de origem até os 24 meses de idade corrigida; função motora oral normal na avaliação dos 24 meses de idade corrigida; ausência de diagnóstico neonatal de alterações neurológicas, síndromes genéticas, malformações de cabeça e/ou pescoço, asfixia neonatal (Apgar 5º minuto ≤ 5), encefalopatia bilirrubínica, hemorragia intraventricular grau III e IV e displasia broncopulmonar.

Os critérios de exclusão foram: impossibilidade de contato com as famílias na fase atual da pesquisa; diagnóstico de transtorno do espectro do autismo (TEA) ao longo do desenvolvimento⁽¹³⁾. Assim, foram elegíveis para o estudo 40 crianças. No entanto, não se conseguiu contato com 19 famílias e duas crianças foram excluídas devido ao diagnóstico de TEA, totalizando as 19 crianças da amostra.

No período de aquisição da alimentação oral na UTIN, todas as crianças do estudo permaneceram em unidade de cuidados intermediário convencional (exceto em Unidade Canguru) e realizaram fonoterapia, utilizando-se o protocolo *Premature Infant Oral Motor Intervention* (PIOMI)⁽¹⁴⁾ para a estimulação sensoriomotora oral. A estimulação foi realizada durante todo o período de transição alimentar, uma vez ao dia, seis dias por semana, de acordo com a rotina da unidade. Os RN foram alimentados em seio materno e mamadeira, conforme a disponibilidade e presença das mães na UTIN.

Procedimentos

Inicialmente, foi realizada busca aos prontuários de participantes do seguimento ambulatorial de prematuros, em projeto de pesquisa prévio, a fim de selecionar a amostra de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos. Após a identificação dos pré-escolares elegíveis, realizou-se contato telefônico com as famílias e convite para participação nesta etapa do estudo. A coleta de dados contou com atualização da anamnese, com informações de saúde geral da criança, possíveis diagnósticos, queixa de engasgos e de refluxo gastroesofágico, hábitos orais de chupeta e mamadeira e preenchimento da Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)⁽¹⁵⁾. Na sequência, foram coletadas do banco de dados do seguimento ambulatorial as seguintes informações: idade gestacional ao nascer, adequação ao crescimento intrauterino de acordo com a classificação das curvas de Fenton⁽¹⁶⁾, a saber: RN pequeno para a idade gestacional (PIG), adequado para a idade gestacional (AIG) e grande para a idade gestacional (GIG); uso de ventilação mecânica, tempo de internação neonatal e tempo de transição alimentar no período neonatal, tempo de aleitamento materno, tipo de aleitamento aos 6 meses de idade corrigida e idade de IA em meses.

O período da coleta de dados foi de setembro de 2019 a novembro de 2019. Foram realizadas sete tentativas para cada número de telefone em turnos e horários diferentes para, então, excluir as crianças de cujas famílias não se obteve contato. A escala foi respondida por todas as famílias com as quais se obteve contato.

A EBAI é um instrumento que tem como objetivo identificar sinais de risco de DAP em crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses

de idade, considerando a percepção dos pais. Foi traduzido e validado para o português brasileiro e pode ser aplicado por diferentes profissionais⁽¹⁵⁾.

A escala é baseada em 14 perguntas que contemplam os seguintes aspectos: uso de medidas práticas de alimentação parental, comportamento alimentar da criança e desempenho motor-oral. A classificação das dificuldades alimentares é feita de acordo com a gravidade, por meio de um escore: dificuldades leves (61-65), dificuldades moderadas (66-70) e dificuldades severas (acima de 70), ou, ainda, ausência de dificuldades (de 35 a 60)⁽¹⁵⁾.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram tabulados em planilha eletrônica Excel e analisados com o programa Statistica 9.1, mediante estatística descritiva e inferencial. As variáveis contínuas foram expressas em médias, desvio padrão e mínimo/máximo e as variáveis categóricas, em percentuais. Para a comparação entre os grupos independentes, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney e para as comparações de variáveis categóricas, o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando $n < 5$. Para todas as análises inferenciais considerou-se como significância estatística $p < 0,05$.

RESULTADOS

No que se refere à idade gestacional ao nascer, a média da amostra foi de 32 semanas e houve predomínio de RN com muito baixo peso ao nascer e do gênero feminino. As características gerais da amostra quanto ao período neonatal estão apresentadas na Tabela 1.

Em relação ao aleitamento materno e IA, verificou-se que aos 6 meses de idade corrigida, a maior parte da amostra (78,94%) não estava mais recebendo leite materno e que a IA ocorreu precocemente, em média, com 3 meses e 16 dias, de idade corrigida (Tabela 2).

No que se refere às características dos sujeitos no momento da coleta de dados quanto ao risco de DAP e hábitos orais de chupeta e mamadeira, a média de idade foi de 5 anos e 1 mês e o risco de DAP esteve presente em 31,58% da amostra, em diferentes graus de severidade (Tabela 3).

Na comparação entre os grupos de crianças com e sem risco de DAP quanto às variáveis idade gestacional ao nascer, adequação ao crescimento intrauterino, uso de ventilação mecânica, tempo de internação neonatal, tempo de transição alimentar no período neonatal, idade de IA e hábitos orais de chupeta e mamadeira, observou-se que apenas o tempo de transição alimentar apresentou diferença entre os grupos, sendo que o grupo de crianças sem risco para DAP apresentou tempo de transição alimentar no período neonatal significativamente maior que o grupo com risco para DAP (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A realização deste estudo surgiu da necessidade de melhor compreender a relação entre a prematuridade e o risco de DAP, pois ainda é um tema bastante desafiador na prática profissional e no cotidiano familiar. A identificação precoce dos distúrbios

Tabela 1. Características dos sujeitos da amostra durante o período neonatal

Variáveis	n (%)
Gênero	
Feminino	13 (68,43)
Masculino	6 (31,57)
Adequação ao CIU	
PIG	9 (47,37)
AIG	10 (52,63)
Classificação de peso	
Extremo baixo peso	2 (10,52)
Muito baixo peso	9 (47,37)
Baixo peso	6 (31,58)
Peso adequado	2 (10,53)
Uso de VM	
Sim	6 (31,57)
Não	13 (68,43)

Variáveis	Média ± DP	Mínimo/Máximo
IG ao nascer (semanas)	32,05 ± 3,26	28-35
APGAR		
1º minuto	6,84 ± 2,24	2-8
5º minuto	6,78 ± 0,91	7-10
Peso ao nascer (g)	1560 ± 528	800-2580
Dias de transição até VO plena	17,05 ± 9,74	3-31
Dias de internação hospitalar	31,55 ± 18,13	9-75

Valores expressos em número absoluto (n) e percentual (%), média e desvio padrão, mínimos e máximos; Percentil classificado de acordo com as curvas de Fenton⁽¹⁶⁾

Legenda: DP = desvio padrão; CIU = crescimento intrauterino; IG = idade gestacional; PIG = pequeno para a idade gestacional; AIG = adequado para a idade gestacional; APGAR = índice para avaliação imediata do recém-nascido; VO = via oral; VM = ventilação mecânica; g = gramas

Tabela 2. Características dos sujeitos quanto ao aleitamento materno e a introdução alimentar

Variáveis	n (%)
Aleitamento materno exclusivo aos 6 meses	2 (10,53)
Aleitamento materno misto aos 6 meses	2 (10,53)
Outro tipo de leite aos 6 meses	15 (78,94)

Variáveis	Média ± DP	Mínimo/Máximo
Idade cronológica da IA (meses)	5,47 ± 1,61	3-8
Idade corrigida da IA (meses)	3,52 ± 1,54	1-6

Valores expressos em número absoluto (n) e percentual (%), média e desvio padrão

Legenda: DP = desvio padrão; IA = introdução alimentar complementar

alimentares pela equipe de saúde pode propiciar intervenção oportuna através da construção de um planejamento terapêutico em equipe e melhor qualidade de vida para a criança e sua família.

A EBAI permitiu evidenciar risco de DAP em 31,58% das crianças estudadas. Embora com necessidade de internação em UTIN, os sujeitos não apresentavam patologias associadas à prematuridade, conforme os critérios de exclusão propostos na pesquisa original, descritos como critérios de inclusão no presente estudo. Estudos mostram que, quanto menor a idade gestacional ao nascer, maiores os riscos de complicações e surgimento de doenças, e também maior risco de desmame e introdução precoce da alimentação complementar^(10,17), situação

que pode desencadear dificuldades nutricionais na criança, gerando sofrimento emocional materno⁽¹⁸⁾.

Outro fator que pode contribuir para o risco de dificuldade no período de IA é a manipulação da cavidade oral dos prematuros através do uso de dispositivos para sua manutenção vital (sondas e tubos), durante o período de internação na UTIN. A manipulação excessiva na cavidade oral pode gerar

experiências sensoriais negativas e risco para DAP. Estudo prévio verificou que 18% das crianças prematuras apresentam problemas no comportamento alimentar nos primeiros anos, como seletividade, recusa e birras⁽⁹⁾.

Apesar de a amostra do presente estudo não consistir em grupo de prematuros com grande risco para alterações no desenvolvimento, o resultado obtido quanto ao risco de DAP pode ser considerado alto, em virtude da faixa etária acompanhada. Estudo prévio identificou, de forma semelhante, uma dificuldade de alimentação altamente prevalente (42%) em crianças menores de 4 anos que nasceram prematuramente (< 37 semanas de gestação)⁽¹⁰⁾.

Durante a internação neonatal, os RN pré-termo (RNPT) que participaram do presente estudo foram avaliados para iniciar a alimentação oral, em média, com 34 semanas de idade gestacional corrigida, quando se acredita haver maturidade para introdução da alimentação por via oral (VO). A partir da avaliação, aqueles RNPT que apresentavam baixa habilidade para alimentação oral, realizaram estimulação sensoriomotora oral até a obtenção da alimentação oral plena, que ocorreu, em média, 17 dias após o início da alimentação oral.

Ao ser analisada a ocorrência de DAP em relação às variáveis do período neonatal, observou-se que o grupo sem risco para DAP apresentou tempo de transição alimentar significativamente maior que o grupo com risco para DAP, contrariando o esperado, pois acreditava-se que crianças com maior tempo de transição alimentar, ou seja, com maior dificuldade para aquisição de via oral plena no período neonatal, e maior tempo de uso de sonda de alimentação, em média oito dias a mais, fossem aquelas que pudessem apresentar maiores dificuldades com a alimentação em longo prazo. É possível que esse resultado seja explicado pela ampla gama de aspectos que levam a dificuldades alimentares e que ultrapassam as condições relacionadas ao período neonatal⁽¹⁹⁾. Por outro olhar, entende-se que

Tabela 3. Características dos sujeitos no momento da coleta de dados quanto ao risco de distúrbio alimentar pediátrico e hábitos orais de chupeta e mamadeira

Variáveis	n (%)
Risco de DAP	
Ausente	13(68,42%)
Leve	1(5,26%)
Moderado	2(10,53%)
Severo	3(15,79%)
Hábito oral de chupeta	
Sim	7(36,84%)
Não	12(63,16%)
Hábito oral de mamadeira	
Sim	5(26,32%)
Não	14(73,68%)
Queixa de engasgos	
Sim	0
Não	19(100%)
Queixa de refluxo gastroesofágico	
Sim	0
Não	19(100%)

Valores expressos em número absoluto (n) e percentual (%), média e desvio padrão

Legenda: DAP = distúrbio alimentar pediátrico

Tabela 4. Comparação entre os grupos com e sem risco para distúrbio alimentar pediátrico quanto às variáveis em estudo

	Risco para DAP		Valor de p
	Sim(n=6)	Não (n=13)	
IG ao nascer (semanas)	30,50 ± 5,36	32,77 ± 1,74	0,58 ¹
Adequação ao CIU			
PIG	2 (33,33)	7 (53,85)	
AIG	4 (66,67)	6(46,15)	0,37 ²
Uso de VM			
Sim	2 (33,33)	4 (30,77)	0,65 ²
Não	4 (66,67)	9 (69,23)	
Tempo de internação (dias)	35,17 ± 17,77	38,46 ± 19,71	0,79 ¹
Tempo de TA (dias)	11 ± 6,57	19,85 ± 9,88	0,02 ¹
AM aos 6 meses			
Sim	3 (50,00)	1 (7,69)	0,07 ²
Não	3 (50,00)	12 (92,31)	
Tempo de AM exclusivo ou não (meses)	2,83 ± 2,04	1,69 ± 1,49	0,20 ¹
Uso de mamadeira			
Sim	1 (16,67)	4 (30,77)	0,48 ²
Não	5 (83,33)	9 (69,23)	
Uso de chupeta			
Sim	3 (50,00)	9 (69,23)	0,38 ²
Não	3 (50,00)	4 (30,77)	

Valores expressos em número absoluto (n) e percentual (%) ou média e desvio padrão. ¹Teste U de Mann-Whitney (p < 0,05); ²Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher (p < 0,05); Percentil classificado de acordo com as curvas de Fenton⁽¹⁶⁾

Legenda: DAP = distúrbio alimentar pediátrico; IG = idade gestacional; CIU = crescimento intrauterino; PIG = pequeno para a idade gestacional; AIG = adequado para a idade gestacional; VM = ventilação mecânica; TA = transição alimentar; AM = aleitamento materno

o maior tempo de transição alimentar pode ter favorecido maior cuidado da equipe de saúde quanto aos aspectos de alimentação que, por sua vez, pode ter refletido em maiores oportunidades de orientação para a família, bem como sua maior adesão aos cuidados relacionados à administração da dieta. Ainda, é possível que o maior tempo de transição alimentar, decorrente de instabilidade no momento da alimentação, incoordenação entre as funções de sucção, deglutição e respiração, tivesse levado à menor insistência na oferta de via oral e, com a isso, à prevenção de invasões orais durante a alimentação.

Da mesma forma, esperava-se encontrar associação entre o uso de ventilação mecânica no período neonatal e risco de DAP, pois sabe-se que o uso de ventilação mecânica pode contribuir para maior dificuldade na aquisição da alimentação oral plena em RNPT, o que pode estar relacionado aos procedimentos de rotina invasivos e manipulação como as aspirações do tubo orotraqueal e das vias aéreas⁽²⁰⁾. Em estudo recente⁽²¹⁾, foi verificado que 78% dos RNPT que fizeram uso de intubação orotraqueal apresentaram disfunção motora oral com a consistência semissólida aos 6 meses de idade gestacional corrigida. Porém, aparentemente a disfunção motora oral isolada não predispõe a criança a risco de DAP em fases mais avançadas do desenvolvimento, conforme observado no presente estudo.

Quanto ao aleitamento materno, observou-se que as taxas de aleitamento, tanto exclusivo quanto misto, foram baixas, na amostra estudada. Aos 6 meses de idade, 78,94% dos prematuros já não estavam mais recebendo aleitamento materno. Não houve diferença entre os grupos com e sem risco de DAP quanto à presença de aleitamento materno aos 6 meses e quanto ao tempo total de aleitamento materno.

O aleitamento materno poderia atuar como um fator de proteção para DAP. O fato desse fator não ter sido verificado no presente estudo poderia ser explicado pelos baixos índices de aleitamento materno em ambos os grupos. Os resultados quanto às taxas de aleitamento materno estiveram de acordo com os de outros estudos que encontraram percentuais muito baixos de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de idade corrigida para RNPT^(17,22,23).

Além dos fatores relacionados à imaturidade dos neonatos, que levam ao atraso no início da amamentação e ao risco de desmame precoce, há também o receio das puérperas de amamentarem, devido à prematuridade, à falta de incentivo e, ainda, às questões sociais. Todos esses aspectos favorecem o abandono completo do aleitamento materno antes dos 6 meses de idade corrigida do bebê ou levam à introdução de outros tipos de leite para complementar a amamentação, fazendo com que a duração do aleitamento materno seja prejudicada e, consequentemente, a introdução da alimentação complementar precocemente^(17,24).

No presente estudo, a alimentação complementar foi introduzida precocemente nos sujeitos da amostra, em média, aos 3 meses e 16 dias de idade corrigida, contrariando a recomendação vigente^(22,25). Não foram verificadas diferenças entre os grupos com e sem risco para dificuldade alimentar quanto à idade de IA.

Como as variáveis relacionadas ao período neonatal, aleitamento materno e IA não apresentaram associação com a ocorrência de dificuldades alimentares neste estudo, considera-se importante que os profissionais estejam atentos à possibilidade de dificuldades alimentares de todas as crianças, não apenas as prematuras, uma vez que nem sempre é possível estabelecer uma relação causal direta nos casos de dificuldades alimentares, embora se saiba que

as intercorrências e tratamentos realizados no período neonatal para os prematuros e bebês que precisaram de internação neonatal possam predispor a dificuldades alimentares^(19,26).

Considera-se fundamental a implantação de programas de acompanhamento, ao longo da infância, das crianças nascidas prematuramente, com o objetivo de apoiar e incentivar o aleitamento materno e a sua manutenção no pós-alta da UTIN. Através do aleitamento materno, o RNPT poderá adquirir desenvolvimento sensoriomotor oral, vivenciar uma série de benefícios já consolidados na literatura científica, tanto para o bebê, quanto para a mãe, além de suprir sua necessidade de sucção e de obter experiências orais positivas⁽²⁷⁾.

Diversas outras estratégias de promoção da saúde podem ser desenvolvidas com essa população, como a prevenção da instalação de hábitos orais deletérios, ou sua remoção precoce, no caso de já estarem instalados; orientação e apoio às famílias para as etapas de desenvolvimento infantil, com incentivo à estimulação da cavidade oral com as próprias mãos do bebê, com brinquedos e utensílios que sejam prazerosos e que possam favorecer o desenvolvimento das habilidades orais, preparando para a IA e minimizando as privações sensoriais impostas no período neonatal.

Quanto à IA iniciada precocemente na amostra do presente estudo, poderia se pensar em estratégias de planejamento de IA guiada por equipe especializada, considerando, para isso, a idade corrigida e os sinais de prontidão da criança para a alimentação complementar, a fim de minimizar riscos de engasgos, desconfortos e experiências negativas com a alimentação, comumente verificadas nos casos de IA precoce.

Além disso, com o acompanhamento sistemático das crianças com enfoque na alimentação, a equipe de saúde pode auxiliar as famílias a fazerem escolhas e a assumirem posturas nesse processo alimentar que favoreçam uma relação de experiência, aprendizado e prazer da criança com a alimentação, na fase de aquisição de hábitos alimentares. Encorajar a alimentação participativa e auxiliar os pais a reconhecerem e a respeitarem os sinais de fome e saciedade da criança parece contribuir para o estabelecimento de uma alimentação mais prazerosa^(28,29).

De acordo com publicação anterior⁽⁹⁾, o terapeuta que trabalha com dificuldades alimentares deve sempre melhorar a relação da criança com a boca e com o alimento e também a dos pais com a criança no momento da refeição. Nesse sentido, acredita-se que todos os aspectos pontuados pela autora possam ser implementados de forma preventiva, por meio de ações que visem à promoção de uma alimentação adequada, prazerosa e segura, precocemente na infância. Envolver as equipes de saúde em ações que incentivem uma relação saudável das crianças com a alimentação, bem como das famílias com a alimentação e as fases de desenvolvimento de seus bebês, poderá levar à proteção das dificuldades alimentares em RNPT e à prevenção de diversos agravos à saúde, já que essa população tem grande risco para desenvolver dificuldades alimentares, embora os aspectos desencadeadores de tais dificuldades não tenham ficado claros no presente estudo.

Pode-se considerar como limitações deste trabalho a amostra pequena; a inclusão apenas de prematuros saudáveis; a não estratificação da amostra pela idade gestacional ao nascer; a ausência de um grupo-controle composto por crianças nascidas a termo e sem necessidade de internação neonatal e a ausência de coleta de histórico médico e de alimentação das crianças na faixa de 2 anos de idade corrigida até o momento da coleta de dados atual. Embora nenhum familiar tenha referido queixa de engasgos ou histórico de refluxo gastroesofágico, outras condições clínicas desse período poderiam ter relação com a condição atual de alimentação.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados dentro dessa temática, com acompanhamento longitudinal dos sujeitos e de suas famílias. Aparentemente, é fundamental a identificação de fatores dentro da prematuridade que podem aumentar o risco de dificuldades alimentares na infância, bem como compreender a postura dos familiares no manejo da alimentação da criança e do desenvolvimento das habilidades orais desde o princípio.

Além disso, considera-se que, na prática clínica, o acompanhamento contínuo das crianças prematuras quanto à alimentação, pelos profissionais de saúde, pode prevenir e/ou identificar precocemente o distúrbio alimentar pediátrico. A EBAI pode ser utilizada por toda a equipe de saúde para esse fim por ser um instrumento validado e com boa acurácia⁽¹⁵⁾. Cabe salientar que as dificuldades na alimentação poderão aparecer em fases mais avançadas do desenvolvimento e, geralmente, têm impacto negativo sobre a nutrição da criança, bem como na sua qualidade de vida e de seus familiares.

CONCLUSÃO

O risco para DAP ocorreu em quase um terço dos pré-escolares nascidos prematuramente. O tempo de transição alimentar no período de internação neonatal foi a única variável que apresentou diferença entre os grupos com e sem risco de DAP. Assim, pode-se refletir que o momento de introdução da alimentação oral e a forma de progressão da dieta até a via oral plena na internação neonatal podem ter relação com o comportamento alimentar em outras fases do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar LCS, Vigo PDS, Christoffel MM, Machado RCM, Pacheco STA. Perfil alimentar de recém-nascidos prematuros internados na unidade neonatal. *Rev Recien*. 2022;12(37):424-3. <http://doi.org/10.24276/revien2022.12.37.424-434>.
2. Florêncio GF, Vicente KM, Vogt C, Freita GVL, Felippi JMM. Nursing care for premature newborns in a specialized center: experience report. *Res Soc Dev*. 2020;9(11):e639119539. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9539>.
3. Adriano APS, Souta ES, Lopes LS, Santos MLS, Lobato MV, Sanches RP, et al. Neonatal mortality related to prematurity. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e27511421565. <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.21565>.
4. Swiader N, Hasenstab KA, Yildiz VO, Jadcherla SR. Characterization of esophageal and sphincter reflexes across maturation in dysphagic infants with oral feeding success vs infants requiring gastrostomy. *Dysphagia*. 2022;37(1):148-57. <http://doi.org/10.1007/s00455-021-10258-8>. PMID:33576892.
5. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oro-motora e sucção não-nutritiva. *Rev CEFAC*. 2012;14(1):176-81. <http://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000015>.
6. Kamity R, Kapavarapu PK, Chandel A. Feeding problems and long-term outcomes in preterm infants: a systematic approach to evaluation and management. *Children (Basel)*. 2021;8(12):1158. <http://doi.org/10.3390/children8121158>. PMID:34943354.
7. Pados BF, Hill RR, Yamasaki JT, Litt JS, Lee CS. Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: a meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2021 Mar 6;21(1):110. <http://doi.org/10.1186/s12887-021-02574-7>. PMID:33676453.
8. Brusco RT, Delgado ES. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. *Rev CEFAC*. 2014;16(3):917-28. <http://doi.org/10.1590/1982-021620145313>.
9. Diniz PB. Recusa alimentar na infância- o que a fonoaudiologia tem a dizer e a contribuir. In: Levy DS, Almeida ST. *Disfagia infantil*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2018. p. 85-91.
10. Walton K, Daniel AI, Mahood Q, Vaz S, Law N, Unger SL, et al. Eating behaviors, caregiver feeding interactions, and dietary patterns of children born preterm: a systematic review and meta-analysis. *Adv Nutr*. 2022 Jun 1;13(3):875-912. <http://doi.org/10.1093/advances/nmac017>. PMID:35157009.
11. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019 Jan;68(1):124-9. <http://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>. PMID:30358739.
12. Dutra AKF, Levi DS, Felix GB, Junqueira P, Meira, RRS. Diretrizes sobre a atuação fonoaudiológica nos distúrbios alimentares pediátricos resolução CFFa Nº 659, de 30 de Março de 2022. Brasília: CFFa; 2022.
13. Lázaro CP, Siquara GM, Pondé MP. Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação. *J Bras Psiquiatr*. 2019;68(4):191-9. <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000246>.
14. Lessen BS. Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. *Adv Neonatal Care*. 2011;11(2):129-39. <http://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3182115a2a>. PMID:21730902.
15. Diniz PB, Fagundes SC, Ramsay M. Cross-cultural adaptation and validation of the montreal children's hospital feeding scale into brazilian portuguese. *Rev Paul Pediatr*. 2021;39:39. <http://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019377>. PMID:33656142.
16. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatr*. 2013;13:59. <http://doi.org/10.1186/1471-2431-13-59>. PMID:23601190.
17. Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SCC. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(2):189-96. <http://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.10.005>. PMID:26614258.
18. Duran S, Duran R, Acunaş B, Cesur G, Çiftdemir NA. Eating behaviors of late and moderately preterm infants at two years of age and Their Associations With Mothers' Mental Health. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2021 Feb 1;72(2):311-5. <http://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002947>. PMID:32960828.
19. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53. <http://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>. PMID:25560449.
20. Antunes VP, Berwig LC, Steidl EMS, Weinmann ARM. Efeitos do tubooraquical sobre a performance alimentar e sinais de estresse em recém-nascidos pré-termo. *Distúrb Comun*. 2014;26(3):569-75.
21. Pagliaro CL, Bühler KE, Ibidi SM, Limongi SC. Dietary transition difficulties in preterm infants: critical literaturereview. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(1):7-14. <http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.05.004>. PMID:26481169.
22. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de prematuros e a prevalência do aleitamento. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):572-7. <http://doi.org/10.1590/S1516-80342010000400016>.

23. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento em Nutrologia. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Nutrologia, Sociedade Brasileira de Pediatria; 2018.
24. Méio MDBB, Villela LD, Gomes SCS Jr, Tovar CM, Moreira MEL. Aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo após alta hospitalar: seguimento no primeiro ano de vida. *Ciênc Saúde Col*. 2018;23(7):2403-12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.15742016>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
26. Junqueira P. Relações cognitivas com o alimento na infância. São Paulo: ILSI Brasil international life sciences institute do Brasil; 2017.
27. Carvalho FM, Rocha L, Nogueira JAS, Lobo PLD, Pimentel FLDS, Sacchetto MSLS, et al. Relationship between breastfeeding, deleteric bucal habits and malocclusions in the childhood. *J Young Pharm*. 2022;14(1):25-9. <http://doi.org/10.5530/jyp.2022.14.5>.
28. WHO: World Health Organization. Infant and young child feeding counselling: an integrated course. Trainer's guide. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021.
29. Departamento Científico de Nutrologia. A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning). São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia, Sociedade Brasileira de Pediatria; 2017.