



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO**



Jessica Batista Minho

**PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS E DIFICULDADES
ALIMENTARES NA INFÂNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO
RISCO NUTRICIONAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

PPGNut

**Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Nutrição**

UFCSPA

**Porto Alegre
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Publicação

Minho, Jessica Batista

Práticas alimentares parentais e dificuldades alimentares na infância e suas implicações no risco nutricional de pacientes pediátricos hospitalizados: um estudo transversal / Jessica Batista Minho. -- 2022. 64 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, 2022.

Orientador(a): Prof. Dra. Roberta Dalle Molle.

1. Comportamento alimentar. 2. Criança. 3. Risco nutricional. 4. Práticas alimentares parentais. 5. Dificuldades alimentares . I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Jessica Batista Minho

**PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS E DIFICULDADES ALIMENTARES NA
INFÂNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO RISCO NUTRICIONAL DE PACIENTES
PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição,
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Nutrição da Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Dalle Molle

Porto Alegre
2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos queridos pacientes e suas famílias que diante do incerto, da preocupação e dos desafios diários do ambiente hospitalar permitiram que este trabalho fosse realizado. À vocês toda a minha admiração e agradecimento!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pela Sua graça, bondade, misericórdia, e por Seus planos que são muitos mais altos que os meus. Toda a glória é Sua!

Aos meus pais, pelo apoio, força e incentivo; pelas renúncias que fizeram ao longo da vida, a fim de me proporcionarem um ensino de qualidade; pelas alegrias que vibraram comigo e pelo ombro amigo quando precisei desabafar; por nunca terem me deixado acomodar e, principalmente, por me ensinarem a sempre fazer tudo com excelência, como se fosse para Deus. Essa conquista é nossa!

Ao meu melhor amigo, e hoje esposo, pela paciência e consideração nos momentos em que tive que me ausentar, pelas palavras de apoio, esperança e ânimo. Você é a melhor torcida organizada que existe e quero um dia poder me enxergar como você me vê. Te amo para sempre!

À minha orientadora Prof. Roberta Dalle Molle, pela ajuda, conselhos, orientação e conversas trocadas durante o período de construção do trabalho. Obrigado por me ajudar a realizar este sonho, eu não conseguiria sem a sua paixão pela pesquisa!

Ao melhor grupo de pesquisa (NENPed), por serem incansáveis, comprometidas e fiéis da coleta de dados à conclusão do trabalho. Sem vocês nada disso seria possível!

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	6
RESUMO EM PORTUGUÊS	7
RESUMO EM INGLÊS	9
1. REFERENCIAL TEÓRICO	11
1.1 COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL E PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS	11
1.2 DIFICULDADES ALIMENTARES NA INFÂNCIA	15
1.3 RISCO NUTRICIONAL	17
1.4 PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS, DIFICULDADES ALIMENTARES NA INFÂNCIA E RISCO NUTRICIONAL	19
2. JUSTIFICATIVA	22
3. OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4. REFERÊNCIAS	24
5. ARTIGO	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
7. APÊNDICE	56
7.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE:	56
7.2 TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE:	58
8. ANEXOS	60
8.1 QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS ALIMENTARES ABRANGENTES (Comprehensive Feeding Practices Questionnaire - CFPQ) DE 2 A 5 ANOS:	60
8.2 QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS ALIMENTARES ABRANGENTES (Comprehensive Feeding Practices Questionnaire - CFPQ) DE 5 A 9 ANOS:	62
8.3 ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL - EBAI (Montreal Children's Hospital Feeding Scale - MCHFS):	64
8.4 STRONGKIDS (STRONGkids Nutritional Risk Screening Tool):	65

LISTA DE ABREVIATURAS

CFPQ	Comprehensive Feeding Practices Questionnaire
DP	Desvio padrão
EBAI	Escala Brasileira de Alimentação Infantil
E/I	Estatura para Idade
IC	Intervalo de confiança
IQR	Intervalo interquartil
IMC/I	Índice de Massa Corporal para Idade
MCH-FS	Montreal Children's Hospital Feeding Scale
MS	Ministério da Saúde
N	Número
NRS	Nutrition Risk Score
NutriSTEP	Nutrition Screening Tool for Every Toddler and Preschooler
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio (razão de chances)
P	Valor p
PNRS	Pediatric Nutritional Risk Score
PYMS	Pediatric Yorkhill Malnutrition Score
SUS	Sistema Único de Saúde
STAMP	Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics
STRONGkids	Screening Tool Risk on Nutritional status and Growth
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

RESUMO EM PORTUGUÊS

A família é o principal modelo no desenvolvimento de hábitos e preferências alimentares do indivíduo. Tal influência pode ser observada desde os primeiros 1000 dias, onde da concepção à introdução da alimentação complementar, preferências e práticas alimentares parentais estão presentes, moldando o comportamento alimentar para o longo da vida. No entanto, estima-se que entre 25% e 40% dos lactentes e crianças pequenas saudáveis apresentam algum sintoma de dificuldade alimentar sem etiologia médica conhecida. Já entre as crianças com doenças orgânicas ligadas a desconfortos gastrointestinais e problemas de desenvolvimento, como prematuridade e baixo peso ao nascer, 33% a 80% apresentam alguma dificuldade alimentar. Estudos envolvendo crianças não hospitalizadas mostraram que tanto as práticas alimentares parentais quanto as dificuldades alimentares da própria criança estão associadas ao seu estado nutricional. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo verificar a associação entre as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares na infância com o risco nutricional em pacientes pediátricos de um hospital de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal realizado com pacientes pediátricos hospitalizados, de ambos os sexos, com idades entre 2 e 9 anos. O questionário *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (CFPQ) foi utilizado para avaliação das práticas alimentares parentais e a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) para avaliação das dificuldades alimentares na infância, ambos preenchidos pelo cuidador principal da criança. A avaliação do risco nutricional foi realizada através da aplicação da ferramenta de triagem de risco nutricional StrongKids. Noventa e seis pacientes com mediana de idade de 73,5 meses, sendo 61,5% meninos, participaram do estudo. As especialidades médicas mais prevalentes foram oncologia (27,1%) e gastroenterologia (21,9%). Vinte e um (21,9%) pacientes foram classificados com alto risco nutricional, 61 (63,5%) com médio risco e 14 (14,6%) com baixo risco; e 20 (35,1%) apresentaram algum grau de dificuldade alimentar. Somente a presença de dificuldades alimentares na infância esteve associada com o risco nutricional: os pacientes em alto risco nutricional apresentaram escores mais elevados no EBAI, mesmo controlando a análise pela condição clínica no momento da internação e pelo escore-z do índice de massa corporal/idade (IMC/I). Ainda, o escore de dificuldades alimentares foi maior naquelas crianças com redução do consumo alimentar nos dias anteriores à internação. As práticas alimentares parentais estiveram relacionadas com questões específicas da StrongKids: o escore de orientação para uma alimentação saudável foi maior naqueles pacientes que relataram recomendação de intervenção nutricional

preexistente e perda ou pouco ganho de peso, e o escore de pressão para comer foi menor nas crianças que apresentaram diarreia e/ou vômitos excessivos nos dias anteriores à internação. Nossos resultados mostraram que o risco nutricional no momento da internação hospitalar se mostrou associado às dificuldades alimentares, mas não às práticas alimentares parentais. Outros estudos podem verificar se há associação entre as práticas alimentares dos pais e o risco nutricional frente a doenças específicas, e se essas podem sofrer influências conforme patologia, efeitos colaterais ou características particulares da própria criança.

RESUMO EM INGLÊS

The family is the main model in the individual's development of habits and food preferences. Such influence can be observed since the first 1000 days, where from conception to food introduction parental preferences and eating practices are present, shaping the child's eating behavior throughout life. However, it is estimated that between 25% and 40% of healthy infants and young children experience some symptom of feeding difficulty with no known medical etiology. Among children with organic diseases, gastrointestinal discomforts and developmental problems, such as prematurity and low birth weight, 33% to 80% have some feeding difficulties. Recent studies involving non-hospitalized children show that both parental eating practices and the child's own feeding difficulties are associated with their nutritional status. Therefore, this study aimed to verify the association between parental eating practices, child feeding difficulties and nutritional risk in pediatric patients admitted to a hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional study carried out with hospitalized pediatric patients, of both sexes, aged between 2 and 9 years. The Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) was used to assess parental eating practices and the Brazilian Child Feeding Scale (EBAI) to assess feeding difficulties in childhood, both completed by the child's main caregiver. Nutritional risk assessment was performed using the StrongKids nutritional risk screening tool. Ninety-six patients with a median age of 73.5 months, 61.5% boys, participated in the study. The most prevalent medical specialties were oncology (27.1%) and gastroenterology (21.9%). Twenty-one (21.9%) patients were classified at high nutritional risk, 61 (63.5%) at medium risk and 14 (14.6%) at low risk; and 20 (35.1%) had some degree of feeding difficulty. Only the presence of feeding difficulties in childhood was associated with nutritional risk: patients at high nutritional risk scored higher on EBAI, even when controlling the analysis by the child's clinical condition at admission and body mass index/age (BMI/A) z-score. Also, the score of feeding difficulties was higher in those children with reduced food consumption in the days before hospitalization. Parental eating practices were related to specific questions from the StrongKids tool: the healthy eating guidance score was higher in those patients who reported pre-existing nutritional intervention recommendation and weight loss or no increase in weight, and the pressure to eat score was lower in children who had excessive diarrhea and/or vomiting in the days prior to hospitalization. Our results showed that nutritional risk at the time of hospital admission was associated with feeding difficulties, but not with parental eating practices. Other studies can verify whether there is an association between parents'

eating practices and nutritional risk in the face of specific diseases, and whether these can be influenced by the pathology, side effects or particular characteristics of the child.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente referencial teórico aborda aspectos relacionados ao comportamento alimentar infantil, às práticas alimentares parentais, às dificuldades alimentares na infância e à classificação do risco nutricional.

1.1 COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL E PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS

A formação dos hábitos alimentares dos indivíduos tem início com a herança genética. Esta pode interferir nas preferências alimentares, interagindo com inúmeras influências do ambiente, dentre elas: a condição do desenvolvimento intrauterino, o histórico de aleitamento materno e introdução alimentar, as condições socioeconômicas, os hábitos alimentares familiares e práticas parentais, e as vivências positivas e negativas quanto à alimentação ao longo da infância.¹ Em todos os aspectos aqui citados podemos notar a contribuição e influência do meio familiar.

A família é o principal modelo no desenvolvimento de hábitos e preferências alimentares do indivíduo, moldando seu comportamento alimentar ao longo da vida. Ao observarmos apenas os primeiros 1000 dias de vida, período entre a concepção e os dois anos de idade onde o emprego de intervenções em saúde parecem ser efetivas e duradouras², podemos perceber tal influência ainda intra útero onde, através da alimentação da mãe, o feto passa a ter contato com sabores e aromas do líquido amniótico que podem influenciar suas preferências alimentares futuras.³

Outro fator presente nos primeiros 1000 dias e influenciado pelo ambiente familiar é o aleitamento materno. Mais do que um conjunto de nutrientes, o leite humano de mães bem nutridas atende perfeitamente às necessidades dos lactentes, pois contém substâncias com propriedades protetoras e imunomoduladoras, além de proporcionar proteção contra infecções e alergias, promovendo o crescimento do sistema imunológico, o amadurecimento dos sistemas digestivo e neurológico e o desenvolvimento do vínculo mãe-filho, que alimenta os sistemas psíquicos deste binômio.^{2,4} Além disso, a alimentação materna durante a amamentação pode afetar a saúde do recém-nascido, bem como ser um fator de risco para o desenvolvimento de doenças a longo prazo. Como exemplo, a ingestão de alimentos gordurosos, principalmente do tipo *trans*, podem modificar a composição do leite materno, elevando o nível de gordura corporal do recém-nascido e, conseqüentemente, aumentando o risco do desenvolvimento de obesidade ainda na primeira infância.² Durante o aleitamento também destacamos o papel importante da rede de apoio, sendo um fator decisivo para a

continuidade da amamentação, com destaque para a presença da avó, que por sua vivência e experiência materna exerce grande influência familiar.⁵ Cabe destacar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, sendo complementar até dois anos de vida ou mais, dependendo da vontade e interesse da mãe e criança.²

A partir dos 6 meses de vida, levando em consideração o desenvolvimento do sistema digestório, imunológico, neurológico e oral, a introdução alimentar é recomendada. Neste período, alimentos comumente consumidos pela família passam a integrar a rotina alimentar da criança em consistência adequada a esta, sendo de suma importância que a maior variedade de alimentos seja ofertada, e que uma alimentação equilibrada seja seguida.^{2,4} Não obstante, a família tem um papel importante na condução desta transição alimentar, e hábitos e manifestações negativas neste período podem acarretar atitudes desfavoráveis em relação ao hábito e comportamento alimentar da criança a curto, médio e longo prazo.⁵ Um estudo conduzido em 11 países sugeriu uma relação positiva entre a variedade de alimentos e o estado nutricional de crianças, do nascimento aos dois anos de vida. Além disso, a oferta de alimentos saudáveis na primeira infância foram associados a maior aceitação destes em idades posteriores.⁶ Sendo assim, podemos dizer que o comportamento alimentar infantil é algo aprendido e sofre influência das relações familiares, emocionais, sociais, motivacionais e ambientais. Além disso, é dependente da saúde física e do estágio de desenvolvimento da criança, levando em consideração suas habilidades orais e sensoriais para interpretar e interagir com os alimentos.²

As práticas alimentares parentais, isto é, as ações empregadas pelos pais no momento da alimentação dos seus filhos, sofre influência dos estilos parentais que, por sua vez, são o constructo de normas culturais, estado emocional, preocupações com a saúde e características do próprio indivíduo.^{7,8} Os estilos parentais são categorizados levando em consideração as variáveis de responsividade e exigência parental. A responsividade se refere ao afeto e à atenção dada à criança e suas necessidades; já a exigência reflete o controle e as práticas de disciplina exercidas pelos pais.⁴ Existem atualmente quatro estilos parentais bem descritos na literatura, sendo estes:

- *Responsivo*: estilo parental baseado na responsabilidade compartilhada. Neste estilo, pais/cuidadores projetam limites e expectativas claras e viáveis para a alimentação de seus filhos, usam de discurso racional e elogios para incentivo, exigem e encorajam de maneira sensível, respeitam os sinais de fome e saciedade, orientam e ensinam conceitos básicos de nutrição, estruturam a rotina alimentar de modo que o apetite

seja estimulado, sem que haja necessidade de técnicas coercitivas ou compensatórias nos momentos das refeições. Pais/cuidadores responsivos definem onde, quando e o que suas crianças irão comer, deixando que decidam o quanto irão consumir. Este estilo caracteriza-se por alta exigência e alta responsividade parental;^{4,8,9}

- *Controlador ou autoritário*: ao contrário do responsivo, pais/cuidadores controladores não estabelecem divisão de responsabilidades, sendo este estilo baseado no controle sobre a criança. Em suma, sinais comportamentais e de saciedade são negligenciados, podendo ser empregada força física, pressão ou restrição a certos alimentos nas refeições. Quanto à comunicação e orientação, o encorajamento se dá de forma diretiva, por meio de imposições, punições, obrigações e uso de recompensas. Este estilo caracteriza-se por alta exigência e baixa responsividade parental;^{4,8,9}
- *Permissivo ou indulgente*: sendo o oposto do estilo controlador, o estilo parental permissivo tende a colocar a criança no controle, atendendo a todas suas necessidades. No estilo permissivo, os limites são pouco ou nem mesmo estabelecidos e as pressões exercidas pela criança faz com que pais/cuidadores cedam às suas vontades. A rotina alimentar não é estruturada o que faz com que a criança decida o que, quando, onde e o quanto vai comer, exigindo muitas vezes a oferta de diversas preparações não-saudáveis. A auto-regulação de fome e saciedade é ignorada, e para o cuidador torna-se essencial que todas as necessidades da criança sejam atendidas, mesmo que não essenciais ou vitais. Este estilo caracteriza-se por baixa exigência e alta responsividade parental;^{4,8,9}
- *Negligente*: diferentemente do permissivo, o negligente ignora completamente as vontades e necessidades básicas da criança, também abstendo-se completamente da responsabilidade de fornecer alimentação e limites para a mesma. Sinais de fome, demandas físicas e emocionais são desconsideradas, havendo pouca ou nenhuma interação entre os envolvidos, o que muitas vezes é resultante de questões emocionais e psicológicas não resolvidas dos pais, como depressão, que dificulta no estabelecimento de vínculo afetivo com a criança. Este estilo caracteriza-se por baixa exigência e baixa responsividade parental.^{4,8,9}

De acordo com Musher-Eizenman e Holub¹⁰, as práticas alimentares parentais mais comumente estudadas são a restrição e controle da ingestão alimentar da criança, ambas dentro do estilo parental autoritário, o que fez com que tais pesquisadores se propusessem a construir uma escala psicometricamente válida para mensurar a alimentação restritiva e uma variedade de práticas alimentares parentais que possam ser relevantes à criança.

Primeiramente, 269 mães e 248 pais com filhos entre 3 e 6 anos de idade foram convidados a responder um questionário com itens selecionados de subescalas existentes em dois instrumentos já utilizados na literatura para avaliação da alimentação infantil.^{11,12} A análise dos dados resultou na criação de um questionário com 36 perguntas, divididas em 9 domínios correspondentes a práticas alimentares parentais. Porém, visto que alguns itens não haviam sido tão bem descritos pelo modelo, 33 mães e 33 pais com filhos entre 4 e 6 anos foram convidados a responderem a perguntas abertas sobre práticas de alimentação parentais, a fim de que uma medida mais abrangente fosse desenvolvida. Assim, novas perguntas e domínios foram incorporadas à ferramenta em criação. Por fim, 152 mães com filhos entre 1,6 e 8 anos foram convidadas a responderem o *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* para validação entre crianças desta faixa etária. O questionário é composto por 49 perguntas, divididas em 12 domínios, sendo estes: controle infantil; regulação da emoção; incentivo, equilíbrio e variedade; ambiente; comida como recompensa; envolvimento; modelagem; monitoramento; pressão; restrição para saúde e ensinamentos sobre nutrição. As respostas são dadas através do preenchimento pelos pais à uma escala *Likert* de cinco pontos: “nunca, raramente, às vezes, muitas vezes e sempre” ou “discordo, discordo parcialmente, não concordo e nem discordo, concordo parcialmente e concordo totalmente”.¹⁰

Mais et al¹³, ao validarem tal instrumento para a população brasileira, encontraram certos itens não-aplicáveis à realidade do nosso país, resultando em um instrumento com 42 perguntas, divididas em 6 escalas, sendo estas: orientação para alimentação saudável, monitoramento, restrição para controle de peso, restrição para saúde, regulação da emoção/alimento como recompensa e pressão. A validação para a população brasileira ocorreu em dois momentos distintos: primeiramente em crianças de 5 a 9¹³ anos e após em crianças de 2 a 5 anos.¹⁴

Em uma revisão sistemática, Yee et al.⁷ demonstraram que certas práticas alimentares dos pais estão relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis dos filhos, e que esta influência parental mostra-se mais significativa em crianças menores. Ao observarem a modelagem explícita e implícita (pais como modelos para seus filhos), tal prática foi associada a comportamentos alimentares mais saudáveis, enquanto a orientação restritiva foi negativamente associada a este efeito. A associação entre a modelagem parental e a ingestão de alimentos saudáveis também foi demonstrada em outros dois estudos realizados na Nova Zelândia¹⁵ e na Europa.¹⁶ Paralelamente a isso, pressão para comer e uso de alimentos como recompensa foram associados a maior consumo de alimentos não saudáveis.⁷ Descobertas feitas pelo *Quebec Longitudinal Study of Child Development*

mostraram que crianças com melhores ambientes domésticos, como menores níveis de pressão dos pais para comer, apresentaram baixo consumo de refrigerante e níveis mais altos de condicionamento físico.¹⁷ Também o baixo consumo de alimentos industrializados foi positivamente associado ao fato dos pais não manterem estes itens disponíveis em casa.¹⁸ Tais achados evidenciam a importância de práticas alimentares parentais saudáveis na formação dos hábitos alimentares com vista à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e a promoção da saúde integral na infância.

No entanto, achados interessantes sobre as práticas alimentares parentais podem ser observados em crianças em tratamento contra o câncer: modificações nas práticas alimentares parentais foram evidenciadas frente ao estado de doença, em sua maioria com o intuito de minimizar efeitos adversos e/ou auxiliar no enfrentamento do tratamento.¹⁹ A alimentação saudável foi mais estimulada pelos pais nesta população, ao mesmo tempo que demonstraram estar ativamente conscientes em não utilizar práticas alimentares negativas, como pressão para comer e restrição para controle do peso.^{19,20} Tais resultados podem indicar a existência de alterações nas práticas alimentares dos pais quando os filhos se encontram enfermos. Contudo, mais estudos são necessários para melhor compreensão destas práticas frente a outras enfermidades.

1.2 DIFICULDADES ALIMENTARES NA INFÂNCIA

O termo "dificuldade alimentar" refere-se a qualquer fator que afete negativamente o processo de alimentação entre pais/cuidadores e seus filhos. Este termo é amplo e utilizado para uma variedade de distúrbios alimentares e seus níveis de gravidade, que repercutem no estado nutricional, nas relações familiares e nas interações sociais.⁸ As dificuldades alimentares incluem alergias alimentares múltiplas, recusa parcial ou total de alimentos, fobia alimentar aumentada, restrições a certos tipos ou grupos de alimentos (com base na cor, sabor, temperatura ou textura), preferências alimentares seletivas, dificuldades com mastigação e deglutição, vômitos induzidos, birras e/ou episódios de ansiedade e medo nas refeições, preferência por alimentos em consistências líquida ou pastosa, além de reações insolentes quando confrontadas pelos seus cuidadores.⁹

Estas manifestações são divididas em dois grupos: as de etiologia orgânica e as comportamentais. As dificuldades orgânicas em sua maioria dizem respeito à incoordenação ou inconformidades na deglutição, como disfagia, odinofagia e aspiração de conteúdo alimentar, mas suas manifestações também podem englobar atraso no crescimento, vômitos e diarreia. As dificuldades comportamentais abrangem as dificuldades na alimentação da

criança que podem advir de práticas alimentares incisivas e contundentes exercidas pelos cuidadores.⁸

Rogers et al.²¹ mostraram que dificuldades alimentares da criança, relatadas pelos pais, foram associadas ao baixo peso ao nascer e ao baixo ganho de peso ao longo do primeiro ano de vida, maior capacidade de resposta à saciedade, birra e demora ao comer, baixo prazer com o alimento, baixa responsividade ao alimento e menor aceitação do alimento pela criança. Estima-se que entre 25% e 40% dos lactentes e crianças pequenas saudáveis apresentam algum sintoma de dificuldade alimentar sem etiologia médica conhecida. O índice varia entre 33% e 80% quando a análise é de crianças com doenças orgânicas ligadas a desconfortos gastrointestinais e problemas de desenvolvimento, como prematuridade e baixo peso ao nascer.²² Um estudo longitudinal, que acompanhou durante nove anos 120 crianças e seus pais, mostrou que cerca de 25% das crianças apresentaram alguma dificuldade alimentar, como relutância em experimentar novos alimentos ou insistência no consumo de um número limitado destes.²³

Kerzner et al⁸, com o intuito de nortear e facilitar o diagnóstico de dificuldades alimentares, propuseram uma classificação baseada em características infantis, divididas em cinco categorias, sendo estas:

- Interpretação equivocada dos pais: quando pais erroneamente acreditam que seu filho está comendo insuficientemente quando, na realidade, seu filho está comendo de acordo com suas necessidades nutricionais e calóricas;
- Criança agitada e com pouco apetite: crianças agitadas ou super estimuladas geralmente têm pouco apetite ou se recusam a comer por estarem mais interessadas em estímulos ambientais (socializar e interagir com outras pessoas) do que propriamente na ingestão dos alimentos;
- Criança emocionalmente comprometida ou negligenciada: crianças que têm situações de aversão à comida ou problemas de relacionamento com a mãe e/ou família, projetam tal apatia e carência no comportamento alimentar;
- Fobia alimentar: em geral, afeta crianças que sofreram algum tipo de trauma no sistema digestivo, como procedimentos invasivos, intubação, sondagem nasal e orofaríngea, acidentes envolvendo engasgo, asfixia, sufocamento, ou outras situações que tenham causado desconforto grave, como vômitos que tendem a ocorrer quando o alimento é oferecido de maneira forçada;
- Choro que interfere na alimentação: situação particular do lactente, onde nos primeiros meses de vida apresenta choro de difícil controle, fazendo com que a mãe

empregue tentativas persistentes de alimentar a criança, acreditando que a causa do incômodo seja fome.

É comum que dificuldades alimentares ocorram em momentos de transição, como no caso da introdução alimentar, onde o aleitamento materno exclusivo dá lugar a alimentos de diferentes texturas. No entanto, é necessário que haja atenção e orientação aos pais para que tais dificuldades não se perpetuem ao longo da vida.⁹ Para auxiliar na identificação precoce das dificuldades alimentares, Ramsay et al²⁴ desenvolveram a *Escala de Alimentação do Hospital Pediátrico de Montreal (Montreal Children's Hospital Feeding Scale – MCH-FS)* como uma ferramenta rápida, eficaz, bilíngue, que pode ser aplicada por médicos e profissionais de saúde, e que utiliza a opinião dos pais sobre o comportamento alimentar dos seus filhos para avaliação das dificuldades. A validade e confiabilidade da escala original foi examinada em uma amostra de 372 crianças canadenses com idades entre 6 meses e 6 anos e 11 meses, que frequentavam o ambulatório de nutrição do Hospital Infantil de Montreal ou recrutadas em consultórios de pediatras locais.

Esta escala de autopreenchimento pelos pais é composta por 14 perguntas que avaliam o apetite, envolvimento sensorial oral, desenvolvimento motor oral, preocupações parentais sobre a alimentação da criança, comportamento da criança na hora da refeição, estratégias usadas pelos cuidadores/alimentadores, e reações dos cuidadores/alimentadores em relação à alimentação da criança. As respostas se dão através de uma escala *Likert* de 7 pontos, que marca o grau de intensidade das respostas. O somatório das questões (escore bruto) é interpretado através de uma escala, chegando então ao escore total (escore T). A interpretação do score total classifica as dificuldades em leves (pontuação entre 61 e 65), moderadas (66 a 70) e graves (acima de 70).²⁴ O MCH-FS também foi validado em outros países, como Holanda²⁵, Tailândia²⁶ e Brasil²⁷. A validação em nosso país se deu através da aplicação do questionário em 242 pais/cuidadores responsáveis pela alimentação de seus filhos, com idades entre 6 meses e 6 anos e 11 meses de idade, resultando na adaptação transcultural do questionário na *Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)*, como uma medida psicometricamente adequada para a identificação de dificuldades alimentares em crianças brasileiras.²⁷

1.3 RISCO NUTRICIONAL

O estado nutricional é o equilíbrio entre disponibilidade, consumo, absorção e necessidades nutricionais individuais. Para sua correta identificação, dados da história clínica, dieta e exame físico devem ser considerados, além da análise da antropometria, exames

laboratoriais e composição corporal. Já a desnutrição é definida como a falta de macro e/ou micronutrientes, ou seja, um desequilíbrio entre as necessidades nutricionais e o consumo alimentar, podendo ser causada pela carência de alimentos (desnutrição primária) ou em decorrência de uma doença primária de base (desnutrição secundária). Esta pode ocorrer de forma aguda ou crônica, afetando o crescimento e desenvolvimento saudável na infância, além de aumentar o risco de infecções durante hospitalizações, custos hospitalares e morbimortalidade infantil.^{4,28} Pacientes em internações hospitalares prolongadas apresentam maior probabilidade de consumir menos calorias (déficit calórico) e serem menos ativos, o que pode acarretar em perda de peso, perda de massa muscular e menor condicionamento físico. Associado a isso, o aumento de inflamação e a presença de hipercatabolismo, decorrente de doenças de base, ressaltam a necessidade da ingestão energético-proteico adequada, a fim de evitar a desnutrição hospitalar.²⁹

Para isso, a identificação precoce de pacientes em risco nutricional é um componente crucial do cuidado nutricional prestado às crianças e adolescentes hospitalizados, sendo denominada como a primeira etapa do atendimento nutricional.²⁸ Para prevenção do deterioramento do estado nutricional e para orientação quanto à necessidade de intervenção, a aplicação da triagem de risco nutricional deve acontecer, preferencialmente, nas primeiras 24 horas após a admissão e a cada 7 dias durante a internação do paciente. Quando identificado risco, tais pacientes deverão ser encaminhados para avaliação nutricional completa por profissional habilitado, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico nutricional e intervenções adequadas.²⁸ O Ministério da Saúde reconheceu sua importância ao tornar obrigatória sua implantação para pacientes internados no SUS, como requisito para remuneração da terapia nutricional enteral e parenteral.³⁰ Um estudo conduzido em uma amostra de crianças brasileiras em prontos-socorros de hospitais públicos do Distrito Federal, a fim de validar a acurácia da ferramenta STRONGkids e estimar a prevalência de desnutrição e risco nutricional nessa população, mostrou que 78,6% das crianças apresentavam algum grau de risco nutricional após a triagem.³¹ Também Pileggi et al.³² demonstraram que 16,10% das crianças internadas no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto em São Paulo, já apresentavam desnutrição na admissão hospitalar. Sendo assim, podemos concluir que a prevalência de crianças em risco nutricional e desnutridas no momento da internação hospitalar merece atenção.

Em uma revisão sistemática, dez ferramentas de triagem de risco nutricional foram identificadas na literatura³³, estando a *Screening Tool Risk on Nutritional status and Growth* (STRONGkids)³⁴, a *Paediatric Yorkhill Malnutrition Score* (PYMS)³⁵ e a *Screening Tool for*

the Assessment of Malnutrition in Pediatrics (STAMP)³⁶ dentre as mais utilizadas. Os resultados da revisão mostram que a STRONGkids e a PYMS apresentaram melhor desempenho diagnóstico (sensibilidade e especificidade) em comparação às medidas antropométricas e avaliação nutricional completa, além disso a STRONGkids foi a ferramenta com mais avaliações de validade preditiva nos estudos encontrados.³³ No entanto, não há consenso quanto à superioridade de uma ferramenta sobre a outra, pois nenhuma delas foi avaliada por meio de estudos populacionais significativos e os estudos de validação utilizaram diferentes padrões de referência para avaliar o desempenho diagnóstico.

Das ferramentas aqui citadas, somente a STRONGkids foi traduzida e validada para a população brasileira.³⁷ Desenvolvida por pesquisadores holandeses e validada em um inquérito nacional, o estudo para construção da ferramenta foi realizado em 44 hospitais (7 acadêmicos e 37 gerais) com 424 crianças de 1 mês a 18 anos de idade. Os resultados mostraram que 62% das crianças apresentavam risco de desenvolver desnutrição, além de possuírem escores significativamente mais baixos para peso/altura, maior prevalência de desnutrição aguda e maior tempo de internação, quando comparadas às crianças sem risco nutricional.³⁴ Esta ferramenta de triagem de risco nutricional foi traduzida e adaptada para a população brasileira através da aplicação em pais e profissionais da saúde, podendo ser utilizada em pacientes entre 1 mês e 18 anos de idade.³⁷ Ela é composta por quatro itens pontuados nos quais é avaliado: a doença de base e/ou cirurgia de grande porte prevista, o estado nutricional de forma subjetiva, dados sobre ingestão alimentar e perdas nos últimos dias (diarreia, vômito, intervenção nutricional prévia, redução do consumo alimentar por dor) e perda ou ganho de peso insuficiente nas últimas semanas/meses. No fim, faz-se o somatório dos pontos, variando de 0 a 5, onde a pontuação 0 indica baixo risco, sendo recomendado reavaliar o risco em uma semana e checar o peso regularmente; pontuação entre 1 e 3 indica médio risco, sendo indicado consultar o médico para diagnóstico completo, verificar peso duas vezes/semana e reavaliar o risco após 1 semana; e pontuação de 4 ou 5 indica risco nutricional alto, sendo necessário consulta com nutricionista e orientação nutricional individualizada.^{34,37}

1.4 PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS, DIFICULDADES ALIMENTARES NA INFÂNCIA E RISCO NUTRICIONAL

Como anteriormente abordado, dentro do cuidado nutricional da criança e do adolescente hospitalizado a identificação precoce dos pacientes em risco nutricional para acompanhamento e tratamento adequado é de suma importância.²⁸ Contudo, além das

possíveis causas já citadas que podem levar ao risco nutricional, é interessante considerarmos dentro deste espectro as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares na infância.

Estudos recentes envolvendo crianças não hospitalizadas têm demonstrado associação entre práticas alimentares parentais e o estado nutricional das mesmas. Como exemplo, Watterworth et al.³⁸ observaram que se os pais envolvem as crianças no preparo dos alimentos, propiciam um ambiente saudável em casa e são modelos de alimentação saudável, existe um menor risco nutricional para seus filhos. Porém, o uso de alimentos como recompensas, pressão e restrição para saúde foram associados a maior risco, conforme a ferramenta de triagem NutriSTEP. Tal ferramenta classifica o risco nutricional em baixo, médio ou alto através da avaliação dos comportamentos alimentares, ingestão alimentar, preocupações dos pais sobre comida e atividade, duração do tempo de tela e o uso de suplementos, a partir das respostas de pais e cuidadores.³⁹ Walton et al.⁴⁰ observaram que a restrição física alimentar frequente, empregada pela mãe, foi associada a maiores escores de risco nutricional também avaliado pelo NutriSTEP, enquanto que comentários positivos sobre a alimentação das crianças, ditos por ambos os pais, foram associados a menores escores de risco. Ainda neste contexto, em uma revisão sistemática, Spill et al.⁴¹ mostraram que práticas alimentares parentais restritivas estão associadas ao aumento do ganho de peso, enquanto que práticas de pressão para comer estão associadas à diminuição. O que corrobora com os achados por Pérez et al.⁴² que, em uma revisão sistemática, com o objetivo de resumir as evidências existentes sobre a relação entre alimentação dos pais e status de peso em crianças de 2 a 12 anos da América Latina e Caribe, encontraram associação entre a prática alimentar de restrição para saúde e/ou controle de peso com maior IMC infantil em crianças em idade escolar, e menor IMC infantil associado ao uso da pressão para comer em pré-escolares. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo que buscou adaptar e validar o *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (CFPQ) para famílias brasileiras⁴⁰, demonstrando assim que as práticas alimentares parentais podem exercer influência no peso corporal dos filhos e, conseqüentemente, em seu estado nutricional.

Quanto às dificuldades alimentares e o estado nutricional, crianças que apresentam tal manifestação em classificação grave correm o risco de uma variedade de problemas, como perda de peso acentuada, desnutrição e até mesmo óbito.⁴⁴ Como anteriormente citado, Rogers et al.²¹ demonstraram que dificuldades alimentares da criança, relatadas pelos pais, foram associadas ao baixo peso ao nascer e ao baixo ganho de peso ao longo do primeiro ano de vida, maior capacidade de resposta à saciedade, birra e demora ao comer, baixo prazer

com o alimento e baixa responsividade ao alimento, e menor aceitação do alimento pela criança, fatores estes que podem levar ao risco nutricional. Também neste mesmo estudo, pais de crianças que apresentavam problemas mais graves na alimentação referiram menor incentivo ao equilíbrio e variedade na dieta de seus filhos, demonstrando também poder haver associação entre dificuldades alimentares na infância e as práticas alimentares parentais.

2. JUSTIFICATIVA

Sendo a família a principal formadora de hábitos positivos e/ou negativos do indivíduo, e os pais os principais responsáveis pela alimentação dos seus filhos, fica evidente a importância de mais estudos que abordem aspectos comportamentais dos pais e sua influência no comportamento alimentar de seus filhos e, consequentemente, em seu estado nutricional. Além disso, dificuldades alimentares na infância parecem estar relacionadas tanto a comportamentos alimentares negativos quanto ao pior estado nutricional da criança, sendo também de suma importância a sua melhor compreensão.

Contudo, os estudos que propõe verificar a associação das práticas alimentares dos pais e dificuldades alimentares da criança com o estado nutricional foram, em sua maioria, conduzidos em crianças não hospitalizadas, e poucos relacionam estas variáveis ao risco nutricional. Considerando que a triagem de risco nutricional é um passo importante na admissão hospitalar de crianças e adolescentes e que parte da triagem depende de informações reportadas pelos pais/cuidadores, compreender se as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares da criança estão associadas com a presença de risco nutricional na admissão hospitalar proporcionará um conhecimento mais profundo acerca dos fatores envolvidos com a presença de risco nutricional, permitindo assim uma assistência nutricional mais adequada.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares na infância com o risco nutricional em pacientes pediátricos de um hospital de Porto Alegre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar a associação entre a classificação de risco nutricional e os escores dos domínios do questionário das práticas alimentares parentais;
- b) Avaliar a associação entre a classificação de risco nutricional e o escore de dificuldades alimentares na infância;
- c) Avaliar o impacto das práticas alimentares parentais e dificuldades alimentares em algumas questões que compõem a ferramenta de triagem de risco nutricional e que dependem inteiramente das respostas dos pais.

4. REFERÊNCIAS

1. Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2015.
2. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. - 4ª ed. - São Paulo: SBP, 2018.
3. Mennella, Julie & Trabulsi, Jillian. (2012). Complementary Foods and Flavor Experiences: Setting the Foundation. *Annals of nutrition & metabolism*. 60 Suppl 2. 40-50. 10.1159/000335337.
4. Padilha, Patrícia. Accioly, Elizabeth. Nutrição Clínica Aplicada à Pediatria. Rubio, 2022.
5. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
6. Arimond M., Ruel M.T. Dietary diversity is associated with child nutritional status: Evidence from 11 demographic and health survey. *J. Nutr.* 2004;134:2579–2585.
7. Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017 Apr 11.
8. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015;135(2):344-53.
9. Guia Prático de Alimentação da Criança de 0 a 5 anos. São Paulo: SBP - Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial; 2021. p. 74.
10. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psychol.* 2007 Sep;32(8):960-72. doi: 10.1093/jpepsy/jsm037. Epub 2007 May 28. PMID: 17535817.

11. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001 Jun;36(3):201-10. doi: 10.1006/appe.2001.0398. PMID: 11358344.
12. Baughcum AE, Power SW, Johnson SB, Chamberlin LA, Deeks CM, Jain A, et al. Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood., *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2001, vol. 22 (pg. 391-408).
13. Mais LA, Warkentin S, Latorre Mdo R, Carnell S, Taddei JA. Validation of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire among Brazilian Families of School-Aged Children. *Front Nutr*. 2015 Nov 3;2:35.
14. Warkentin S, Mais LA, Latorre Mdo R, Carnell S, Taddei JA. Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire in parents of preschool children in Brazil. *BMC Public Health*. 2016 Jul 19;16:603.
15. Davison B., Saeedi P., Black K., Harrex H., Haszard J., Meredith-Jones K., Quigg R., Skeaff S., Stoner L., Wong J.E., et al. The Association between Parent Diet Quality and Child Dietary Patterns in Nine- to Eleven-Year-Old Children from Dunedin, New Zealand. *Nutrients*. 2017;9:483.
16. De Bourdeaudhuij I., te Velde S., Brug J., Due P., Wind M., Sandvik C., Maes L., Wolf A., Perez Rodrigo C., Yngve A., et al. Personal, social and environmental predictors of daily fruit and vegetable intake in 11-year-old children in nine European countries. *Eur. J. Clin. Nutr*. 2008;62:834–841.
17. Harbec M.J., Pagani L.S. Associations between Early Family Meal Environment Quality and Later Well-Being in School-Age Children. *J. Dev. Behav. Pediatr*. 2018;39:136–143.
18. Story M., Kaphingst K.M., Robinson-O’Brien R., Glanz K. Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annu. Rev. Public Health*. 2008;29:253–272.

19. Martinson IM, Yee KH. Parental involvement in restoring the health of a child with cancer in Hong Kong. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2003 Sep-Oct;20(5):233-44.
20. Fleming CA, Cohen J, Murphy A, Wakefield CE, Cohn RJ, Naumann FL. Parent feeding interactions and practices during childhood cancer treatment. A qualitative investigation. *Appetite*. 2015 Jun;89:219-25. doi: 10.1016/j.appet.2014.12.225. Epub 2015 Jan 7. PMID: 25576664.
21. Rogers S, Ramsay M, Blissett J. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: Relationships with parental report of child eating behaviours and observed feeding interactions. *Appetite*. 2018 Jun 1;125:201-209.
22. Maranhão HS et al. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. *Rev Paul Pediatr*. [online] 2018; 36(1):45-51.
23. Mascola A.J., Bryson S.W., Agras W.S. Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav*. 2010;11:253–257.
24. Ramsay M, Marte IC, Porporino M, Zygmuntowicz C. The Montreal Children's Hospital feeding scale: a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Pediatric Child Health*. 2011 Mar; 16(3):147-51.
25. Van Dijk M, Timmerman ME, Martel C, Ramsay M. Towards the development of the Dutch screening instrument for the detection of feeding problems in young children. *Neth J Psychol*. 2011; 66:112-20.
26. Benjasuwantep B, Rattanamongkolgul S, Ramsay M. The Thai version of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS): psychometric properties. *J Med Assoc Thai*. 2015 Feb; 98(2): 163-9.
27. Diniz, Patricia Barcellos; Fagundes, Simone Chaves; Ramsay, Maria. Adaptação transcultural e validação da Montreal Children's Hospital Feeding Scale para o português falado no Brasil. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, V. 39, E2019377, 2021.

28. Gomes DF, Gandolfo AS, Oliveira AC, Potenza ALS, Micelli CLO, Almeida CB, Matsuba CS, Prado CP, Verotti C, Oliveira FLC, Meneses JFS, Almeida LBM, Murra MS, Moretti MYRS, Silva MMDG, Zamberlan P, Feferbaum R, Benzecry SG, Piovacari SMF, Konstantyner T, Figueira VACR, Souza FIS. Campanha "Diga não à desnutrição Kids": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *Braspen J*. 2019; 34 (1): 3-23.
29. Wong Vega M, Beer S, Juarez M, Srivaths PR. Malnutrition Risk in Hospitalized Children: A Descriptive Study of Malnutrition-Related Characteristics and Development of a Pilot Pediatric Risk-Assessment Tool. *Nutr Clin Pract*. 2019 Jun;34(3):406-413. doi: 10.1002/ncp.10200. Epub 2018 Oct 7. PMID: 30294809.
30. Field LB, Hand RK. Differentiating Malnutrition Screening and Assessment: A Nutrition Care Process Perspective. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2015;115(5):824–8.
31. Maciel, Juliana Rolim Vieira et al . Validação do "STRONGkids": acurácia do instrumento,. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 96, n. 3, p. 371-378, June 2020 .
32. Pileggi, VN et al. Prevalência de desnutrição infantil em um hospital universitário utilizando os critérios da Organização Mundial da Saúde e dados de impedância bioelétrica. *Braz J Med Biol Res* , Ribeirão Preto, v. 49, n. 3, e5012, março de 2016.
33. Pereira, Danielly Steffen. Prevalência de risco nutricional e análise dos estudos de validação de ferramentas de triagem de risco nutricional em pacientes pediátricos hospitalizados: uma revisão sistemática. Orientador: Roberta Dalle Molle. 2021. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, 2021.
34. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KFM. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. *Clin Nutr* [Internet]. 2010;29(1):106–11.
35. Gerasimidis K, Macleod I, Maclean A, Buchanan E, McGrogan P, Swinbank I, et al. Performance of the novel Pediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS) in hospital practice. *Clin Nutr* [Internet]. 2011;30(4):430–5.

36. McCarthy H, Dixon M, Crabtree I, McNulty H. The development and evaluation of the Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Paediatrics (STAMP a) for use by healthcare staff. 2012;311–8.
37. Carvalho, Fernanda Christina de et al . Tradução e adaptação cultural da ferramenta Strongkids para triagem do risco de desnutrição em crianças hospitalizadas. Rev. paul. pediatr. São Paulo , v. 31, n. 2, p. 159-165, June 2013.
38. Watterworth JC, Hutchinson JM, Buchholz AC, Darlington G, Randall Simpson JA, Ma DWL, Haines J; Guelph Family Health Study. Food parenting practices and their association with child nutrition risk status: comparing mothers and fathers. Appl Physiol Nutr Metab. 2017 Jun.
39. Randall Simpson, J., Keller, H., Rysdale, L., and Beyers, J. 2008. Nutrition Screening Tool for Every Preschooler (NutriSTEP®): validation and test–retest reliability of a parent-administered questionnaire assessing nutrition risk of preschoolers. Eur. J. Clin. Nutr. 62(6): 770–780.
40. Walton K, Haycraft E, Jewell K, Breen A, Randall Simpson J, Haines J. The Family Mealtime Observation Study (FaMOS): Exploring the Role of Family Functioning in the Association between Mothers' and Fathers' Food Parenting Practices and Children's Nutrition Risk. Nutrients. 2019 Mar 15;11(3):630.
41. Spill MK, Callahan EH, Shapiro MJ, Spahn JM, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, Birch L, Black MM, Cook JT, Faith MS, Mennella JA, Casavale KO. Caregiver feeding practices and child weight outcomes: a systematic review. Am J Clin Nutr. 2019 Mar 1;109(Suppl_7):990S-1002S.
42. Pérez L, Vizcarra M, Hughes SO, Papaioannou MA. Food Parenting Practices and Feeding Styles and Their Relations with Weight Status in Children in Latin America and the Caribbean. Int J Environ Res Public Health. 2022 Feb 11;19(4):2027.

43. Warkentin S, Mais LA, Latorre MDRDO, Carnell S, Taddei JAAC. Parents Matter: Associations of Parental BMI and Feeding Behaviors With Child BMI in Brazilian Preschool and School-Aged Children. *Front Nutr*. 2018 Aug 10;5:69.
44. Berlin KS, et al. Assessing children's mealtime problems with the mealtime behavior questionnaire. *Child Health Care*. 2010; 39(2): 142-56.

5. ARTIGO

Práticas alimentares parentais e dificuldades alimentares na infância e suas implicações no risco nutricional de pacientes pediátricos hospitalizados: um estudo transversal

Jéssica Batista Minho¹, Gabriela Duarte Luz², Vitória Mello da Silva³, Emilly Santos Moraes², Luciane Machado Etchart², Angélica Paula Barbosa Silva Dutra², Patrícia Daniele Chrisóstomo Dias¹, Roberta Dalle Molle¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

² Graduação em Nutrição. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

³ Graduação em Nutrição. Centro Universitário Cesuca, Cachoeirinha, RS, Brasil

Autor correspondente: Roberta Dalle Molle, PhD, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rua Sarmento Leite, 245, Centro Histórico, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 90050-170, Brasil. Email: robertadm@ufcspa.edu.br.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares na infância com o risco nutricional em pacientes pediátricos de um hospital em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo transversal realizado com meninas e meninos hospitalizados, com idades entre 2 e 9 anos. O questionário *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (CFPQ) foi utilizado para avaliação das práticas alimentares parentais e a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) para avaliação das dificuldades alimentares na infância, ambos preenchidos pelo cuidador principal da criança. A avaliação do risco nutricional foi realizada através da ferramenta de triagem de risco nutricional StrongKids. **Resultados:** Noventa e seis pacientes com mediana de idade de 73,5 meses, sendo 61,5% meninos, participaram do estudo. As especialidades médicas mais prevalentes foram oncologia (27,1%) e gastroenterologia (21,9%). Vinte e um (21,9%) pacientes foram classificados com alto risco nutricional, 61 (63,5%) com médio risco e 14 (14,6%) com baixo risco; e 20 (35,1%) apresentaram algum grau de dificuldade alimentar. Somente a presença de dificuldades alimentares na infância esteve associada com o risco nutricional: os pacientes em alto risco nutricional apresentaram escores mais elevados no EBAI, mesmo controlando a análise pela condição clínica no momento da internação e pelo escore Z do índice de massa corporal/idade (IMC/I). Ainda, o escore de dificuldades

alimentares foi maior naquelas crianças com redução do consumo alimentar nos dias anteriores à internação. As práticas alimentares parentais estiveram relacionadas com questões específicas da StrongKids: o escore de orientação para uma alimentação saudável foi maior naqueles pacientes que relataram recomendação de intervenção nutricional preexistente e perda ou pouco ganho de peso, o escore de pressão para comer foi menor nas crianças que apresentaram diarreia e/ou vômitos excessivos nos dias anteriores à internação.

Conclusões: Nossos resultados mostraram que o risco nutricional no momento da internação hospitalar se mostrou associado às dificuldades alimentares, mas não às práticas alimentares parentais. Outros estudos podem verificar se há associação entre as práticas alimentares dos pais e o risco nutricional frente a doenças específicas, e se essas podem sofrer influências conforme patologia, efeitos colaterais ou características particulares da própria criança.

Palavras-chave: comportamento alimentar; criança; risco nutricional; práticas alimentares parentais; dificuldades alimentares

ABSTRACT

Objective: To verify the association between parental eating practices, feeding difficulties in childhood and nutritional risk in pediatric patients admitted to a hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Methods:** Cross-sectional study carried out with hospitalized pediatric patients, boys and girls, aged between 2 and 9 years. The Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) was used to assess parental eating practices and the Brazilian Child Feeding Scale (EBAI) to assess feeding difficulties in childhood, both completed by the child's main caregiver. Nutritional risk assessment was performed using the StrongKids nutritional risk screening tool. **Results:** Ninety-six patients with a median age of 73.5 months, 61.5% boys, participated in the study. The most prevalent medical specialties were oncology (27.1%) and gastroenterology (21.9%). Twenty-one (21.9%) patients were classified at high nutritional risk, 61 (63.5%) at medium risk and 14 (14.6%) at low risk; and 20 (35.1%) had some degree of feeding difficulty. Only the presence of feeding difficulties in childhood was associated with nutritional risk: patients at high nutritional risk scored higher on EBAI, even when controlling for the child's clinical condition at admission and body mass index/age (BMI/A) z-score. Also, the score of feeding difficulties was higher in those children with reduced food consumption in the days before hospitalization. Parental eating practices were related to specific questions from the StrongKids tool: the healthy eating guidance score was higher in those patients who reported pre-existing nutritional intervention

recommendation and weight loss or no increase in weight, the pressure to eat score was lower in children who had excessive diarrhea and/or vomiting in the days prior to admission.

Conclusions: Our results showed that nutritional risk at the time of hospital admission was associated with feeding difficulties, but not with parental eating practices. Other studies can verify whether there is an association between parents' eating practices and nutritional risk in the face of specific diseases, and whether these can be influenced by the pathology, side effects or particular characteristics of the child.

Key words: eating behavior; children; nutritional risk; parental feeding practices; feeding difficulties.

INTRODUÇÃO

A família é o principal modelo no desenvolvimento de hábitos e preferências alimentares do indivíduo. Tal influência pode ser fortemente observada desde os primeiros 1000 dias de vida, onde da concepção à introdução alimentar, preferências e práticas alimentares parentais estão presentes, moldando o comportamento alimentar para o longo da vida.^{1,2,3,4} Certas práticas alimentares dos pais, isto é, as ações empregadas pelos pais no momento da alimentação dos seus filhos, têm sido relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis. Por exemplo, orientação ativa/educação são mais efetivas para estimular o consumo de alimentos saudáveis, enquanto a orientação restritiva favorece o consumo de alimentos não saudáveis.⁵ Não obstante, estima-se que entre 25% e 40% dos lactentes e crianças pequenas saudáveis apresentam algum sintoma de dificuldade alimentar sem etiologia médica conhecida, e que 33% a 80% das crianças com doenças orgânicas ligadas a desconfortos gastrointestinais e problemas de desenvolvimento, como prematuridade e baixo peso ao nascer, apresentam algum sintoma.⁶ Crianças que apresentam dificuldades alimentares graves correm o risco de uma variedade de problemas, como perda de peso acentuada, desnutrição e até mesmo óbito.⁷

Especificamente dentro do cuidado nutricional da criança e do adolescente hospitalizado, a identificação precoce dos pacientes em risco nutricional é de suma importância para que uma avaliação detalhada e completa seja realizada, a fim de estabelecer diagnóstico nutricional e posterior tratamento, com vistas a evitar a desnutrição hospitalar.^{8,9} Pereira et al. revisaram 49 estudos que aplicaram alguma ferramenta de triagem de risco nutricional na população pediátrica e observaram uma prevalência média de 60% de risco nutricional entre crianças hospitalizadas. Além disso, a ferramenta *Screening Tool Risk on*

Nutritional status and Growth (STRONGkids) demonstrou melhor desempenho no diagnóstico de risco e na capacidade de prever piores desfechos relacionados à saúde nesta população.¹⁰

Resultados de estudos conduzidos em crianças não hospitalizadas mostraram que tanto as práticas alimentares parentais quanto as dificuldades alimentares da própria criança estão associadas ao seu estado nutricional. Se os pais envolvem as crianças no preparo dos alimentos e propiciam um ambiente saudável em casa existe um menor risco nutricional, mas o uso de alimentos como recompensas, pressão para comer e restrição para saúde podem aumentá-lo.¹¹ Também no que diz respeito ao peso e índice de massa corporal (IMC) infantil, as práticas alimentares parentais de restrição para saúde e/ou controle de peso estão associadas ao ganho de peso e maior IMC, enquanto que práticas de pressão para comer estão associadas à diminuição do peso e menor IMC.^{12,13} Se tratando de crianças com alguma patologia, achados interessantes foram observados naquelas em tratamento contra o câncer: modificações nas práticas alimentares parentais foram evidenciadas frente ao estado de doença, em sua maioria com o intuito de minimizar efeitos adversos e/ou auxiliar no enfrentamento do tratamento.¹⁴ A alimentação saudável foi mais estimulada pelos pais nesta população, ao mesmo tempo que demonstraram estar ativamente conscientes em não utilizar práticas alimentares negativas, como pressão para comer e restrição para controle do peso.^{14,15}

Considerando que a triagem de risco nutricional é um passo importante na admissão hospitalar de crianças e que parte da triagem depende de informações reportadas pelos pais/cuidadores, compreender se as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares da criança estão associadas com a presença de risco nutricional na admissão hospitalar proporcionará um conhecimento mais profundo acerca dos fatores envolvidos com a presença de risco nutricional, permitindo assim uma assistência nutricional mais adequada. Portanto, o objetivo do presente estudo foi verificar a associação entre as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares na infância com o risco nutricional em pacientes pediátricos de um hospital de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, aninhado a uma coorte, realizado em um hospital de referência em atendimento pediátrico, em Porto Alegre/RS. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2020 e abril de 2022. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e conduzido de acordo com a Resolução de Ética em

Pesquisa envolvendo seres humanos nº 466 de 2012. Os sujeitos participaram da pesquisa somente após o preenchimento pelos responsáveis do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), quando a criança já sabia escrever seu nome.

Participantes

A seleção da amostra se deu por conveniência, ou seja, os pesquisadores identificaram diariamente os pacientes admitidos na enfermaria nas últimas 48 horas, com idades entre 2 e 9 anos, conforme faixa etária abrangida pelo questionário de práticas alimentares parentais, e os convidaram a participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes de cirurgias eletivas, em isolamento de gotículas e/ou contato, com dieta por via alternativa (enteral/parenteral), o que impossibilitava a avaliação correta tanto das práticas alimentares parentais como das dificuldades alimentares da infância, por se tratar de uma via alternativa de alimentação com suas particularidades, e aqueles que não estavam acompanhados pelo cuidador principal, responsável pela sua alimentação.

Práticas alimentares parentais

Para a coleta de dados sobre práticas alimentares parentais, foi aplicado o questionário *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (CFPQ) que foi desenvolvido como uma escala psicometricamente válida para mensurar alimentação restritiva e uma série de práticas alimentares que possam ser relevantes à criança. Este questionário é de auto preenchimento pelos pais e composto por 42 perguntas distribuídas em 6 domínios, sendo estes: orientação para uma alimentação saudável, monitoramento, restrição para controle de peso, restrição para a saúde, regulação da emoção/comida como recompensa e pressão.¹⁶ Tal questionário foi validado para a população brasileira, em dois momentos distintos: primeiramente em crianças de 5 a 9 anos¹⁷ e após em crianças de 2 a 5 anos.¹⁸ Os escores totais dos domínios são utilizados para a avaliação final, onde valores altos traduzem práticas alimentares inadequadas, com exceção do primeiro domínio, que mede a prática de orientação para uma alimentação saudável.

Dificuldades alimentares na infância

Para a avaliação das dificuldades alimentares da criança, foi utilizada a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)¹⁹ que é uma adaptação transcultural da *Montreal Children's Hospital Feeding Scale - MCHFS* (Escala de Alimentação do Hospital Pediátrico

de Montreal).²⁰ Esta escala de autopreenchimento pelos pais foi desenvolvida por profissionais da saúde como um método rápido e eficaz de identificação de dificuldades alimentares, utilizando a opinião dos pais sobre o comportamento alimentar de seus filhos para classificar as dificuldades em leves, moderadas ou graves. Ela é composta por 14 perguntas que avaliam apetite, envolvimento sensorial oral, desenvolvimento motor oral, preocupações parentais sobre a alimentação da criança, comportamento da criança na hora da refeição, estratégias usadas pelos cuidadores/alimentadores, e reações dos cuidadores/alimentadores em relação à alimentação da criança.²⁰ Cada resposta recebe uma pontuação que gera, ao final, um Escore T e pontos de corte pré-definidos permitem que as dificuldades alimentares sejam classificadas em leves, moderadas ou graves. Esta ferramenta foi validada em diversos países e também na população brasileira, em crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade.¹⁹

Risco nutricional e medidas antropométricas

A avaliação do risco nutricional foi realizada em até 48h depois da internação, por meio da aplicação da ferramenta StrongKids.²¹ Esta ferramenta de triagem de risco nutricional pode ser utilizada por diferentes profissionais da saúde como forma de identificar o risco nutricional de maneira rápida e objetiva. A StrongKids foi traduzida e adaptada para a população brasileira e pode ser aplicada em pacientes entre 1 mês e 18 anos de idade.²² É composta por quatro itens pontuados nos quais se avalia: a doença de base e/ou cirurgia de grande porte prevista, o estado nutricional de forma subjetiva, dados sobre ingestão alimentar e perdas nos últimos dias (diarreia, vômito, diminuição da ingesta alimentar, intervenção nutricional prévia, incapacidade de ingestão alimentar devido a dor) e perda ou ganho de peso insuficiente nas últimas semanas/meses. No fim, faz-se o somatório dos pontos, variando de 0 a 5, onde pontuação 0 indica baixo risco, sendo recomendado reavaliar o risco em uma semana e checar o peso regularmente; pontuação entre 1 e 3 indica médio risco, sendo indicado consultar o médico para diagnóstico completo, verificar peso duas vezes/semana e reavaliar o risco após 1 semana; e pontuação de 4 ou 5 indica risco nutricional alto, sendo necessário consulta com nutricionista e orientação nutricional individualizada.²¹ Tal classificação foi utilizada para categorizar a amostra em três grupos: baixo, médio e alto risco nutricional.

As aferições de peso e altura foram feitas por pesquisadores treinados em triplicata, e o valor médio foi adotado para classificação. A medida do peso se deu através da pesagem dos pacientes, descalços e com roupas leves, em balança portátil disponibilizada pela

universidade. A estatura foi coletada através do estadiômetro vertical acoplado à balança plataforma disponível no serviço. As crianças foram posicionadas em pé, descalças e sem adereços na cabeça. As medidas aferidas foram avaliadas por meio do cálculo do escore-Z dos seguintes índices: estatura para idade (E/I) e IMC para idade (IMC/I), tendo como referência as curvas de crescimento da OMS²³. Os softwares WHO Anthro® para crianças <5 anos e WHO Anthroplus® para crianças >5 anos, ambos na versão 3.2.2, foram utilizados para obtenção dos valores dos escores-Z. Pacientes prematuros (<37 semanas) foram avaliados utilizando a idade corrigida até 3 anos de idade.

Dados sociodemográficos e clínicos

Os pais e/ou responsáveis também foram questionados quanto às características sociodemográficas dos pacientes, como: gênero, etnia, renda familiar, escolaridade materna e paterna, rotina da criança (casa, creche e/ou escola). A data de nascimento, peso e comprimento ao nascer foram coletados da carteira da criança. Os dados clínicos sobre doenças prévias, doença atual e motivo da internação foram coletados do prontuário.

Os pacientes foram categorizados de acordo com sua especialidade médica, e sua condição clínica no momento da internação foi classificada como aguda ou crônica agudizada.

Análises estatísticas

Os resultados das variáveis categóricas foram apresentados através de frequências absoluta e relativa e das quantitativas em média e desvio-padrão, quando a variável apresentou distribuição normal, e em mediana e intervalo interquartil (IQR), quando a distribuição era assimétrica. A normalidade foi verificada pelo teste Shapiro-Wilk. Nas análises que envolveram a dificuldade alimentar como variável categórica, aqueles classificados com dificuldades leves, moderadas e graves foram agrupados, ficando a classificação dividida em pacientes com dificuldades alimentares e sem dificuldades alimentares. Para comparar os desfechos entre pacientes com baixo, médio e alto risco nutricional, o teste Qui-Quadrado, com auxílio dos resíduos padronizados ajustados, foi utilizado para as variáveis categóricas e o teste Kruskal-Wallis seguido do teste de Dunn para as comparações múltiplas no caso de variáveis quantitativas. As escalas também foram comparadas em cada item do StrongKids através do teste Mann-Whitney. Foi utilizada a análise de regressão logística para estimar a associação do escore EBAI no médio/alto risco nutricional, controlando pela condição clínica no momento da internação e pelo escore-Z do

IMC/I. Foram considerados significativos os resultados cujo valor p foi <0.05 . As análises foram realizadas no software estatístico SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

RESULTADOS

Trezentos e trinta e cinco pacientes foram elegíveis para participar da coorte. Destes, 98 pacientes preencheram o critério de elegibilidade para o presente estudo referente à idade (2-9 anos) e 2 pacientes foram excluídos por receber nutrição enteral. A amostra final foi de 96 pacientes e suas características estão descritas na Tabela 1.

A mediana de idade foi de 73,5 meses (IQR= 6,12 meses), os quais eram predominantemente meninos (61,5%) e brancos (80,2%). A mediana de peso ao nascer foi de 3225g e a renda familiar de R\$4.000,00. Em sua maioria, as mães dos pacientes tinham escolaridade menor ou igual a onze anos de estudo ($n = 57$; 59,4%). As especialidades médicas mais prevalentes foram oncologia ($n = 26$; 27,1%) e gastroenterologia ($n = 21$; 21,9%), seguido de cirurgias não eletivas ($n = 17$; 17,7%). A maior parte dos pacientes foram internados por uma condição crônica agudizada ($n = 57$; 59,4%). Quanto à classificação de risco nutricional, 21 pacientes foram classificados com alto risco (21,9%), 61 com médio risco (63,5%) e 14 com baixo risco (14,6%). Em sua maioria, os pacientes elegíveis conforme idade para preenchimento da EBAI ($n = 57$) não apresentavam dificuldades alimentares ($n = 37$; 64,9%).

Tabela 1. Características gerais da amostra de pacientes pediátricos hospitalizados.

Variáveis	Dados descritivos
Sexo, n (%)	$n = 96$
Meninos	59 (61,5)
Meninas	37 (38,5)
Etnia, n (%)	$n = 93$
Branco	77 (80,2)
Pardo	8 (8,3)
Negro	7 (7,3)
Índio	1 (1,0)
Idade (meses) ^a	$n = 96$ 73,50 (44,25-98,75)
Peso ao nascer (g) ^a	$n = 95$ 3225 (2,800-3,480)

Escore-z da E/I ^b	<i>n</i> = 90 0,00 (0,05)
Escore-z do IMC/I ^b	<i>n</i> = 90 0,66 (0,63)
Renda familiar (R\$) ^a	<i>n</i> = 70 4.000 (2.481-7.000)
Escolaridade da mãe, n (%)	<i>n</i> = 94
< ou = 11 anos de estudo	57 (59,4)
> 11 anos de estudo	37 (38,5)
Condição clínica na internação, n (%)	<i>n</i> = 96
Aguda	39 (40,6)
Crônica agudizada	57 (59,4)
Especialidades, n (%)	<i>n</i> = 96
Oncologia	26 (27,1)
Gastroenterologia	21 (21,9)
Cirurgia	17 (17,7)
Neurologia	10 (10,4)
Outros	9 (9,4)
Nefrologia	5 (5,2)
Cardiologia	3 (3,1)
Pneumologia	3 (3,1)
Dermatologia	1 (1,0)
Endocrinologia	1 (1,0)
Classificação de risco nutricional, n (%)	<i>n</i> = 96
Baixo risco	14 (14,6)
Médio risco	61 (63,5)
Alto risco	21 (21,9)
CFPQ	<i>n</i> = 95
Orientação para uma alimentação saudável	4,5 (4,13-4,73)
Monitoramento	3,83 (3,25-4,33)
Restrição para controle de peso	1,85 (1,28-3,0)
Restrição para saúde	4,00 (3,0-4,80)
Regulação da emoção/Comida como recompensa	2,16 (1,33-2,60)
Pressão	3,0 (2,25-3,75)
Dificuldades alimentares, n (%)	<i>n</i> = 57
Sem dificuldades	37 (64,9)
Dificuldades leves	13 (22,8)
Dificuldades moderadas	4 (7)

Associação entre práticas alimentares parentais e dificuldades alimentares na infância e o risco nutricional

As práticas alimentares parentais não apresentaram associação significativa com a classificação de risco nutricional, exceto a prática de orientação para uma alimentação saudável, que apresentou uma tendência de aumento no seu escore conforme o incremento do risco nutricional, porém a significância não permaneceu após o teste de comparações múltiplas (Tabela 2).

Quanto às dificuldades alimentares, crianças classificadas em alto risco nutricional apresentaram maiores pontuações no EBAI, havendo uma associação positiva entre o alto risco nutricional e a presença de dificuldades alimentares na infância.

Também, os pacientes com alto risco nutricional apresentaram maior frequência de internação por condição crônica agudizada e menores valores de escore-Z do IMC/I (Tabela 2).

Contudo, os grupos avaliados não apresentaram diferenças com relação ao sexo, idade, peso ao nascer, escore-z da E/I, renda familiar e escolaridade materna (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação das variáveis clínicas, nutricionais, demográficas e desfechos de interesse de acordo com a classificação de risco nutricional.

	Baixo risco	Médio risco	Alto risco	valor p
Sexo, n (%) ^a				
Meninos	9 (64,3)	40 (65,6)	10 (47,6)	0,336
Meninas	5 (35,7)	21 (34,4)	11 (52,4)	
Idade (meses) ^b	64 (45-83)	75 (45-100)	74 (39-98)	0,592
Peso ao nascer (g) ^b	3227,50 (2962,25-3471,25)	3225 (2715-3545)	3170 (2737,5-3847)	0,804
Escore-z da E/I ^c	0,57 (0,95)	0,00 (1,43)	-0,40 (1,34)	0,083
Escore-z do IMC/I ^c	1,48 (1,87)	0,69 (1,41)	-0,04 (1,11)	0,020*
Renda familiar (R\$) ^b	5.000 (2.159-6.136)	4.000 (2.462-6.500)	3.500 (2.150-9.250)	0,901

Condição clínica na internação, n (%) ^a				
Aguda	7 (50)	30 (49,2)	2 (9,5)	0,005*
Crônica agudizada	7 (50)	31 (50,8)	19 (90,5)	
CFPQ ^b				
Orientação para uma alimentação saudável	4,38 (4,13-4,60)	4,45 (4,03-4,67)	4,73 (4,53-4,80)	0,035* ¹
Monitoramento	4 (3,50-4,25)	3,75 (3,42-4,25)	4 (2,83-4,75)	0,939
Restrição para controle de peso	2 (1,29-2,86)	1,86 (1,29-3,07)	1,86 (1,57-2,71)	0,997
Restrição para saúde	4,40 (3,60-4,40)	4 (3-4,80)	4,20 (2,40-4,80)	0,571
Regulação da emoção/ Comida como recompensa	1,78 (1,17-2,20)	2,20 (1,45-2,60)	1,80 (1,20-2,20)	0,113
Pressão	2,75 (2,25-3,75)	3,25 (2,50-4,00)	2,25 (1,50-3,25)	0,083
EBAI				
Escore T ^b	44 (40-56)	56,5 (47-64,5)	61 (46-63)	0,018*
Sem dificuldades ^a	10 (90,9)	21 (65,6)	6 (42,9)	0,044*
Com dificuldades	1 (9,1)	11 (34,4)	8 (57,1)	

E/I, Estatura para Idade; IMC/I, Índice de Massa Corporal para Idade; CFPQ, Comprehensive Feeding Practices Questionnaire; EBAI, Escala Brasileira de Alimentação Infantil. ^a Teste Qui-Quadrado, n (%); ^b Kruskal-Wallis, mediana (IIQ); ^c Kruskal-Wallis, média (DP); *p<0,05; *¹ significância não permaneceu após o teste de comparações múltiplas

Tanto na análise univariada (OR=1.09, IC95%:1.02-1.17; p=0.007) quanto após o ajuste para a condição clínica no momento da internação e para o escore-z do IMC/I (OR=1.09, IC95%:1.01-1.17; p=0.025) o efeito do Escore T no risco nutricional médio/alto foi significativo, mostrando assim que a condição clínica no momento da internação, bem como o IMC, não interferiram na relação entre as dificuldades alimentares e o risco nutricional. Observou-se que cada ponto a mais no Escore T aumentou 9% a chance do paciente apresentar risco nutricional médio/alto (Tabela 3).

Tabela 3. Efeito do Escore T no risco nutricional ajustado pela classificação da doença e Escore-z do IMC/I.

Variáveis independentes	Risco nutricional médio/alto ^a	
	OR (95% IC)	valor p

Internação por condição crônica agudizada	1,59 (0,46-5,52)	0,464
Escore-z do IMC/I	0,64 (0,41-1,01)	0,057
Escore T	1,09 (1,01-1,17)	0,025*

^a regressão logística; *p<0,05.

Associação entre as práticas alimentares parentais e questões da ferramenta de triagem de risco nutricional

Considerando aqueles itens da STRONGkids que dependem inteiramente das respostas dos pais, observou-se que os pacientes cujos pais relataram presença de diarreia e/ou vômitos excessivos nos dias anteriores à internação apresentaram um menor escore de pressão para comer empregada pelos pais comparados aqueles que não relataram esses sintomas gastrointestinais. Aqueles que declararam recomendação de intervenção nutricional preexistente, bem como a perda ou pouco ganho de peso, apresentaram maior escore na orientação para uma alimentação saudável quando comparados aos que não tiveram recomendação de intervenção nutricional e não apresentaram perda/pouco ganho de peso, respectivamente (Tabela 4).

Maiores escores de dificuldades alimentares foram observados quando foi relatada redução da ingestão alimentar dos pacientes nos dias anteriores à internação (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre as práticas alimentares parentais, dificuldades alimentares da infância e questões da ferramenta de triagem de risco nutricional StrongKids que dependem inteiramente das respostas dos pais.

	Diarreia e/ou vômitos excessivos nos últimos dias			Diminuição da ingestão alimentar			Recomendação de intervenção nutricional prévia			Incapacidade de ingestão alimentar por causa de dor			Perda e/ou pouco ganho de peso		
	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p
	(n=89)	(n=7)		(n=63)	(n=33)		(n=81)	(n=15)		(n=63)	(n=33)		(n=60)	(n=36)	
CFPQ															
Orientação para uma alimentação saudável	4,50 (4,10-4,70)	4,50 (4,40-4,70)	0,847	4,52 (4,20-4,73)	4,50 (4,06-4,69)	0,425	4,48 (4,07-4,68)	4,67 (4,44-4,88)	0,045*	4,55 (4,20-4,73)	4,44 (4,00-4,67)	0,279	4,40 (4,00-4,67)	4,60 (4,37-4,78)	0,029*
Monitoramento	4,00 (3,30-4,40)	3,70 (2,80-3,80)	0,294	4,00 (3,50-4,33)	3,67 (3,0-4,50)	0,505	3,83 (3,29-4,29)	4,17 (2,75-4,50)	0,786	4,00 (3,50-4,33)	3,67 (3,25-4,50)	0,493	4,00 (3,50-4,25)	3,67 (2,92-4,58)	0,664
Restrição para controle de peso	1,90 (1,30-2,90)	2,70 (1,00-3,30)	0,932	1,86 (1,29-3,00)	1,86 (1,29-3,00)	0,790	1,86 (1,29-2,86)	2,71 (1,29-3,00)	0,199	1,79 (1,29-2,71)	2,43 (1,29-3,29)	0,277	1,86 (1,29-3,00)	1,93 (1,43-2,79)	0,595
Restrição para saúde	4,00 (3,00-4,80)	3,40 (2,00-4,60)	0,352	4,00 (2,80-4,80)	4,00 (3,40-4,80)	0,320	4,00 (3,10-4,80)	3,80 (2,80-4,80)	0,587	4,10 (3,20-4,80)	3,60 (2,40-4,60)	0,268	4,00 (3,00-4,80)	4,10 (3,00-4,80)	0,799
Regulação da emoção/Comida como recompensa	2,20 (1,40-2,60)	2,60 (1,20-2,70)	0,612	2,18 (1,20-2,60)	2,17 (1,50-2,60)	0,531	2,18 (1,40-2,60)	2,00 (1,20-2,67)	0,774	2,17 (1,40-2,60)	2,17 (1,20-2,67)	0,515	2,20 (1,40-2,60)	1,82 (1,20-2,45)	0,214
Pressão	3,30 (2,30-3,90)	2,30 (1,50-3,00)	0,046*	3,25 (2,25-3,75)	2,75 (2,00-3,75)	0,624	3,25 (2,25-3,88)	2,25 (1,50-3,25)	0,060	3,13 (2,00-3,75)	3,00 (2,50-3,50)	0,854	3,25 (2,25-3,75)	2,75 (1,88-3,75)	0,338
EBAI															
Escore T	56,00 (46-63)	64,50 (61-68)	0,134	48,50 (44-61)	61,00 (50-65)	0,008*	56,00 (45-63)	55,50 (46-63)	0,644	56,00 (46-62)	57,00 (46-640)	0,750	50,00 (44-64)	56,50 (46-63)	0,440

CFPQ, *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire*; EBAI, Escala Brasileira de Alimentação Infantil. Mann-Whitney, mediana (IIQ); *p<0,05.

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou verificar a associação entre as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares na infância com o risco nutricional em pacientes pediátricos hospitalizados. Os resultados mostraram que as práticas alimentares parentais não se associaram significativamente com a classificação de risco nutricional, no entanto os pacientes com alto risco nutricional apresentaram maior escore de dificuldades alimentares na infância. Especificamente sobre a relação entre as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares com as questões da ferramenta de triagem do risco nutricional StrongKids, que dependem exclusivamente das respostas dos pais, a incidência de diarreia e/ou vômitos excessivos nos dias anteriores à internação esteve associada à menor pressão para comer. Também, a recomendação de intervenção nutricional preexistente, bem como a perda ou pouco ganho de peso, mostraram-se relacionadas a maior utilização de orientação para uma alimentação saudável pelos pais. Além disso, a redução da ingestão alimentar nos dias anteriores à internação foi associada a dificuldades alimentares na infância.

O estudo sobre as práticas alimentares parentais tem ganhado força no meio científico, porém ainda foi pouco explorado no contexto dos pacientes pediátricos hospitalizados. Ao compararmos os valores dos escores dos domínios do CFPQ encontrados com os resultados do estudo de Mais et al.¹⁷, realizado em uma amostra de crianças não hospitalizadas, observamos que a média do domínio orientação para uma alimentação saudável é semelhante nas duas amostras. Contudo, as médias dos domínios de monitoramento, restrição para controle de peso e pressão foram menores na amostra de crianças hospitalizadas, ao contrário dos domínios de restrição para saúde e regulação da emoção/comida como recompensa, nos quais valores maiores foram encontrados em comparação às crianças saudáveis.

Tratando-se da associação entre os escores do CFPQ e o risco nutricional, encontramos que existe uma tendência de que os pais dos pacientes em alto risco nutricional pratiquem uma maior orientação para uma alimentação saudável. Diferentemente ao achado por Walton et al.²⁴ e Watterworth et al.²⁵ que, ao analisarem as práticas alimentares parentais, o funcionamento familiar e sua associação com o risco nutricional de crianças saudáveis, evidenciaram que comentários positivos e frequentes sobre a alimentação dos filhos, ditos por ambos os pais²⁴, e incentivo exclusivamente materno ao equilíbrio e à variedade²⁵ estavam associados ao menor risco nutricional. No entanto, em ambos estudos a ferramenta NutriStep²⁶ foi utilizada para avaliar o risco nutricional. Esta ferramenta tem o objetivo de verificar como a criança está em termos de nutrição e os escores elevados significam que os

hábitos alimentares podem ser melhorados com algumas mudanças, o que difere da ferramenta utilizada em nosso estudo o que justifica, pelo menos em parte, as discordâncias entre os achados. Contudo, ao analisarmos os resultados a partir do escore-z do IMC, nossos achados aproximam-se ao encontrado por Warkentin et al.²⁷ que, ao investigar associações de comportamentos alimentares dos pais, fatores sociodemográficos e antropométricos, com escore-z do IMC/I de crianças brasileiras saudáveis, encontraram associação negativa entre o escore-z do IMC/I e a prática de orientação para uma alimentação saudável, o que foi atribuído a um fator de proteção para o desenvolvimento de obesidade na vida adulta. No entanto, vale lembrar que os estudos citados foram realizados em crianças saudáveis, diferentemente de nossa população-alvo que é composta por crianças hospitalizadas e que, por sua vez, possuem suas particularidades.

Apesar desta associação entre o escore de orientação para uma alimentação saudável e o risco nutricional não ter se mantido após correções múltiplas, observou-se que essa prática esteve significativamente associada com respostas de questões específicas da ferramenta de triagem de risco nutricional. O escore de orientação para uma alimentação saudável é maior naqueles pacientes cujos pais responderam “sim” para as perguntas sobre recomendação nutricional prévia, e perda ou pouco ganho de peso. Cabe ressaltar que os pacientes oncológicos compuseram aproximadamente ¼ de nossa amostra e estudos sobre as práticas parentais empregadas em pacientes especificamente com esse diagnóstico são mais prevalentes na literatura. Por isso, na sequência serão discutidos resultados de estudos realizados com essa população que corroboram alguns de nossos achados.

Em uma revisão sistemática, com o objetivo de descrever a ingestão alimentar de crianças durante o tratamento do câncer, a fim de explorar os determinantes que contribuem para os seus hábitos alimentares, Gagnon et al.²⁸ encontraram que de forma geral, a maior parte dos pais expressaram frustração, ansiedade ou preocupação com os padrões alimentares de seus filhos, o que os levou a modificar suas práticas alimentares a fim de minimizar efeitos adversos da doença. Também em um estudo qualitativo, pais entrevistados relataram frouxidão e, portanto, modificação em suas práticas alimentares desde o diagnóstico por acreditarem que isso ajudaria a eles e a seus filhos no enfrentamento de consultas e procedimentos médicos.²⁹ Essa maior preocupação dos pais pode justificar o maior escore de orientação para uma alimentação saudável observado em nosso estudo naqueles com intervenção nutricional prévia e baixo ganho de peso. Também, a modificação das práticas alimentares para minimizar os efeitos da doença foi algo observado em nossa amostra ao

encontrarmos menor pressão para comer naqueles casos em que a criança apresentou sintomas gastrointestinais, como diarreia e vômito, antes da internação.

Ademais, algo interessante sobre as modificações nas práticas alimentares parentais pode ser observado quando essas práticas são comparadas entre irmãos saudáveis. Existem diferenças associadas ao temperamento da criança, apetite e preocupações dos pais com o peso individual de seus filhos.³⁰ Resultados semelhantes também foram encontrados em uma revisão de escopo ao comparar o uso de incentivo para comer entre irmãos: os pais tendiam a usar mais incentivo para comer no filho com menos peso em relação ao irmão mais pesado, e o mesmo efeito também foi encontrado na prática de pressão para comer³¹, deixando claro que as práticas alimentares parentais podem sofrer alterações conforme características individuais da criança, peso e preocupação dos pais com uma criança específica. Em nosso estudo não avaliamos características individuais dos pacientes como temperamento, porém tais achados vão ao encontro de nossos resultados, reiterando a associação encontrada entre a perda e/ou pouco ganho de peso, a recomendação nutricional pré-existente e o uso da orientação para uma alimentação saudável empregada pelos pais.

Indo ao encontro disso, um estudo demonstrou que pais que consideram os hábitos alimentares saudáveis importantes na eficácia do tratamento do câncer em seus filhos, são os mesmos que oferecem mais rapidamente alimentos com maior valor nutricional.³² Oferecer alimentos saudáveis, incentivo positivo e explicar à criança por que ela precisava comer, foram práticas alimentares positivas evidenciadas em um estudo com pais de crianças em tratamento oncológico. Além disso, um pequeno número de pais referiu estar ativamente conscientes de não usar práticas alimentares negativas, como pressionar o filho a comer.³³ Também um estudo com crianças sobreviventes do câncer com o objetivo de avaliar o estado de peso, ingestão dietética e práticas alimentares parentais, mostrou que os pais pareciam ter uma alta responsabilidade em relação à ingestão alimentar de seus filhos e foram menos preocupados com o risco de seu filho estar acima do peso. Além disso, os pais eram mais propensos a monitorar e usar uma forma mais restritiva para controlar a ingestão alimentar do que pressionar seus filhos a comer.³⁴ Todavia, um estudo com crianças saudáveis evidenciou que os pais que demonstraram preocupação com o peso da crianças e/ou se perceberam como mais responsáveis pela alimentação dos seus filhos, utilizaram mais pressão para comer³⁵. Em nosso estudo não foi observado aumento da pressão para comer com o aumento do risco nutricional, no entanto nossas hipóteses iniciais consideravam essa possibilidade. Apesar de comparar as práticas alimentares parentais entre a população pediátrica hospitalizada e saudável não ter sido um de nossos objetivos, a comparação de nossos resultados com os

achados da literatura apontam para a existência de alterações nas práticas alimentares dos pais quando os filhos se encontram doentes, visto que a maioria dos nossos achados corroboram os resultados dos estudos com pacientes oncológicos, mas difere daqueles com crianças saudáveis.

No que diz respeito às dificuldades alimentares da infância, estas mostraram ser maiores nos pacientes classificados com alto risco nutricional. Além disso, tais dificuldades estiveram associadas à menor ingestão alimentar nos dias que antecederam a internação. Estudos apresentam variação na prevalência de dificuldades alimentares na população pediátrica: Rogers et al³⁶ mostraram que 14,5% de crianças canadenses saudáveis de um ano de idade apresentaram altas pontuações no questionário *Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCHFS)*, no qual o EBAI foi baseado. Já Brinksma et al³⁷ observaram que 31% das crianças menores de 8 anos em tratamento para câncer apresentaram dificuldades alimentares, prevalência próxima ao encontrado em nosso estudo. Menor faixa etária, mau comportamento alimentar pré-doença, aumento dos sintomas, baixo prazer com o alimento e baixa responsividade ao alimento, birra e demora ao comer, menor aceitação do alimento pela criança e estilo de alimentação exigente mostram-se associados a mais problemas alimentares.^{36,37} Logo, era esperado que os pacientes com maior risco nutricional em nosso estudo também apresentassem mais dificuldades alimentares.

Especificamente sobre o estilo de alimentação exigente ou seletividade alimentar, um estudo verificou que participantes sobreviventes do câncer apresentavam maior agitação e seletividade ao se alimentar, quando comparados às crianças saudáveis. Além disso, o grupo de sobreviventes apresentou relação inversa entre a seletividade alimentar e a idade do diagnóstico, onde crianças diagnosticadas em idade mais jovem tiveram pontuações mais altas em comer exigente.³⁸ Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo com sobreviventes de leucemia linfoblástica aguda na infância, no qual a seletividade alimentar/comer exigente foi associado à pior qualidade da dieta.³⁹ Também um estudo com sobreviventes de câncer infantil na China continental, mostrou que a maior parte dos participantes eram exigentes quanto à alimentação, e a maior seletividade alimentar esteve associada à menor qualidade de vida geral, física e psicossocial.⁴⁰ A seletividade alimentar, bem como as demais dificuldades alimentares, podem interferir diretamente na ingestão alimentar das crianças, o que justificaria nosso achado das dificuldades alimentares estarem associadas à menor ingestão alimentar nos dias anteriores à internação o que, por sua vez, pode agravar o estado nutricional, levando ao maior risco.

Os estudos citados endossam nossos achados a respeito da associação entre as dificuldades alimentares e o risco nutricional o que, por sua vez, ressalta a efetividade da ferramenta de triagem de risco nutricional StrongKids em capturar fatores que podem levar o paciente à desnutrição, dentre os quais nossos achados sugerem não estarem inclusos as práticas alimentares parentais.

Como limitações do nosso estudo, destacamos a realização da coleta de dados em meio a uma pandemia, o que causou redução na prevalência de pacientes com doenças respiratórias, que normalmente representam um número expressivo de internações na população pediátrica do Sul do Brasil. Também, a baixa prevalência de dificuldades alimentares moderadas e severas impossibilitaram que essas condições fossem avaliadas separadamente, no entanto análises com o escore T das dificuldades alimentares deixam claro que quanto maiores as dificuldades maiores as repercussões no risco nutricional. Como pontos fortes, destacamos o fato de que o estudo sobre as práticas alimentares parentais em pacientes pediátricos hospitalizados, bem como sua relação com o risco nutricional dos indivíduos é um tópico relativamente recente e pouco explorado. Até onde sabemos, este foi o primeiro estudo em nosso país a verificar tais associações em uma amostra proveniente de uma enfermaria pediátrica, e ainda acrescentar as dificuldades alimentares da infância neste contexto. Pesquisas futuras podem verificar as práticas alimentares dos pais frente a doenças específicas, e examinar se estas acabam por modificar-se devido a patologia, efeitos colaterais ou até mesmo características particulares da própria criança.

CONCLUSÃO

Em sua maioria, as práticas alimentares parentais não apresentaram associação com o risco nutricional de pacientes pediátricos hospitalizados, com exceção da prática de orientação para uma alimentação saudável que teve escores aumentados em determinados itens da ferramenta de triagem nutricional (intervenção nutricional prévia e baixo/pouco ganho de peso), o que pode ser justificado por uma alteração nas práticas alimentares parentais frente à situação de doença, estado nutricional e/ou características da criança. Já as dificuldades alimentares da infância mostraram estar relacionadas positivamente com o risco nutricional, mesmo controlando a associação pela condição clínica no momento da internação e pelo escore Z do IMC/I. Além disso, maiores escores nas dificuldades alimentares associaram-se ao relato de menor ingestão alimentar dos indivíduos nos dias que antecederam a internação que, por sua vez, também agrava o risco nutricional destes. Nossos achados também sugerem que a triagem de risco nutricional, quando realizada por meio da ferramenta

StrongKids, não tem seu resultado impactado pelas práticas alimentares parentais. Contudo, outros estudos podem ser realizados a fim de verificar a associação entre as práticas alimentares dos pais frente a determinadas doenças, e se essas podem sofrer influências conforme patologia, efeitos colaterais ou características particulares da própria criança.

REFERÊNCIAS

1. Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2015.
2. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics*. 2001 Jun;107(6):E88. doi: 10.1542/peds.107.6.e88. PMID: 11389286; PMCID: PMC1351272.
3. Mennella JA, Daniels LM, Reiter AR. Learning to like vegetables during breastfeeding: a randomized clinical trial of lactating mothers and infants. *Am J Clin Nutr*. 2017 Jul;106(1):67-76. doi: 10.3945/ajcn.116.143982. Epub 2017 May 17.
4. Forestell CA, Mennella JA. Early determinants of fruit and vegetable acceptance. *Pediatrics*. 2007 Dec;120(6):1247-54. doi: 10.1542/peds.2007-0858.
5. Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017 Apr 11.
6. Maranhão HS et al. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. *Rev Paul Pediatr*. [online] 2018; 36(1):45-51.
7. Berlin KS, et al. Assessing children's mealtime problems with the mealtime behavior questionnaire. *Child Health Care*. 2010; 39(2): 142-56.
8. Gomes DF, Gandolfo AS, Oliveira AC, Potenza ALS, Micelli CLO, Almeida CB, Matsuba CS, Prado CP, Verotti C, Oliveira FLC, Meneses JFS, Almeida LBM, Murra MS, Moretti MYRS, Silva MMDG, Zamberlan P, Feferbaum R, Benzecry SG, Piovacari SMF, Konstantyner T, Figueira VACR, Souza FIS. Campanha "Diga não à desnutrição Kids": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *Braspen J*. 2019; 34 (1): 3-23.

9. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22(4):415-21.
10. Pereira DS, da Silva VM, Luz GD, Silva FM, Dalle Molle R. Nutrition risk prevalence and screening tools' validity in pediatric patients: A systematic review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2023 Feb;47(2):184-206. doi: 10.1002/jpen.2462. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36336352.
11. Watterworth JC, Hutchinson JM, Buchholz AC, Darlington G, Randall Simpson JA, Ma DWL, Haines J; Guelph Family Health Study. Food parenting practices and their association with child nutrition risk status: comparing mothers and fathers. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2017 Jun.
12. Spill MK, Callahan EH, Shapiro MJ, Spahn JM, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, Birch L, Black MM, Cook JT, Faith MS, Mennella JA, Casavale KO. Caregiver feeding practices and child weight outcomes: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2019 Mar 1;109(Suppl_7):990S-1002S.
13. Pérez L, Vizcarra M, Hughes SO, Papaioannou MA. Food Parenting Practices and Feeding Styles and Their Relations with Weight Status in Children in Latin America and the Caribbean. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 11;19(4):2027.
14. Martinson IM, Yee KH. Parental involvement in restoring the health of a child with cancer in Hong Kong. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2003 Sep-Oct;20(5):233-44.
15. Fleming CA, Cohen J, Murphy A, Wakefield CE, Cohn RJ, Naumann FL. Parent feeding interactions and practices during childhood cancer treatment. A qualitative investigation. *Appetite*. 2015 Jun;89:219-25. doi: 10.1016/j.appet.2014.12.225. Epub 2015 Jan 7. PMID: 25576664.
16. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psychol*. 2007 Sep;32(8):960-72. doi: 10.1093/jpepsy/jsm037. Epub 2007 May 28. PMID: 17535817.

17. Mais LA, Warkentin S, Latorre Mdo R, Carnell S, Taddei JA. Validation of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire among Brazilian Families of School-Aged Children. *Front Nutr*. 2015 Nov 3;2:35.
18. Warkentin S, Mais LA, Latorre Mdo R, Carnell S, Taddei JA. Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire in parents of preschool children in Brazil. *BMC Public Health*. 2016 Jul 19;16:603.
19. Diniz, Patricia Barcellos; Fagundes, Simone Chaves; Ramsay, Maria. Adaptação transcultural e validação da Montreal Children's Hospital Feeding Scale para o português falado no Brasil. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, V. 39, E2019377, 2021.
20. Ramsay M, Marte IC, Porporino M, Zygmuntowicz C. The Montreal Children's Hospital feeding scale: a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Pediatric Child Health*. 2011 Mar; 16(3):147-51.
21. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KFM. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. *Clin Nutr [Internet]*. 2010;29(1):106–11.
22. Carvalho, Fernanda Christina de et al . Tradução e adaptação cultural da ferramenta Strongkids para triagem do risco de desnutrição em crianças hospitalizadas. *Rev. paul. pediatr*. São Paulo , v. 31, n. 2, p. 159-165, June 2013.
23. WHO Multicentre growth reference study group. WHO Child Growth Standards based on length / height , weight and age. *Acta Paediatr*. 2006;Suppl 450:76–85.
24. Walton K, Haycraft E, Jewell K, Breen A, Randall Simpson J, Haines J. The Family Mealtime Observation Study (FaMOS): Exploring the Role of Family Functioning in the Association between Mothers' and Fathers' Food Parenting Practices and Children's Nutrition Risk. *Nutrients*. 2019 Mar 15;11(3):630.

25. Watterworth JC, Hutchinson JM, Buchholz AC, Darlington G, Randall Simpson JA, Ma DWL, Haines J; Guelph Family Health Study. Food parenting practices and their association with child nutrition risk status: comparing mothers and fathers. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2017 Jun.
26. Randall Simpson, J., Keller, H., Rysdale, L., and Beyers, J. 2008. Nutrition Screening Tool for Every Preschooler (NutriSTEP®): validation and test-retest reliability of a parent-administered questionnaire assessing nutrition risk of preschoolers. *Eur. J. Clin. Nutr.* 62(6): 770–780.
27. Warkentin S, Mais LA, Latorre MDRDO, Carnell S, Taddei JAAC. Parents Matter: Associations of Parental BMI and Feeding Behaviors With Child BMI in Brazilian Preschool and School-Aged Children. *Front Nutr*. 2018 Aug 10;5:69.
28. Beaulieu-Gagnon S, Bélanger V, Marcil V. Food habits during treatment of childhood cancer: a critical review. *Nutr Res Rev*. 2019 Dec;32(2):265-281.
29. Williams LK, McCarthy MC. Parent perceptions of managing child behavioural side-effects of cancer treatment: a qualitative study. *Child Care Health Dev*. 2015 Jul;41(4):611-9. doi: 10.1111/cch.12188. Epub 2014 Aug 28. PMID: 25163511.
30. Larsen JK, Hermans RC, Sleddens EF, Engels RC, Fisher JO, Kremers SP. How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? *Appetite*. 2015 Jun;89:246-57.
31. Ayre SK, Harris HA, White MJ, Byrne RA. Food-related parenting practices and styles in households with sibling children: A scoping review. *Appetite*. 2022 Jul 1;174:106045.
32. Martinson IM, Yee KH. Parental involvement in restoring the health of a child with cancer in Hong Kong. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2003 Sep-Oct;20(5):233-44.
33. Fleming CA, Cohen J, Murphy A, Wakefield CE, Cohn RJ, Naumann FL. Parent feeding interactions and practices during childhood cancer treatment. A qualitative investigation.

Appetite. 2015 Jun;89:219-25. doi: 10.1016/j.appet.2014.12.225. Epub 2015 Jan 7. PMID: 25576664.

34. Cohen J, Wakefield CE, Fleming CA, Gawthorne R, Tapsell LC, Cohn RJ. Dietary intake after treatment in child cancer survivors. *Pediatr Blood Cancer*. 2012 May;58(5):752-7. doi: 10.1002/pbc.23280. Epub 2011 Aug 17. PMID: 21850679.

35. Mais LA, Warkentin S, Latorre MD, Carnell S, Taddei JA. Parental Feeding Practices among Brazilian School-Aged Children: Associations with Parent and Child Characteristics. *Front Nutr*. 2017 Mar 21;4:6.

36. Rogers S, Ramsay M, Blissett J. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: Relationships with parental report of child eating behaviours and observed feeding interactions. *Appetite*. 2018 Jun 1;125:201-209.

37. Brinksma A, Sulkers E, Ijpma I, Burgerhof JGM, Tissing WJE. Eating and feeding problems in children with cancer: Prevalence, related factors, and consequences. *Clin Nutr*. 2020 Oct;39(10):3072-3079. doi: 10.1016/j.clnu.2020.01.012. Epub 2020 Jan 31.

38. Fleming CAK, Murphy-Alford AJ, Cohen J, Fleming MR, Wakefield CE, Naumann F. Poor diet quality and adverse eating behaviors in young survivors of childhood cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2022 Jan;69(1):e29408.

39. Chardon ML, Pinto S, Slayton WB, Fisher RS, Janicke DM. Eating behaviors and dietary quality in childhood acute lymphoblastic leukemia survivors. *Pediatr Blood Cancer*. 2021 Apr;68(4):e28811.

40. Zheng J, Zhou X, Cai R, Yu R, Tang D, Liu K. Dietary behaviours, physical activity and quality of life among childhood cancer survivors in Mainland China: A cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021 Jan;30(1):e13342.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o papel importante da família na formação integral do indivíduo e, especificamente, nos hábitos alimentares, entender melhor como tal influência pode relacionar-se com o estado nutricional da criança torna-se imprescindível para que intervenções adequadas em saúde possam ser direcionadas a pais e cuidadores, com vistas à prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida. Ademais, é importante que tenhamos em mente que características fisiológicas e comportamentais podem influenciar o processo de alimentação da criança e, dentro deste cenário, estão as dificuldades alimentares da infância. Confundidas muitas vezes com teimosias, birras e mau comportamento, tais dificuldades podem agravar o risco nutricional infantil, levando até mesmo ao óbito. Além disso, as dificuldades alimentares aumentam o estresse e a tensão familiar em momentos de refeição, fazendo com que sentimentos de frustração e culpa caiam sobre os ombros dos pais.

Sendo assim, o presente trabalho teve como objetivo verificar a associação entre as práticas alimentares parentais e as dificuldades alimentares na infância com o risco nutricional em pacientes pediátricos de um hospital de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Até o momento, poucos estudos avaliaram ambos aspectos em pacientes pediátricos hospitalizados.

Nossos resultados, destacam que, apesar de importantes na formação de hábitos alimentares e de serem diariamente empregadas, as práticas alimentares parentais não se mostraram significativamente associadas ao risco nutricional em uma amostra de crianças admitidas em uma enfermaria pediátrica. Todavia, podem ser fortes aliadas no combate, tratamento e alívio de sintomas advindos de patologias crônicas, como câncer. Estudos com populações de especialidades pediátricas específicas podem ser realizados para elucidar essas relações e hipóteses levantadas.

No que se refere às dificuldades alimentares da infância e sua associação com o risco nutricional, tal resultado já era esperado, visto que o questionário foi desenvolvido para capturar alterações fisiológicas e comportamentais da criança, que podem estar associadas a um pior estado nutricional. Estudos que se concentrem em intervenções a longo prazo podem ajudar no empoderamento dos pais frente à situações de desgaste ocasionadas por tais dificuldades.

Nossos resultados também sugerem que a triagem de risco nutricional, quando realizada por meio da ferramenta StrongKids, não tem seu resultado impactado pelas práticas alimentares parentais. O fato de tais práticas não estarem relacionadas ao risco nutricional

aponta que, na prática clínica, não seria necessário adicionar perguntas sobre as mesmas durante o processo de triagem de risco nutricional.

Como implicação no âmbito da pesquisa, os resultados do presente estudo servem para aprofundar o conhecimento das práticas alimentares parentais, bem como para levantar questões para pesquisas futuras, a fim de que tais práticas sejam melhor compreendidas e manejadas pelos profissionais da saúde. Outros estudos podem ser conduzidos a fim de verificar a associação entre as práticas alimentares dos pais frente a determinadas doenças, e se essas podem sofrer influências conforme patologia, efeitos colaterais ou características particulares da própria criança.

Como implicação prática, tais resultados podem incentivar que intervenções precoces sejam realizadas em crianças com dificuldades alimentares, a fim de evitar o risco nutricional e possíveis complicações advindas deste.

7. APÊNDICE

7.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS - RESOLUÇÃO Nº196 - CNS)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E/OU RESPONSÁVEL

1. PARTICIPANTE: _____

2. RESPONSÁVEL: _____

O(A) Sr.(a) e seu filho(a) estão sendo convidados a participar do Projeto de Pesquisa “**Risco nutricional em pacientes pediátricos admitidos em um hospital de referência de Porto Alegre e associação com morbidade**”. Esta pesquisa objetiva avaliar o estado nutricional de pacientes pediátricos admitidos no Hospital Santo Antônio nas primeiras 48 horas após a internação e sua relação com indicadores de morbidade, além de desenvolver uma ferramenta de triagem de risco nutricional pediátrica brasileira e avaliar o desempenho da ferramenta integrativa proposta pela ASPEN em identificar desnutrição e predizer piores desfechos. Se o(a) Sr.(a) autorizar a participação de seu(sua) filho(a) na pesquisa vocês serão convidados a participar de: avaliação nutricional, que inclui medidas do corpo do seu(sua) filho(a), e questionamentos sobre a história clínica, a história/práticas alimentares e estado de saúde atual dele(a). Se aceitar participar da pesquisa, é importante que o(a) Sr.(a) esteja ciente que está autorizando a utilização dos dados da avaliação nutricional do seu(sua) filho(a) e demais dados obtidos durante a permanência no hospital. O tempo gasto para avaliação é cerca de 20 minutos, e essa avaliação faz parte da rotina na instituição.

A participação na pesquisa implica em risco mínimo para seu(sua) filho(a), sendo estes relacionados às medidas antropométricas que podem causar desconforto durante a aferição. O projeto trará benefícios indiretos para os participantes, pois ao avaliar o estado nutricional, associar com desfechos de morbidade e desenvolver uma ferramenta de triagem de risco nutricional pediátrica brasileira, estaremos contribuindo para o combate da desnutrição no ambiente hospitalar. O Sr.(a) e seu(sua) filho(a) poderão recusar-se a responder qualquer pergunta que possa lhes trazer constrangimento ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, mesmo após ter começado. Não haverá despesas pessoais para o Sr. (a) assim como também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

As informações produzidas nesta pesquisa serão utilizadas somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96). Todos os dados serão mantidos em lugar seguro, codificados, e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-los. A responsabilidade do estudo fica a cargo da pesquisadora Roberta Dalle Molle (professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição da UFCSPA). Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa o Sr.(a) poderá contatar a qualquer momento a Profa. Roberta Dalle Molle, pelo e-mail: roberta.molle@cesuca.edu.br, ou a pesquisadora executante Danielly Steffen Pereira, pelo e-mail: danielly.seffen@gmail.com. Caso tenha dúvidas, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Criança Santo Antônio, também estará à disposição no endereço Av. Independência, 155 – M1 - pela interinação de convênios do HCSA – Porto Alegre –RS, pelo e-mail: cephcsa@santacasa.org.br ou telefone (51) 3214-8997.

Eu, _____, discuti com o pesquisador(a) sobre a minha decisão em autorizar meu filho(a) a participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação do meu filho(a) é isenta de despesas e terá garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente na participação do meu filho (a) e sei que poderei retirar o consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).

Porto Alegre, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do pai/mãe ou representante

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador

7.2 TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE:

TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR
(OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS -
RESOLUÇÃO Nº196 - CNS)
**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E/OU
RESPONSÁVEL**

1. PARTICIPANTE: _____

2. RESPONSÁVEL: _____

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Estado nutricional de pacientes pediátricos admitidos em um hospital de referência de Porto Alegre e associação com morbidade”. Seus pais permitiram que você participasse. Queremos saber sobre o estado nutricional de crianças e adolescentes internados no Hospital Santo Antônio e sua relação com o tempo que você ficará internado e se você voltará ao hospital. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita aqui no Hospital Santo Antônio e a avaliação nutricional será realizada em até 48h depois da internação, 7 dias e 15 dias após a primeira avaliação. Para isso, a nutricionista irá fazer algumas medidas em você. Vamos ver seu peso, sua estatura, a circunferência de seu braço e quanto você tem de gordura no braço através de um instrumento que aperta um pouquinho o braço, esse instrumento se chama plicômetro. Além disso, vamos medir a força que você tem através de um instrumento que se chama dinamômetro. O uso desses instrumentos é considerado seguro, mas é possível ocorrer desconforto durante as medições. Mas também podem acontecer coisas boas, pois com os resultados desta pesquisa poderemos contribuir para melhorar a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados. Caso aconteça algo errado ou tenha alguma dúvida, você pode nos procurar pelo telefone (51) 3396-1006 da pesquisadora Roberta Dalle Molle.

Você não gastará e nem receberá dinheiro para participar desta pesquisa. Além disso, ninguém saberá que você está participando, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. As informações serão utilizadas somente para este estudo e ficarão guardadas por 5 (cinco) anos.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “Estado nutricional de pacientes pediátricos admitidos em um hospital de referencia de Porto

Alegre e associação com morbidade”. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de ____ de ____.

Assinatura do pai/mãe ou representante

Nome do(a) pesquisador(a)

Assinatura do(a) pesquisador(a)

8. ANEXOS

8.1 QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS ALIMENTARES ABRANGENTES (*Comprehensive Feeding Practices Questionnaire - CFPQ*) DE 2 A 5 ANOS:

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA
QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS ALIMENTARES ABRANGENTES (2 a 5 anos)
Projeto de pesquisa:
Risco nutricional em pacientes pediátricos admitidos em um hospital de referência de Porto Alegre e associação com morbidade

Número |__| |__| |__|

Data da coleta: __/__/21

1. Você estimula seu (sua) filho (a) a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?

() Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre

2. Eu estimulo meu (minha) filho (a) a experimentar novos alimentos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

3. Eu falo para meu (minha) filho (a) que alimentos saudáveis são saborosos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

4. Eu estimulo meu (minha) filho(a) a comer alimentos variados.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

5. A maioria dos alimentos que mantenho em casa é saudável.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

6. Em cada refeição servida em casa, uma variedade de alimentos saudáveis está disponível para meu (minha) filho (a).

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

7. Eu envolvo meu (minha) filho (a) no planejamento das refeições da família.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

8. Eu permito que meu (minha) filho (a) ajude na preparação das refeições da família.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

9. Eu incentivo meu (minha) filho (a) a participar nas compras dos alimentos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

10. Ao me alimentar de maneira saudável, eu dou exemplo de alimentação saudável.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

11. Eu tento comer alimentos saudáveis na frente do (a) meu (minha) filho (a), mesmo que estes não sejam os meus favoritos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

12. Eu tento mostrar entusiasmo sobre o consumo de alimentos saudáveis.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

13. Eu mostro ao (a) meu (minha) filho (a) o quanto eu gosto de consumir alimentos saudáveis.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

14. Eu converso com meu (minha) filho (a) sobre a importância de comer alimentos saudáveis.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

15. Eu converso com meu (minha) filho (a) sobre o valor nutricional dos alimentos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

16. Eu falo para meu (minha) filho (a) o que comer e o que não comer sem dar explicações. (R)*

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

17. Com que frequência você monitora os doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) que seu (sua) filho (a) come?

() Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre

18. Com que frequência você monitora os salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) que seu (sua) filho (a) come?

() Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre

19. Com que frequência você monitora os alimentos ricos em gordura que seu (sua) filho (a) come?

() Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre

20. Com que frequência você monitora as bebidas açucaradas (refrigerante, refresco em pó) que seu (sua) filho (a) bebe?

() Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre

21. Eu incentivo meu (minha) filho (a) a comer menos para que ele (a) não fique gordo (a).

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

22. Nas refeições, eu dou ao (a) meu (minha) filho (a) pequenas porções para controlar seu peso.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

Continuação...

23. Em uma refeição, se meu (minha) filho (a) come mais do que o normal, eu tento restringir sua alimentação na próxima refeição.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
24. Eu restrinjo os alimentos que meu (minha) filho (a) come que podem deixá-lo(a) gordo(a).
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
25. Existem certos alimentos que meu (minha) filho (a) não deve comer porque o (a) farão ficar gordo (a).
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
26. Eu não permito que meu (minha) filho (a) coma entre as refeições porque eu não quero que ele (a) fique gordo (a).
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
27. Frequentemente eu coloco meu (minha) filho (a) em uma dieta para controlar seu peso.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
28. Se eu não orientasse ou controlasse a alimentação do (a) meu (minha) filho (a), ele (a) comeria seus alimentos favoritos em excesso.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
29. Se eu não orientasse ou controlasse a alimentação do (a) meu (minha) filho (a), ele (a) comeria guloseimas em excesso.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
30. Eu tenho que me certificar de que meu (minha) filho (a) não coma seus alimentos favoritos em excesso.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
31. Eu tenho que me certificar de que meu (minha) filho (a) não coma doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) em excesso.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
32. Eu tenho que me certificar de que meu (minha) filho (a) não coma em excesso alimentos ricos em gordura.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
33. Quando seu (sua) filho(a) fica inquieto(a), a primeira coisa que você faz é dar a ele (a) algo para comer ou beber?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
34. Você dá algo para seu (sua) filho (a) comer ou beber caso ele (a) esteja entediado (a), mesmo que você ache que ele (a) não está com fome?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre

35. Você dá algo para seu (sua) filho (a) comer ou beber caso ele (a) esteja chateado (a), mesmo que você ache que ele (a) não está com fome?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
36. Como recompensa por um bom comportamento, eu ofereço doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) ao (a) meu (minha) filho (a).
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
37. Em resposta ao mau comportamento, eu restrinjo doces/sobremeses para meu (minha) filho (a).
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
38. Eu ofereço ao (a) meu (minha) filho (a) seu alimento favorito em troca de um bom comportamento.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
39. Meu (minha) filho (a) deve sempre comer toda a comida do seu prato.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
40. Se meu (minha) filho (a) diz "Não estou com fome", eu tento fazer com que ele (a) coma mesmo assim.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
41. Se meu (minha) filho (a) comer apenas uma pequena porção de comida, eu tento fazer com que ele (a) coma mais.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
42. Quando meu (minha) filho (a) diz que terminou de comer, eu tento fazer com que ele (a) coma mais (uma, duas, etc) colherada (s) de comida.
☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente

8.2 QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS ALIMENTARES ABRANGENTES (Comprehensive Feeding Practices Questionnaire - CFPQ) DE 5 A 9 ANOS:

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS ALIMENTARES ABRANGENTES (5 a 9 anos) Projeto de pesquisa: Risco nutricional em pacientes pediátricos admitidos em um hospital de referência de Porto Alegre e associação com morbidade
--

Número |__| |__| |__|

Data da coleta: __/__/21

1. Você estimula seu (sua) filho (a) a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis? ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
2. Eu estimulo meu (minha) filho (a) a experimentar novos alimentos. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
3. Eu falo para meu (minha) filho (a) que alimentos saudáveis são saborosos. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
4. Eu estimulo meu (minha) filho (a) a comer alimentos variados. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
5. A maioria dos alimentos que mantenho em casa é saudável. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
6. Em cada refeição servida em casa, uma variedade de alimentos saudáveis está disponível para meu (minha) filho (a). ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
7. Eu envolvo meu (minha) filho (a) no planejamento das refeições da família. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
8. Eu permito que meu (minha) filho (a) ajude na preparação das refeições da família. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
9. Eu incentivo meu (minha) filho (a) a participar nas compras dos alimentos. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
10. Ao me alimentar de maneira saudável, eu dou exemplo de alimentação saudável. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente

11. Eu tento comer alimentos saudáveis na frente do (a) meu (minha) filho (a), mesmo que estes não sejam os meus favoritos. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
12. Eu tento mostrar entusiasmo sobre o consumo de alimentos saudáveis. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
13. Eu mostro ao (a) meu (minha) filho (a) o quanto eu gosto de consumir alimentos saudáveis. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
14. Eu converso com meu (minha) filho (a) sobre a importância de comer alimentos saudáveis. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
15. Eu converso com meu (minha) filho (a) sobre o valor nutricional dos alimentos. ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
16. Eu mantenho muitos salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) na minha casa. (R)* ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
17. Eu mantenho muitos doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) na minha casa. (R)* ☐ Discordo totalmente ☐ Discordo parcialmente ☐ Não concordo e nem discordo ☐ Concordo parcialmente ☐ Concordo totalmente
18. Com que frequência você monitora os doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) que seu (sua) filho (a) come? ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
19. Com que frequência você monitora os salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) que seu (sua) filho (a) come? ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
20. Com que frequência você monitora os alimentos ricos em gordura que seu (sua) filho (a) come? ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre
21. Com que frequência você monitora as bebidas açucaradas (refrigerante, refresco em pó) que seu (sua) filho (a) bebe? ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre

Continuação...

22. Eu incentivo meu (minha) filho (a) a comer menos para que ele (a) não fique gordo (a). () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
23. Nas refeições, eu dou ao (a) meu (minha) filho (a) pequenas porções para controlar seu peso. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
24. Em uma refeição, se meu (minha) filho (a) come mais do que o normal, eu tento restringir sua alimentação na próxima refeição. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
25. Eu restrinjo os alimentos que meu (minha) filho (a) come que podem deixá-lo (a) gordo (a). () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
26. Existem certos alimentos que meu (minha) filho (a) não deve comer porque o (a) farão ficar gordo (a). () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
27. Eu não permito que meu (minha) filho (a) coma entre as refeições porque eu não quero que ele (a) fique gordo (a). () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
28. Frequentemente eu coloco meu (minha) filho (a) em uma dieta para controlar seu peso. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
29. Se eu não orientasse ou controlasse a alimentação do (a) meu (minha) filho (a), ele (a) comeria seus alimentos favoritos em excesso. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
30. Se eu não orientasse ou controlasse a alimentação do (a) meu (minha) filho (a), ele (a) comeria guloseimas em excesso. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
31. Eu tenho que me certificar de que meu (minha) filho (a) não coma seus alimentos favoritos em excesso. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
32. Eu tenho que me certificar de que meu (minha) filho (a) não coma doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) em excesso. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
33. Eu tenho que me certificar de que meu (minha) filho (a) não coma em excesso alimentos ricos em gordura. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

34. Quando seu (sua) filho (a) fica inquieto (a), a primeira coisa que você faz é dar a ele (a) algo para comer ou beber? () Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre
35. Você dá algo para seu (sua) filho (a) comer ou beber caso ele (a) esteja entediado (a), mesmo que você ache que ele (a) não está com fome? () Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre
36. Você dá algo para seu (sua) filho (a) comer ou beber caso ele (a) esteja chateado (a), mesmo que você ache que ele (a) não está com fome? () Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre
37. Como recompensa por um bom comportamento, eu ofereço doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) ao (a) meu (minha) filho (a). () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
38. Eu ofereço ao (a) meu (minha) filho (a) seu alimento favorito em troca de um bom comportamento. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
39. Meu (minha) filho (a) deve sempre comer toda a comida do seu prato. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
40. Se meu (minha) filho (a) diz "Não estou com fome", eu tento fazer com que ele (a) coma mesmo assim. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
41. Se meu (minha) filho (a) comer apenas uma pequena porção de comida, eu tento fazer com que ele (a) coma mais. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente
42. Quando meu (minha) filho (a) diz que terminou de comer, eu tento fazer com que ele (a) coma mais (uma, duas, etc) colherada (s) de comida. () Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

8.3 ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL - EBAI (Montreal Children's Hospital Feeding Scale - MCHFS):

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA
ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL (6 meses a 6 anos e 11 meses)
Projeto de pesquisa:
Risco nutricional em pacientes pediátricos admitidos em um hospital de referência de Porto Alegre e associação com morbidade

Número |__| |__| |__|

Data da coleta: __/__/21

Por favor, circule o número que corresponda a cada item. Observe que o significado dos números varia, não estando sempre na mesma ordem. Por favor, leia cada pergunta com atenção. Obrigada!

	1	2	3	4	5	6	7
1. O que você acha dos momentos de refeições com a sua criança? (R)*	Muito difícil						Fácil
2. Quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	1 Não estou preocupado	2	3	4	5	6	7 Estou muito preocupado
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem? (R)*	1 Nunca tem fome	2	3	4	5	6	7 Tem um bom apetite
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições? (R)*	1 No início da refeição	2	3	4	5	6	7 No fim da refeição
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?	1 1-10	2 11-20	3 21-30	4 31-40	5 41-50	6 51-60	7 >60 min
6. Como a sua criança se comporta durante a refeição?	1 Se comporta bem	2	3	4	5	6	7 Faz grande bagunça, faz birra, manha
7. A sua criança náusea, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Na maioria das vezes
8. A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir? (R)*	1 Na maioria das vezes	2	3	4	5	6	7 Nunca
9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma?	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Na maioria das vezes
10. Você precisa forçar a sua criança a comer ou beber? (R)*	1 Na maioria das vezes	2	3	4	5	6	7 Nunca
11. Como é a habilidade de mastigação (ou sucção) da sua criança?	1 Boa	2	3	4	5	6	7 Muito ruim
12. O que você acha do crescimento da sua criança? (R)*	1 Crescendo pouco	2	3	4	5	6	7 Crescendo bem
13. Como a alimentação da sua criança influencia a sua relação com ela? (R)*	1 De forma muito negativa	2	3	4	5	6	7 Não influencia nada
14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares?	1 Não influencia nada	2	3	4	5	6	7 De forma muito negativa

8.4 STRONGKIDS (*STRONGkids Nutritional Risk Screening Tool*):

SCREENING TOOL FOR RISK ON NUTRITIONAL STATUS AND GROWTH (STRONGKIDS)

(1 mês a 18 anos)

Preencher na admissão e uma vez por semana (crianças de 1 mês a 18 anos de idade) Quando a resposta for Sim, pontue:	
Doença de alto risco – (Quadro 1) – existe alguma doença de base que pode causar desnutrição ou cirurgia de grande porte prevista?	
Avaliação clínica subjetiva – o paciente apresenta estado nutricional prejudicado de acordo com a avaliação clínica subjetiva (massa muscular e/ou gordura subcutânea reduzidas e/ou face encovada)?	
Ingestão alimentar e perdas – apresenta alguns dos itens abaixo? • Diarreia (>5 vezes por dia) e/ou vômito (>3 vezes por dia) excessivos nos últimos dias? • Diminuição da ingestão alimentar durante os últimos dias antes da internação (não incluindo jejum para procedimento ou cirurgia eletivos)? • Recomendação de intervenção nutricional preexistente? • Incapacidade de ingestão alimentar adequada por causa de dor?	
Perda de peso ou pouco ganho de peso –houve perda de peso ou nenhum ganho de peso (em crianças < 1 ano) durante as últimas semanas/os últimos meses?	
Doença de alto risco (Quadro 1)	
Anorexia nervosa; queimaduras; displasia broncopulmonar (idade máxima de dois anos); doença celíaca; fibrose cística; dismaturidade/prematuridade (usar idade corrigida até o sexto mês); doença cardíaca crônica; doença infecciosa (Aids); doença inflamatória intestinal; câncer; doença hepática crônica; doença renal crônica; pancreatite; síndrome do intestino curto; doença muscular; doença metabólica; trauma; deficiência/ retardo mental; cirurgia de grande porte prevista; não especificada (classificada por um médico)	
Risco de desnutrição e necessidade de intervenção (Pontuação – Risco – Intervenção e acompanhamento)	
4–5 pontos – Alto risco – Consulte um médico e um nutricionista para fazer um diagnóstico completo, orientação nutricional individual e acompanhamento. Comece prescrevendo pequenas porções de alimento até o diagnóstico definitivo.	
1–3 pontos – Médio Risco – Consulte um médico para um diagnóstico completo, considere uma intervenção nutricional com um nutricionista. Verifique o peso duas vezes por semana e avalie o risco nutricional após uma semana.	
0 pontos – Baixo Risco – Não é necessária intervenção nutricional. Verifique o peso regularmente e avalie o risco nutricional toda semana (ou de acordo com o protocolo do hospital).	