

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Programa de Residências Integrada Multiprofissional em Saúde

Gabriela Pinto Mendes de Moraes

**Desfecho alimentar pediátrico no momento da alta hospitalar**  
Aspectos fonoaudiológicos

Porto Alegre  
2021

Gabriela Pinto Mendes de Moraes

**Desfecho alimentar pediátrico no momento da alta hospitalar**

Aspectos fonoaudiológicos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Lauren Medeiros Paniagua

Co-orientadora: Alana Verza Signorini

Porto Alegre

2021

## FICHA CATALOGRÁFICA

### CIP - Catalogação na Publicação

Moraes, Gabriela Pinto Mendes de  
Desfecho alimentar pediátrico no momento da alta  
hospitalar: aspectos fonoaudiológicos / Gabriela Pinto  
Mendes de Moraes. -- 2021.  
52 f.  
Orientadora: Lauren Medeiros Paniagua.

Coorientadora: Alana Verza Signorini.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência  
Multiprofissional em Saúde da Criança, Porto Alegre,  
BR-RS, 2021.

1. Fonoaudiologia. 2. Pediatria. 3. Alimentação  
alternativa. 4. Transtornos de deglutição. I.  
Paniagua, Lauren Medeiros, orient. II. Signorini,  
Alana Verza, coorient. III. Título.

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

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Gabriela Pinto Mendes de Moraes

### **Desfecho alimentar pediátrico no momento da alta hospitalar**

Aspectos fonoaudiológicos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Lauren Medeiros Paniagua

Co-orientadora: Alana Verza Signorini

**Aprovada em:** Porto Alegre, 4 de fevereiro de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

---

Fonoaudióloga Doutora Lauren Medeiros Paniagua  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

---

Fonoaudióloga Doutora Lisiane De Rosa Barbosa  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

---

Doutora Valentina Coutinho Baldoto Gava Chakr  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre



## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar os pacientes avaliados pela fonoaudiologia na internação pediátrica de um hospital terciário e seus desfechos alimentares. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo de delineamento transversal retrospectivo descritivo, realizado por análise de prontuários, com pacientes internados na unidade de internação pediátrica. Foram excluídos pacientes internados cujas consultorias não foram respondidas antes da alta, pacientes cuja avaliação não tenha sido completa, pacientes cuja participação em projetos tenha sido vetada pelos responsáveis e pacientes pediátricos internados em outras unidades do hospital. Para descrição das características utilizou-se a distribuição de frequências absolutas e relativas, mediana e faixa de distribuição. Para as associações entre as variáveis utilizou-se os testes qui-quadrado de Wald, exato de Fisher, McNemar, correção de continuidade e modelo de regressão Poisson com variação robusta, ( $p$ -valor $<0,05$ ). **Resultados:** Dos 386 pacientes da amostra, 56% eram do sexo masculino, 41,2% tiveram nascimento prematuro. A mediana de idade foi de 190 dias. Os grupos diagnósticos mais frequentes foram doenças do sistema respiratório (52,3%) e sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais, não classificados (37,8%). Com relação ao desfecho alimentar no momento da alta, 175 (45,3%) tiveram alta com via oral exclusiva. Houve associação estatisticamente significativa entre impressão diagnóstica de disfagia inicial e/ ou final com alguns dos grupos diagnósticos. **Conclusão:** Dentre os pacientes atendidos pelos fonoaudiólogos verificou-se maior frequência de doenças respiratórias e diagnóstico fonoaudiológico de disfagia orofaríngea. Na alta hospitalar, o desfecho alimentar com via oral exclusiva foi o mais frequente.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia; Pediatria; Alimentação alternativa; Transtornos de deglutição.

## ABSTRACT

**Purpose:** To describe the characteristics of the patients evaluated by speech therapist team in a tertiary hospital's pediatric unit and their feeding status outcome at discharge. **Methods:** This is a quantitative descriptive retrospective cross-sectional study. Data used for analysis were retrieved from electronic health records. **Exclusion criteria:** patients without a complete evaluation by the speech therapist, and patients hospitalized outside pediatrics unit. To verify the associations between variables, Wald Chi-Square Test, Fisher's Exact Test, McNemar Test, Continuity Correction and Poisson regression model were used, with a significance level of 0,05. **Results:** A total of 386 patients were included in the study: 56% were male, 41,2% were born preterm. The median age was 190 days. The most common diagnosis were: respiratory system diseases (52,3%) and symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (37,8%). Regarding the feeding status at hospital discharge, 175 (45,3%) were exclusively fed by mouth. Statistically significant association was observed between initial and final dysphagia diagnosis and some of medical groups of diagnoses. **Conclusion:** Respiratory diseases were the most common medical diagnosis among patients who received speech therapy intervention. Patients affected by endocrine, nutritional and metabolic diseases had a higher occurrence of food refusal. Most patients were discharged with an exclusive oral feeding.

**Keywords:** Speech, Language and Hearing Sciences; Pediatrics; Alternative Feeding; Deglutition Disorders.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>9</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
3.1 GERAL .....	11
3.1 GERAL .....	11
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
<b>5 RESULTADOS - ARTIGO.....</b>	<b>15</b>
<b>6 CONCLUSÃO MONOGRAFIA .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>43</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A fonoaudiologia hospitalar é uma área recente, em expansão, que atua com o indivíduo à beira leito, seja de maneira preventiva ou terapêutica, independente da sua etapa na vida (1). Dentre os públicos possíveis encontra-se a população pediátrica, cujas possibilidades de atuação são diversas. Nos últimos anos, com o avanço da medicina, bebês que anteriormente não possuíam um bom prognóstico estão sobrevivendo e vivendo com comorbidades (2). Apesar de o fonoaudiólogo intervir em alterações de fala, linguagem, audição e motricidade orofacial, no ambiente hospitalar o trabalho de reabilitação tem relação, mais frequentemente, com dificuldades de alimentação, aspectos cognitivos e da comunicação (3). Na área da pediatria, os distúrbios da alimentação ocorrem em crianças com desenvolvimento típico, mas com maior prevalência naquelas com alterações no desenvolvimento (4,5). Esses distúrbios podem ocorrer concomitantemente com dificuldades como recusa alimentar, alterações no comportamento no momento da refeição, seletividade alimentar e ganho de peso inadequado. Além disso, pode haver alterações específicas em uma ou mais fases da deglutição relacionadas à disfagia (2).

A avaliação clínica da disfagia infantil fornece informações sobre o processo da deglutição, funcionamento do processo no paciente, a existência de alterações nessa dinâmica, a necessidade de investigação com exames objetivos e a conduta a ser seguida (2). Com base no resultado da avaliação é possível verificar a prontidão para a alimentação via oral com segurança ou a ausência dessa. O fonoaudiólogo intervém nos distúrbios de deglutição na população pediátrica resultantes de condições clínicas temporárias ou permanentes, permitindo a habilitação ou recuperação da função da alimentação de maneira eficaz e segura (1,2); bem como no manejo da recusa alimentar, situação recorrente em crianças com múltiplas intervenções médicas (6).

A epidemiologia na saúde tem o importante papel de auxiliar o profissional e equipe multiprofissional a descrever, identificar e verificar possibilidades terapêuticas nos problemas de saúde. A aplicação de estudos epidemiológicos permite conhecer o perfil da população e as necessidades dela, influenciando na tomada de decisão e na elaboração de ferramentas que aperfeiçoem as avaliações e intervenções, sejam

elas preventivas ou terapêuticas (7). Sendo assim, o presente estudo propõe caracterizar os pacientes avaliados pela equipe de fonoaudiologia na internação pediátrica e seus respectivos desfechos alimentares no momento da alta hospitalar.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

No ambiente hospitalar há pacientes com condições clínicas agudas sem outras comorbidades associadas e pacientes crônicos, com diversas interações. O fonoaudiólogo, como parte de uma equipe multidisciplinar, é o profissional responsável pela avaliação das habilidades motoras-orais, prontidão e segurança alimentar de crianças hospitalizadas (8). Distúrbios de alimentação e deglutição tem origem em alterações estruturais e funcionais, tanto em crianças com desenvolvimento típico quanto naquelas com alteração no desenvolvimento (9). Na internação pediátrica encontra-se grande parte das crianças cujas categorias diagnósticas estão associadas com distúrbios de deglutição e alimentação, como desordens neurológicas, genéticas, doenças sistêmicas, anatômicas e estruturais, psicossocial e comportamental (10-14). Alterações anatômicas nas vias aéreas, como fissura lábio-palatina, atresia traqueoesofágica ou fístula, podem interferir na segurança da alimentação via oral. Além disso, o funcionamento adequado do processo de alimentação depende da estabilidade cardiorrespiratória, funcionamento neurológico, controle e estabilidade posturais, sistema gastrointestinal funcional, habilidades motora-orais, reflexos orofaríngeos, mecanismos de proteção de via aérea íntegros, entre outros (8,15).

O diagnóstico da disfagia é feito tanto pela avaliação clínica quanto por exames objetivos. Na avaliação clínica é feita a anamnese, na qual são coletadas informações sobre os antecedentes, histórico de alimentação, condições clínicas, exame estrutural e funcional, e quando o paciente tem condições, é realizada a avaliação direta da deglutição com alimentos em diversas consistências (8, 16). Em alguns casos, como na suspeita de aspiração silente, pode ser necessário realizar um exame complementar, como a videofluoroscopia, na qual são ofertados aos pacientes alimentos com contraste enquanto é realizado um raio-x dinâmico. Outra possibilidade de avaliação objetiva é a endoscopia da deglutição (FEES), na qual um laringoscópio, inserido através do nariz e posicionado na região retropalatal, permite a visualização do alimento corado antes e após a deglutição (8,16,17).

Após a realização das avaliações clínicas e/ou complementares é possível estabelecer uma impressão diagnóstica quanto à segurança da alimentação oral e, a partir disso, definir a conduta terapêutica. Esta tem por objetivo, além da segurança

durante a alimentação, a manutenção da nutrição e hidratação do paciente (18-19). A depender do caso pode haver liberação da via oral total, liberação da via oral com modificação de consistências e uso de manobras de controle. E, em casos onde a liberação de via oral não é segura, restrição da mesma com indicação de vias alternativas de alimentação e início da intervenção fonoaudiológica visando a adequação e segurança para liberação de forma gradativa (9). Em alguns casos, a via oral é mantida com adequação de consistências de acordo com os achados clínicos. Pacientes com dificuldade no controle oral podem beneficiar-se com consistência pastosa pouco espessa, enquanto aqueles com atraso no disparo do reflexo da deglutição poderão apresentar maior risco com alimentos líquidos devido à possibilidade de escape prematuro. Já pacientes com alterações mecânicas ou musculares, afetando a peristalse faríngea, podem apresentar maior dificuldade com alimentos sólidos, com presença de estases faríngeas, tendo melhor desempenho com alimentos líquidos (20). O fonoaudiólogo é o profissional habilitado a realizar a avaliação e a definição da segurança da alimentação via oral, bem como das consistências e manobras adequadas em cada caso.

Na literatura há diversos estudos caracterizando o perfil clínico-epidemiológico de pacientes hospitalizados, porém, com relação a estudos na área da fonoaudiologia na população pediátrica, são escassos aqueles que caracterizam a população atendida em hospitais. Outro estudo realizado na unidade neonatal de um hospital-escola, caracterizou-se a demanda e intervenção fonoaudiológica com coleta dos dados em prontuários de atendimentos realizados em 2 anos, sendo obtidas 205 avaliações/ intervenções fonoaudiológicas, das quais 104 foram incluídas na pesquisa. Deste valor 52,88% dos pacientes eram do sexo masculino, com distúrbio respiratório sendo a hipótese diagnóstica médica mais frequente, com 62,5% das crianças recebendo via oral e destes 25,96% com via oral exclusiva e 35,58% com via oral e sonda enteral. Os motivos de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica mais frequentes foram alteração no comportamento motor oral (35,58%), dificuldade no copo (21,15%) e avaliação de prontidão para via oral (21,5%) (21). Por fim, um estudo buscou a associação de marcadores clínicos e disfagia em 102 crianças sem alterações neurológicas com doenças respiratórias. Os achados indicaram que intubação orotraqueal, duração da intubação orotraqueal e dias de internação eram significantes em crianças com disfagia moderada-severa (22).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Caracterizar os pacientes avaliados pela equipe de fonoaudiologia na internação pediátrica e seus respectivos desfechos alimentares no momento da alta hospitalar.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- A. Verificar as características dos pacientes atendidos na internação pediátrica (sexo, idade gestacional, idade cronológica, diagnóstico médico).
- B. Verificar os diagnósticos e desfechos fonoaudiológicos na internação pediátrica.
- C. Identificar a via de alimentação pré e pós intervenções fonoaudiológicas.
- D. Verificar o número de realização de exames complementares (videofluoroscopia da deglutição, nasofibrolaringoscopia e raio-x contrastado de esôfago, estômago e duodeno).

## 4 MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo de delineamento transversal retrospectivo descritivo, realizado por meio da análise de prontuários de 415 pacientes internados na unidade de internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, acompanhados pela equipe de fonoaudiologia, com datas de solicitação de consultoria não consecutivas, entre março de 2016 e outubro de 2018.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade entre 0 a 17 anos e 11 meses de idade que foram acompanhados pela equipe de fonoaudiologia na unidade de internação pediátrica do HCPA, através de solicitação de consultoria pela equipe médica. Essa consultoria corresponde ao pedido de avaliação e acompanhamento do paciente internado. Os fonoaudiólogos na unidade de internação fazem parte da equipe assistencial como consultores da área. Essa é composta por duas fonoaudiólogas residentes (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança) e uma fonoaudióloga contratada.

Para organização e planejamento deste estudo foram estabelecidos alguns critérios de inclusão: encaminhamento para equipe de fonoaudiologia através da agenda de consultorias pediátricas, com atendimentos realizados por todas fonoaudiólogas da unidade. Foram excluídos nesta etapa do estudo pacientes internados cujas consultorias não foram respondidas em tempo hábil antes da alta, pacientes cuja avaliação não tenha sido completa, pacientes cuja participação em projetos tenha sido vetada pelos responsáveis com registro em prontuário e pacientes pediátricos internados em outras unidades do hospital.

Outro aspecto considerado na coleta de dados foi referente a pacientes com mais de uma internação na unidade. Para essa situação foi considerada a primeira internação na qual houve avaliação fonoaudiológica completa e impressão diagnóstica fonoaudiológica.

O período de tempo da pesquisa foi de 31 meses (março de 2016 a outubro de 2018).

Foram selecionadas para a descrição dos casos variáveis relacionadas à caracterização da amostra (sexo, idade na data de solicitação da primeira consultoria), variáveis clínicas (prematuridade, idade gestacional, presença de traqueostomia com realização anterior ou durante a internação, presença de

decanulação, presença de gastrostomia/jejunostomia, via de alimentação no momento da primeira avaliação e na alta hospitalar. Os dados fonoaudiológicos levados em consideração foram: identificação da avaliação com ou sem alimento, impressão diagnóstica inicial e final baseado no protocolo PAD-PED (23), cujo parecer levou em consideração até três avaliações efetivas. Acrescido das impressões diagnósticas do PAD-PED foi adicionada a presença de sinais sugestivos de recusa alimentar, quando a criança demonstrou sinais de que não queria se alimentar (virar o rosto, recusar-se a abrir a boca, não permitir introdução do utensílio na cavidade oral, náusea à oferta). Quanto aos exames complementares foram considerados os seguintes: videofluoroscopia da deglutição, nasofibrolaringoscopia, raio-x de esôfago, estômago e duodeno.

No que diz respeito ao diagnóstico médico levou-se em consideração o Código Internacional de Doenças (CID) (24) conforme o registro no sistema eletrônico de prontuários do hospital visando a padronização e análise das doenças de base. O CID é uma classificação internacional que tem como objetivo padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde. Ela é baseada na Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (24) e as doenças são catalogadas em capítulos e divididas em grupos.

Para prematuridade foi considerada idade gestacional menor que 37 semanas. A classificação da prematuridade foi determinada pela busca de informação no prontuário eletrônico. Preferencialmente, a idade gestacional foi coletada do registro dos dados perinatais para os pacientes nascidos no HCPA. Caso não fosse encontrada, esta informação foi obtida do registros de anamnese, de consultorias, ou de consultas ambulatoriais. Com relação aos exames complementares foram considerados exames realizados até 6 meses antes ou após a data de consultoria.

Os dados do presente estudo foram tabulados no programa Google Planilhas e exportados para o programa PASW Statistics for Windows, versão 18.0.

Para a descrição do perfil dos pacientes as variáveis foram apresentadas com distribuição de frequências. Para verificar as associações entre as variáveis foram aplicados o teste qui-quadrado de Wald, correção de continuidade, teste exato de Fisher e modelo de regressão Poisson com variação robusta, com nível de significância de 0,05.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde/GPPG/HCPA, através da Resolução Normativa 466/2012 sobre Utilização de Dados de Prontuários de Pacientes e de Base de Dados em Projetos de Pesquisa, para dados retrospectivos (ANEXO A), em 06 de fevereiro de 2020, com o parecer número 3.824.532. A assinatura do TCLE foi dispensada em virtude da realização da coleta de dados em prontuários.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows), versão 11.65. Para um nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% obteve-se um total mínimo de 385 pacientes. Foram incluídos todos os pacientes que tiveram consultorias solicitadas pela equipe médica para a equipe de fonoaudiologia responsável durante o período de tempo da pesquisa.



## 5 RESULTADOS

### Desfecho alimentar pediátrico no momento da alta hospitalar: aspectos fonoaudiológicos

#### *Pediatric nurture outcome at the hospital discharge: speech therapist's aspects*

#### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar os pacientes avaliados pela fonoaudiologia na internação pediátrica de um hospital terciário e seus desfechos alimentares. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo de delineamento transversal retrospectivo descritivo, realizado por análise de prontuários, com pacientes internados na unidade de internação pediátrica. Foram excluídos pacientes internados cujas consultorias não foram respondidas antes da alta, pacientes cuja avaliação não tenha sido completa, pacientes cuja participação em projetos tenha sido vetada pelos responsáveis e pacientes pediátricos internados em outras unidades do hospital. Para descrição das características utilizou-se a distribuição de frequências absolutas e relativas, mediana e faixa de distribuição. Para as associações entre as variáveis utilizou-se os testes qui-quadrado de Wald, exato de Fisher, McNemar, correção de continuidade e modelo de regressão Poisson com variação robusta, ( $p$ -valor $<0,05$ ). **Resultados:** Dos 386 pacientes da amostra, 56% eram do sexo masculino, 41,2% tiveram nascimento prematuro. A mediana de idade foi de 190 dias. Os grupos diagnósticos mais frequentes foram doenças do sistema respiratório (52,3%) e sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais, não classificados (37,8%). Com relação ao desfecho alimentar no momento da alta, 175 (45,3%) tiveram alta com via oral exclusiva. Houve associação estatisticamente significativa entre impressão diagnóstica de disfagia inicial e/ ou final com alguns dos grupos diagnósticos. **Conclusão:** Dentre os pacientes atendidos pelos fonoaudiólogos verificou-se maior frequência de doenças respiratórias e diagnóstico fonoaudiológico de disfagia orofaríngea. Na alta hospitalar, o desfecho alimentar com via oral exclusiva foi o mais frequente.

Descritores: Fonoaudiologia; Pediatria; Alimentação alternativa; Transtornos de deglutição

**Purpose:** To describe the characteristics of the patients evaluated by speech therapist team in a tertiary hospital's pediatric unit and their feeding status outcome at discharge. **Methods:** This is a quantitative descriptive retrospective cross-sectional study. Data used for analysis were retrieved from electronic health records. Exclusion criteria: patients without a complete evaluation by the speech therapist, and patients hospitalized outside pediatrics unit. To verify the associations between variables, Wald Chi-Square Test, Fisher's Exact Test, McNemar Test, Continuity Correction and Poisson regression model were used, with a significance level of 0,05. **Results:** A total of 386 patients were included in the study: 56% were male, 41,2% were born preterm. The median age was 190 days. The most common diagnosis were:

respiratory system diseases (52,3%) and symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (37,8%). Regarding the feeding status at hospital discharge, 175 (45,3%) were exclusively fed by mouth. Statistically significant association was observed between initial and final dysphagia diagnosis and some of medical groups of diagnoses. **Conclusion:** Respiratory diseases were the most common medical diagnosis among patients who received speech therapy intervention. Patients affected by endocrine, nutritional and metabolic diseases had a higher occurrence of food refusal. Most patients were discharged with an exclusive oral feeding.

Key words: Speech, Language and Hearing Sciences; Pediatrics; Alternative Feeding; Deglutition Disorders

## INTRODUÇÃO

A fonoaudiologia hospitalar é uma área recente, em expansão, que atua com o indivíduo à beira leito, seja de maneira preventiva ou terapêutica, independente da sua etapa na vida (1). Dentre os públicos possíveis encontra-se a população pediátrica, cujas possibilidades de atuação são diversas. Nos últimos anos, com o avanço da medicina, bebês que anteriormente não possuíam um bom prognóstico estão sobrevivendo e vivendo com comorbidades (2). Apesar de o fonoaudiólogo intervir em alterações de fala, linguagem, audição e motricidade orofacial, no ambiente hospitalar o trabalho de reabilitação tem relação, mais frequentemente, com dificuldades de alimentação, aspectos cognitivos e da comunicação (3). Na área da pediatria, os distúrbios da alimentação ocorrem em crianças com desenvolvimento típico, mas com maior prevalência naquelas com alterações no desenvolvimento (4,5). Esses distúrbios podem ocorrer concomitantemente com dificuldades como recusa alimentar, alterações no comportamento no momento da refeição, seletividade alimentar e ganho de peso inadequado. Além disso, pode haver alterações específicas em uma ou mais fases da deglutição relacionadas à disfagia (2).

A avaliação clínica da disfagia infantil fornece informações sobre o processo da deglutição, funcionamento do processo no paciente, a existência de alterações nessa dinâmica, a necessidade de investigação com exames objetivos e a conduta a ser seguida (2). Com base no resultado da avaliação é possível verificar a prontidão para a alimentação via oral com segurança ou a ausência dessa. O fonoaudiólogo intervém nos distúrbios de deglutição na população pediátrica resultantes de condições clínicas temporárias ou permanentes, permitindo a habilitação ou

recuperação da função da alimentação de maneira eficaz e segura (1,2); bem como no manejo da recusa alimentar, situação recorrente em crianças com múltiplas intervenções médicas (6).

No ambiente hospitalar há pacientes com condições clínicas agudas sem outras comorbidades associadas e pacientes crônicos, com diversas internações. O fonoaudiólogo, como parte de uma equipe multidisciplinar, é o profissional responsável pela avaliação das habilidades motoras-orais, prontidão e segurança alimentar de crianças hospitalizadas (8). Distúrbios de alimentação e deglutição tem origem em alterações estruturais e funcionais, tanto em crianças com desenvolvimento típico quanto naquelas com alteração no desenvolvimento (9). Na internação pediátrica encontra-se grande parte das crianças cujas categorias diagnósticas estão associadas com distúrbios de deglutição e alimentação, como distúrbios neurológicos, genéticos, doenças sistêmicas, anatômicas e estruturais, psicossocial e comportamental (10-14). Alterações anatômicas nas vias aéreas, como fissura lábio-palatina, atresia traqueoesofágica ou fístula, podem interferir na segurança da alimentação via oral. Além disso, o funcionamento adequado do processo de alimentação depende da estabilidade cardiorrespiratória, funcionamento neurológico, controle e estabilidade posturais, sistema gastrointestinal funcional, habilidades motora-orais, reflexos orofaríngeos, mecanismos de proteção de via aérea íntegros, entre outros (8,15).

A epidemiologia na saúde tem o importante papel de auxiliar o profissional e equipe multiprofissional a descrever, identificar e verificar possibilidades terapêuticas nos problemas de saúde. A aplicação de estudos epidemiológicos permite conhecer o perfil da população e as necessidades dela, influenciando na tomada de decisão e na elaboração de ferramentas que aperfeiçoem as avaliações e intervenções, sejam elas preventivas ou terapêuticas (7). Na literatura há diversos estudos caracterizando o perfil clínico- epidemiológico de pacientes hospitalizados, porém, com relação a estudos na área da fonoaudiologia na população pediátrica, são escassos aqueles que caracterizam a população atendida em hospitais. (21, 22). Sendo assim, o presente estudo propõe caracterizar os pacientes avaliados pela equipe de fonoaudiologia na internação pediátrica e seus respectivos desfechos alimentares no momento da alta hospitalar.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo de delineamento transversal retrospectivo descritivo, realizado por meio da análise de prontuários de 415 pacientes internados na unidade de internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, acompanhados pela equipe de fonoaudiologia, com datas de solicitação de consultoria não consecutivas, entre março de 2016 e outubro de 2018.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade entre 0 a 17 anos e 11 meses de idade que foram acompanhados pela equipe de fonoaudiologia na unidade de internação pediátrica do HCPA, através de solicitação de consultoria pela equipe médica. Essa consultoria corresponde ao pedido de avaliação e acompanhamento do paciente internado. Os fonoaudiólogos na unidade de internação fazem parte da equipe assistencial como consultores da área. Essa é composta por duas fonoaudiólogas residentes (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança) e fonoaudiólogas contratadas.

Para organização e planejamento deste estudo foram estabelecidos alguns critérios de inclusão: encaminhamento para equipe de fonoaudiologia através da agenda de consultorias pediátricas, com atendimentos realizados por todas fonoaudiólogas da unidade. Foram excluídos nesta etapa do estudo pacientes internados cujas consultorias não foram respondidas em tempo hábil antes da alta, pacientes cuja avaliação não tenha sido completa, pacientes cuja participação em projetos tenha sido vetada pelos responsáveis com registro em prontuário e pacientes pediátricos internados em outras unidades do hospital.

Outro aspecto considerado na coleta de dados foi referente a pacientes com mais de uma internação na unidade. Para essa situação foi considerada a primeira internação na qual houve avaliação fonoaudiológica completa e impressão diagnóstica fonoaudiológica.

O período de tempo da pesquisa foi de 31 meses (março de 2016 a outubro de 2018).

Foram selecionadas para a descrição dos casos variáveis relacionadas à caracterização da amostra (sexo, idade na data de solicitação da primeira consultoria), variáveis clínicas (prematuridade, idade gestacional, presença de traqueostomia com realização anterior ou durante a internação, presença de decanulação, presença de gastrostomia/jejunostomia, via de alimentação no

momento da primeira avaliação e na alta hospitalar. Os dados fonoaudiológicos levados em consideração foram: identificação da avaliação com ou sem alimento, impressão diagnóstica inicial e final baseado no protocolo PAD-PED (23), cujo parecer levou em consideração até três avaliações efetivas. Acrescido das impressões diagnósticas do PAD-PED foi adicionada a presença de sinais sugestivos de recusa alimentar. Quanto aos exames complementares foram considerados os seguintes: videofluoroscopia da deglutição, nasofibrolaringoscopia, raio-x de esôfago, estômago e duodeno.

No que diz respeito ao diagnóstico médico levou-se em consideração o Código Internacional de Doenças (CID) (24) conforme o registro no sistema eletrônico de prontuários do hospital visando a padronização e análise das doenças de base. O CID é uma classificação internacional que tem como objetivo padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde. Ela é baseada na Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (24) e as doenças são catalogadas em capítulos e divididas em grupos.

Para prematuridade foi considerada idade gestacional menor que 37 semanas. A classificação da prematuridade foi determinada pela busca de informação no prontuário eletrônico. Preferencialmente, a idade gestacional foi coletada do registro dos dados perinatais para os pacientes nascidos no HCPA. Caso não fosse encontrada, esta informação foi obtida do registros de anamnese, de consultorias, ou de consultas ambulatoriais. Com relação aos exames complementares foram considerados exames realizados até 6 meses antes ou após a data de consultoria.

Os dados do presente estudo foram tabulados no programa Google Planilhas e exportados para o programa PASW Statistics for Windows, versão 18.0.

Para a descrição do perfil dos pacientes as variáveis foram apresentadas com distribuição de frequências. Para verificar as associações entre as variáveis foram aplicados o teste qui-quadrado de Wald, correção de continuidade, teste exato de Fisher e modelo de regressão Poisson com variação robusta, com nível de significância de 0,05.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde/GPPG/HCPA, através da Resolução Normativa 466/2012 sobre Utilização de Dados de Prontuários de Pacientes e de Base de Dados em Projetos de Pesquisa, para dados retrospectivos (ANEXO A), em 06 de fevereiro de 2020, com o parecer

número 3.824.532. A assinatura do TCLE foi dispensada em virtude da realização da coleta de dados em prontuários.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa WinPEPI (Programs for Epidemiologists for Windows), versão 11.65. Para um nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% obteve-se um total mínimo de 385 pacientes. Foram incluídos todos os pacientes que tiveram consultorias solicitadas pela equipe médica para a equipe de fonoaudiologia responsável durante o período de tempo da pesquisa.

## **RESULTADOS**

No presente estudo foram coletadas informações sobre 415 pacientes. No entanto, vinte e nove foram excluídos, sendo quatorze por estarem internados em outras unidades, doze por não haver avaliação fonoaudiológica completa, dois pelo fato de a consultoria não ter sido respondida e 1 por haver registro no prontuário de que o responsável não autorizava a participação do paciente em quaisquer estudos. Desta forma, foram analisados registros de 386 pacientes acompanhados pela equipe de fonoaudiologia.

### **Caracterização da amostra**

Os dados da caracterização da amostra podem ser observados na Tabela 1. Quanto à idade gestacional (IG), para 44 pacientes (11,4%) não havia registro no prontuário de qualquer informação sobre o nascimento, como “nascimento a termo”. A idade cronológica mínima foi de 16 dias e a máxima de 16 anos.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra

Variáveis	n=386
<b>Sexo - n(%)</b>	
Masculino	216(56)
Feminino	169(43,7)
Anomalia da diferenciação sexual	1(0,3)
<b>Idade gestacional (semanas) - n(%)</b>	
<28	25(7,6)
<= 28 e <32	32(9,8)
<= 32 e <34	30(9,1)
<= 34 e <37	70(21,3)
>= 37	171(52,1)
Dado não encontrado	58(15)
<b>Prematuridade - n(%)</b>	
Sim	159(46,5)
Não	183(53,5)
Dado não encontrado	44(11,4)
<b>Idade cronológica (dias) - md (P25 - P75)</b>	<b>190(78-777,5)</b>
<b>CID - n(%)</b>	
Doenças do sistema respiratório	202(52,3)
Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais, não classificados	146(37,8)
Malformações, deformações e anormalidades cromossômicas congênitas	129(33,4)
Algumas afecções originadas no período perinatal	103(26,7)
Doenças do sistema digestório	89(23,1)
Doenças parasitárias e infecciosas	75(19,4)
Doenças do sistema nervoso	74(19,2)
Fatores influenciando condição de saúde e contato com serviços de saúde	74(19,2)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	49(12,7)
Outros	128(33,1)

Fonte: Dados da pesquisa

## Via de alimentação

Os dados referentes à via de alimentação prévia à avaliação fonoaudiológica e os desfechos alimentares no momento da alta estão na Tabela 2. Dos pacientes com via alternativa de alimentação, 31 (8%) já possuíam gastrostomia ou jejunostomia, enquanto que, no momento da alta hospitalar, 42 (10,9%) pacientes possuíam gastrostomia ou jejunostomia. Na avaliação para definição da impressão diagnóstica inicial, 319 (82,6%) pacientes foram avaliados com alimento e 67 (17,4%) sem alimento.

**Tabela 2.** Via de alimentação prévia e desfecho alimentar

Variáveis	Alimentação pré-avaliação		Desfecho alimentar	
	N	%	N	%
<b>Via de alimentação</b>				
NPO	-	-	1	0,3
VO exclusivo	133	34,5	175	45,3
VO + Enteral	47	12,2	41	10,6
VO + Parenteral	11	2,8	12	3,1
Enteral + Parenteral	16	4,1	4	1
Enteral exclusiva	170	44	133	34,5
Parenteral exclusiva	5	1,3	1	0,3
VO + Enteral + Parenteral	4	1	5	1,3
Enteral + Treino VO	-	-	14	3,6
	386	100	386	100

Legenda: NPO = nada por via oral; VO = via oral

### **Impressão diagnóstica fonoaudiológica**

Dos 386 pacientes, 322 (83,4%) possuíam impressão diagnóstica fonoaudiológica inicial de disfagia orofaríngea, 35 (9%) deglutição normal, 25 (6,5%) apresentaram impressão diagnóstica fonoaudiológica inicial inconclusiva e 4 (1%) com alteração de linguagem. Dentre os pacientes com disfagia orofaríngea, 110 (28,5%) apresentaram disfagia orofaríngea leve, 153 (39,6%) disfagia orofaríngea moderada a grave e 59 (15,3%) disfagia orofaríngea grave.

No momento da impressão diagnóstica fonoaudiológica final, 319 (82,6%) pacientes tiveram diagnóstico de disfagia orofaríngea, 48 (12,4%) deglutição normal, 15 (3,9%) apresentaram impressão diagnóstica fonoaudiológica final inconclusiva/sem impressão e 4 (1%) com alteração de linguagem. Dentre os pacientes com disfagia orofaríngea no momento da impressão diagnóstica final 121 (31,3%) apresentavam disfagia orofaríngea leve, 124 (32,1%) disfagia orofaríngea moderada a grave e 74 (19,2%) disfagia grave.

Com relação à presença de sinais de recusa, aversão ou seletividade alimentar no momento da primeira avaliação, 280 (72,5%) dos pacientes não possuíam sinais, enquanto 106 (27,5%) apresentaram algum sinal sugestivo. No momento do último atendimento, 292 (75,6%) não apresentavam sinais de recusa, aversão ou seletividade alimentar, e 94 (24,4%) apresentavam algum sinal sugestivo.

Do total de 386 pacientes, em 34 (8,8%) foi realizado procedimento de traqueostomia durante a internação em estudo, 11 (2,8%) já possuíam



traqueostomia no momento da internação e 4 (1%) já haviam sido decanulados. Do total de pacientes com realização de traqueostomia na internação em estudo, 25 (73,5%) tiveram alta com desfecho alimentar enteral, 3 (8,8%) desfecho com via oral, 2 (5,9%) com via oral e enteral, e 1 (2,9%) tiveram desfecho com alimentação parenteral ou enteral e parenteral ou com NPO. Dos pacientes traqueostomizados em internação anterior, 6 (54,5%) tiveram alta com via enteral, 3 (27,3%) com enteral mais treino de via oral e 2 (18,2%) com VO exclusiva. Dentre os pacientes decanulados, 2 (50%) tiveram alta com VO e 2 (50%) com via enteral.

### **Exames complementares**

Para 212 pacientes (54,9%), não foram realizados exames complementares. Em 76 (19,7%) foi realizada nasofibrolaringoscopia (NFL), para 46 (11,9%) realizou-se videofluoroscopia da deglutição (VFL), em 15 (3,9%) realizou-se raio-x de esôfago, estômago e duodeno (REED). Para 14 (3,6%) pacientes foi necessária a realização de VFL e NFL, para 11 (2,6%) NFL + REED, para 7 (1,8%) VFL + NFL + REED e para 6 (1,6%) VFL + REED.

Na análise estatística houve significância ( $p=0,013$ ; teste de McNemar) no cruzamento do grupo de pacientes sem disfagia e com disfagia no momento inicial e final. Houve um total de 39 (10,9%) pacientes com impressão inicial de ausência de disfagia, sendo que ao final esse número subiu para 50 (13,9%). Já 320 (89,1%) pacientes apresentavam algum grau de disfagia na impressão diagnóstica inicial, sendo que ao final esse número teve uma queda para 309 (86,1%).

### **Análises estatísticas**

Na Tabela 3 estão descritos os achados referentes ao cruzamento dos diagnósticos médicos (CID) e a impressão diagnóstica fonoaudiológica inicial e final de disfagia.

**Tabela 3.** CID x Disfagia inicial (n válido = 357) e final (n válido = 367)

CID	Disfagia inicial					Disfagia final						
	Sim(%)	Não	p-valor*	p-valor PR	RC	IC (95%)	Sim(%)	Não	p-valor	p-valor PR	RC	IC (95%)
	n	n					n	n				
Doenças parasitárias e infecciosas	67(18,8)	290	0,329				68(18,5)	299	0,674			
Neoplasias	17(4,8)	340	0,798				18(4,9)	349	0,361			
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e distúrbios envolvendo o sistema imune	4(1,1)	353	0,519				5(1,4)	362	0,708			
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	45(12,6)	312	0,765				46(12,5)	321	0,413			
Doenças mentais e comportamentais	8(2,2)	349	0,000	<b>0,002</b>	1,076	1,028-1,127	8(2,2)	359	0,000	<b>0,001</b>	1,112	1,047-1,181
Doenças do sistema nervoso	68(19)	289	0,002	<b>0,005</b>	1,088	1,028-1,153	69(18,8)	298	0,009	<b>0,008</b>	1,106	1,026-1,192
Doenças do olho e anexos	4(1,1)	353	0,000	0,459	1,035	0,945-1,135	4(1,1)	363	0,000	<b>0,012</b>	1,097	1,021-1,179
Doenças do ouvido e do processo mastóide	9(2,5)	348	0,397				10(2,7)	357	0,593			
Doenças do sistema circulatório	8(2,2)	349	0,358				9(2,5)	358	0,848			
Doenças do sistema respiratório	181(50,7)	176	0,422				187(51)	180	0,633			
Doenças do sistema digestório	78(21,8)	279	0,583				81(22,1)	286	0,881			
Doenças de pele e tecido subcutâneo	13(3,6)	344	0,281				16(4,4)	351	0,563			
Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo	6(1,7)	351	0,000	<b>0,011</b>	1,071	1,016-1,130	6(1,6)	351	0,000	<b>0,009</b>	1,097	1,023-1,175
Doenças do sistema genitourinário	20(5,6)	337	0,263				20(5,4)	347	0,441			
Algumas afeições originadas no período perinatal	93(26)	264	0,352				96(26,1)	271	0,022	<b>0,018</b>	1,095	1,016-1,180
Malformações, deformações e anormalidades cromossômicas congênicas	115(32,2)	242	0,360				119(32,4)	248	0,210			
Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais, não classificados	133(37,2)	224	0,728				140(38,1)	227	0,597			
Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas	12(3,4)	345	0,000	<b>0,006</b>	1,067	1,019-1,117	12(3,3)	355	0,539			
Causas externas de morbidade e mortalidade	8(2,2)	349	0,000	<b>0,000</b>	1,102	1,050-1,157	8(2,2)	359	0,000	<b>0,000</b>	1,129	1,076-1,184
Fatores influenciando condição de saúde e contato com serviços de saúde	64(17,9)	293	0,897				67(18,2)	300	0,204			

\*Qui-quadrado de Wald

Legenda: PR= após aplicação do Modelo de regressão Poisson com variação robusta; RC = Razão de Chances;

IC = Intervalo de Confiança

Os resultados da análise entre os diagnósticos médicos (CID) e os desfechos alimentares no momento da alta estão na Tabela 4. Não houve significância entre diagnóstico médico (CID) e desfecho alimentar com alimentação via enteral e treino de via oral conjuntas.

Pacientes que apresentavam CID de "Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas" apresentaram 41,8% (RC=1,418) a mais de chance de desfecho enteral, enquanto aqueles com "Doenças do sistema nervoso" apresentaram 37,5%

(RC=1,375) a mais de chance de apresentar esse mesmo desfecho, assim como pacientes com CID de "Malformações, deformações e anormalidades cromossômicas congênitas" apresentaram 58,9% (RC=1,589) a mais de chances de apresentar desfecho com via de alimentação enteral. Com relação ao desfecho com via oral, pacientes com "Doenças do sistema nervoso" e "Malformações, deformações e anormalidades cromossômicas congênitas" apresentaram razão de chances menor que 1 (RC=0,69 e RC=0,687), mostrando menor chance de alta com via oral.

Tabela 4. CID x Desfechos alimentares

CID	N(%)	Desfecho enteral				Desfecho VO					
		Sim	Não	p-valor	p-valor PR	RC	Sim	Não	p-valor	p-valor PR	RC
		n	n				n	n			
Doenças parasitárias e infecciosas	75(19,4)	45	30	<b>0,990*</b>			41	34	<b>0,296*</b>		
Neoplasias	19(4,9)	12	7	<b>0,383*</b>			11	8	<b>0,993*</b>		
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e desordens envolvendo o sistema imune	5(1,3)	2	3	<b>0,681**</b>			3	2	<b>1,000**</b>		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	49(12,7)	33	16	<b>0,020*</b>	<b>0,003</b>	<b>1,418</b>	28	21	<b>0,706*</b>		
Doenças mentais e comportamentais	9(2,3)	3	6	<b>0,331**</b>			7	2	<b>0,492**</b>		
Doenças do sistema nervoso	74(19,2)	46	28	<b>0,040*</b>	<b>0,004</b>	<b>1,375</b>	34	40	<b>0,006*</b>	<b>0,005</b>	<b>0,69</b>
Doenças do olho e anexos	4(1)	2	2	<b>1,000**</b>			3	1	<b>1,000**</b>		
Doenças do ouvido e do processo mastóide	13(3,4)	7	6	<b>1,000*</b>			8	5	<b>1,000*</b>		
Doenças do sistema circulatório	10(2,6)	6	4	<b>0,751**</b>			5	5	<b>0,524**</b>		
Doenças do sistema respiratório	202(52,3)	98	104	<b>0,407*</b>			126	76	<b>0,525*</b>		
Doenças do sistema digestório	89(23,1)	55	34	<b>0,024*</b>	0,889	1,016	47	42	<b>0,110*</b>		
Doenças de pele e tecido subcutâneo	17(4,4)	8	9	<b>0,948*</b>			13	4	0,265*		
Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo	6(1,6)	3	3	<b>1,000**</b>			4	2	1,000**		
Doenças do sistema genitourinário	21(5,4)	13	8	<b>0,410*</b>			13	8	1,000*		
Certas condições originadas no período perinatal	103(26,7)	57	46	<b>0,334*</b>			54	49	0,061*		
Malformações, deformações e anormalidades cromossômicas congênitas	129(33,4)	86	43	<b>0,000*</b>	<b>0,000</b>	<b>1,589</b>	60	69	<b>0,000*</b>	<b>0,000</b>	<b>0,687</b>
Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais, não classificados	146(37,8)	73	73	<b>0,894*</b>			90	56	0,831*		
Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas	14(3,6)	7	7	<b>1,000*</b>			7	7	0,582*		
Causas externas de morbidade e mortalidade	10(2,6)	9	1	<b>0,020**</b>	0,098	1,311	2	8	<b>0,016**</b>	0,13	0,399
Fatores influenciando condição de saúde e contato com serviços de saúde	74(19,2)	44	30	<b>0,125*</b>			37	37	0,051*		

\*Correção de Continuidade;

\*\*Teste Exato de Fisher

Legenda: PR = após aplicação do Modelo de regressão Poisson com variação robusta; RC = Razão de Chances

Tabela 5. CID x Recusa Alimentar inicial e final (n válido=386); CID x PMT (n válido=342)

CID	N(%)	Recusa alimentar inicial				Recusa alimentar final				Prematuridade				
		n	n	p-valor	p-valor PR	n	n	p-valor	p-valor PR	n	n	p-valor	p-valor PR	
														Sim
Doenças parasitárias e infecciosas	75(19,4)	27	48	0,089*	27	48	0,014*	0,069	64(18,7)	29	35	0,944*		
Neoplasias	19(4,9)	7	12	0,499*	7	12	0,270**		17(5)	10	7	0,426*		
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e desordens envolvendo o sistema imune	5(1,3)	3	2	0,130**	2	3	0,599**		4(1,2)	1	3	0,627**		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	49(12,7)	25	24	0,000*	0,000	23	26	0,000*	0,001	36(10,5)	14	22	0,429*	
Doenças mentais e comportamentais	9(2,3)	1	8	0,454**		1	8	0,694**		8(2,3)	5	3	0,480**	
Doenças do sistema nervoso	74(19,2)	17	57	0,414*		13	61	0,173*		63(18,4)	27	36	0,617*	
Doenças do olho e anexos	4(1)	1	3	1,000**		1	3	1,000**		4(1,2)	3	1	0,341**	
Doenças do ouvido e do processo mastóide	13(3,4)	5	8	0,356**		5	8	0,320**		12(3,5)	5	7	0,963*	
Doenças do sistema circulatório	10(2,6)	3	7	1,000**		1	9	0,462**		10(2,9)	3	7	0,349**	
Doenças do sistema respiratório	202(52,3)	55	147	1,000*		49	153	1,000*		176(51,5)	81	95	0,944*	
Doenças do sistema digestório	89(23,1)	35	54	0,006*	0,236	33	56	0,002*	0,128	83(24,3)	39	44	1,000*	
Doenças de pele e tecido subcutâneo	17(4,4)	8	9	0,091**		8	9	0,039**	0,244	15(4,4)	7	8	1,000*	
Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo	6(1,6)	2	4	0,668**		3	3	0,158**		5(1,5)	4	1	0,188**	
Doenças do sistema genitourinário	21(5,4)	6	15	1,000*		8	13	0,212*		15(4,4)	9	7	0,586*	
Algumas afecções originadas no período perinatal	103(26,7)	30	73	0,754*		24	79	0,876*		102(29,8)	72	30	0,000*	0,000
Malformações, deformações e anormalidades cromossômicas congênitas	129(33,4)	46	83	0,015*	0,062	40	89	0,042*	0,124	126(36,8)	72	54	0,004*	0,012
Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais, não classificados	146(37,8)	40	106	1,000*		37	109	0,817*		127(37,1)	53	74	0,214*	
Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas	14(3,6)	5	9	0,543**		6	8	0,115**		10(2,9)	4	6	0,756**	
Causas externas de morbidade e mortalidade	10(2,6)	2	8	0,734**		1	9	0,462**		9(2,6)	4	5	1,000**	
Fatores influenciando condição de saúde e contato com serviços de saúde	74(19,2)	29	45	0,018*	0,119	22	52	0,295*		64(18,7)	39	25	0,015*	0,155

\*Correção de Continuidade;

\*\*Teste Exato de Fisher

Legenda: PR= após aplicação do Modelo de regressão Poisson com variação robusta

Quando realizada a análise entre a presença do CID com desfecho de gastrostomia houve associação com “Doenças parasitárias e infecciosas” ( $p=0,027$ ), com “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” ( $p=0,011$ ), “Doenças do ouvido e do processo mastóide” ( $p=0,042$ ), “Doenças do sistema respiratório” ( $p=0,033$ ), “Doenças do sistema digestório” ( $p=0,000$ ), “Doenças de pele e tecido subcutâneo” ( $p=0,028$ ), “Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas” ( $p=0,011$ ) e “Fatores influenciando condição de saúde e contato com serviços de saúde” ( $p=0,000$ ). Ao realizar a análise com o modelo de regressão Poisson com variância robusta, somente os CID’s de “Doenças do sistema digestório” ( $p=0,024$ ) e “Fatores influenciando condição de saúde e contato com serviços de saúde” ( $p=0,000$ ) mantiveram a significância. Pacientes com “Doenças do sistema digestório” tiveram 108% mais probabilidade de desfecho com GTT.

Os achados referentes ao cruzamento entre diagnósticos médicos (CID) e presença de sinais de recusa alimentar inicial e final, e entre diagnósticos médicos e prematuridade estão na Tabela 5. A presença do CID referente a “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” aumentou em 100,7% (RC - razão de

chances=2,007) a chance de apresentação de recusa alimentar inicial e em 93,4% a chance de recusa alimentar final (RC=1,934).

## DISCUSSÃO

O presente estudo buscou caracterizar os pacientes avaliados pela fonoaudiologia na internação pediátrica de um hospital terciário e seus desfechos alimentares. Dentre os 386 indivíduos, 202 (52,3%) possuíam histórico de diagnóstico de doenças do sistema respiratório. Quando analisada a idade gestacional (IG), pouco mais da metade (52,1%) apresentou nascimento a termo (maior ou igual a 37 semanas). Deve-se levar em conta que desses, 70 (21,3%) encontravam-se na faixa compreendida entre IG igual ou maior que 34 semanas e menor que 37, chamados de pré-termos tardios, 30 (9,1%) na faixa de IG igual ou maior que 32 semanas e menor que 34, chamados de pré-termos moderados, 32 (9,8%) na faixa de IG igual ou maior que 28 semanas e menor que 32 semanas, chamados muito pré-termos e 25 (7,6%) na faixa de IG abaixo de 28 semanas, os pré-termos extremos. Quando considerados os prontuários cuja informação de idade gestacional não estava presente, mas havia disponível a informação de nascimento a termo, foram analisados os dados de 342 prontuários. Dessa forma, o número de crianças com nascimento prematuro ficou em 159 (46,5%) e o de nascidos a termo em 183 (53,5%). Esse dado mostra-se relevante, uma vez que o nascimento prematuro pode estar associado com alterações respiratórias, dificuldades na alimentação, paralisia cerebral, atrasos no desenvolvimento, alterações visuais e alterações auditivas (25).

Com relação à via de alimentação prévia ao atendimento fonoaudiológico, 191 pacientes (49,4%) não estavam com via oral liberada, enquanto 133 (34,5%) estavam com via oral exclusiva. Dentre os pacientes com via oral exclusiva, 38 (28,6%) tiveram diagnóstico fonoaudiológico inicial de disfagia orofaríngea moderada a grave e 5 (3,8%) de disfagia grave. De acordo com o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED) (23), pacientes com o grau moderado a grave necessitam de restrição de consistência e/ou via alternativa de alimentação complementar. Ainda de acordo com o PAD-PED, aqueles com disfagia grave estariam impossibilitados de receber alimentação via oral pelo alto risco presumido de aspiração (23). Isso demonstra a importância do diagnóstico fonoaudiológico em

crianças com potencial de complicações aspirativas, uma vez que a detecção de crianças em risco contribui para que ações preventivas sejam colocadas em prática.

No momento da alta hospitalar, o número de pacientes sem via oral diminuiu de 191 (49,5%) para 139 (36%). Aqueles com via oral exclusiva tiveram um aumento de 133 (34,5%) para 175 (45,3%). Já o número de pacientes com via alternativa exclusiva de alimentação no momento da alta totalizou 138 (35,8%). Esses resultados podem ter relação tanto com a melhora clínica do paciente quanto com o trabalho dos fonoaudiólogos.

A correlação entre alguns diagnósticos médicos com o desfecho alimentar enteral deve ser levada em conta apesar da ausência de significância estatística. Dentre os pacientes com "Doenças do sistema respiratório", 98 (48,5%) apresentaram desfecho com via de alimentação enteral. Nos pacientes com "Doenças do sistema digestório", 55 (61,8%) tiveram alta hospitalar com via de alimentação enteral, e aqueles do grupo de "Certas condições originadas no período perinatal", 57 (55,3%) tiveram desfecho enteral. Esses dados possuem relevância clínica, uma vez que suportam a prática clínica ao prover conhecimentos que possibilitam o planejamento de intervenções preventivas (26). Com base nesses resultados, os pacientes com essas condições demandam maior atenção da equipe de fonoaudiologia com objetivo de reabilitar a deglutição visando à alta hospitalar com via oral plena. Além disso, o número elevado de pacientes com desfecho enteral poderia ser justificado pela gravidade das condições clínicas e pelo curto período de tempo disponível, durante a internação, para restabelecimento da via oral, havendo necessidade de acompanhamento ambulatorial para progressão da mesma.

Quanto à impressão inicial e final de disfagia, foi possível observar que houve mudança nos diagnósticos fonoaudiológicos: enquanto 3 (0,8%) pacientes não apresentavam disfagia inicialmente e tiveram algum grau de disfagia ao final, 14 (3,9%) pacientes que previamente possuíam algum grau de disfagia já não apresentavam ao final. A ausência de disfagia inicial e a presença ao final poderia explicada pelo fato de ao longo da internação os pacientes serem submetidos a diversas intervenções. Já o contrário, quando houve mudança de diagnóstico de disfagia inicial mas não final pode ser devido à própria melhora clínica global.

Os achados referentes à associação dos diagnósticos médicos de "Doenças mentais e comportamentais", "Doenças do sistema nervoso" e "Doenças do sistema

músculo-esquelético e tecido conjuntivo” com a presença de disfagia corroboram com outros estudos (6,16,27,28). O CID referente a “Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas” foi relacionado à disfagia inicial. Uma possível explicação seria o fato de esse grupo abranger as lesões traumáticas, as quais, a depender do sítio, podem afetar os mecanismos envolvidos na deglutição. Da mesma forma, o CID referente a “Causas externas de morbidade e mortalidade”, que inclui acidentes, foi relacionado à disfagia final.

Outro achado foi a presença de disfagia final em pacientes com “Doenças do olho e anexos”. Apesar de haver uma síndrome chamada Distrofia Muscular Oculofaríngea, a qual apresenta disfagia como uma das manifestações clínicas, essa faz parte do CID de “Doenças do sistema nervoso” (29). Esse achado poderia ser explicado por um registro equivocado no sistema eletrônico, porém no atual estudo não foi feito o detalhamento para verificar esse possível viés. A presença de disfagia final também foi associada com “Certas condições originadas no período perinatal”, corroborando com outros estudos (16,30).

Pacientes com sinais sugestivos de recusa alimentar na avaliação fonoaudiológica inicial compuseram 106 (27,5%), enquanto na avaliação final foram 94 (24,4%). Somente o grupo das “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” teve associação significativa com presença de sinais sugestivos de recusa alimentar. Em um estudo que buscou avaliar o perfil de crianças com distúrbios da alimentação foi observado que crianças com doenças cardiorrespiratórias tiveram maior probabilidade de apresentar recusa alimentar e dificuldade de ganho de peso (6), enquanto aquelas com doenças metabólicas tiveram menor probabilidade. A divergência dos resultados pode ser explicada pelo perfil da amostra de cada estudo. Enquanto no estudo citado a amostra foi composta por crianças atendidas em uma clínica voltada ao atendimento de questões alimentares, a amostra do presente estudo foi composta por pacientes internados em um hospital terciário.

Por fim, os resultados referentes à realização dos exames complementares demonstraram que a realização de nasofibrolaringoscopia é mais frequente, o que pode ser explicado pelo perfil da população atendida, composta em sua maioria por pacientes com doenças do sistema respiratório, bem como pela ausência de exposição à radiação. Ainda assim, há casos em que é necessário realizar exames para complementar a avaliação clínica possibilitando uma conduta mais precisa.

Como limitações do estudo pode citar-se o fato de o mesmo ser retrospectivo e a impossibilidade da realização de query devido ao plano de contingência em virtude da pandemia do Covid-19, de forma que dados que em outro momento poderiam ter sido obtidos de maneira automática tiveram que ser coletados manualmente. Além disso, com a variada gama de informações coletadas, outras análises estatísticas poderiam ter sido feitas, as quais ficam como sugestão para futuros trabalhos. Deve ser considerado o fato de haver baixa frequência de diagnósticos de traumas e cardiopatias na amostra, uma vez que o hospital no qual realizou-se o estudo não é referência para esse perfil de pacientes, os quais costumam requerer acompanhamento fonoaudiológico. Também deve ser levado em conta a possibilidade de ter ocorrido preenchimento incompleto dos CIDs, prejudicando a análise de associações. Como pontos fortes destaca-se o número amostral atingido, permitindo uma análise mais próxima à realidade.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo viabilizou a caracterização dos pacientes pediátricos atendidos pela equipe de fonoaudiologia, permitindo verificar os grupos de diagnósticos que são encaminhados com maior frequência para atendimento. Dentre os pacientes atendidos pelos fonoaudiólogos verificou-se uma maior frequência de doenças respiratórias e diagnóstico fonoaudiológico de disfagia orofaríngea. Na alta hospitalar, o desfecho alimentar com via oral exclusiva foi o mais frequente.

Houve diferença significativa entre a presença inicial e final de disfagia, com queda desse diagnóstico ao final. Também foi possível estabelecer algumas evidências estatísticas significativas de associações entre alguns grupos de diagnósticos médicos e a presença de impressão diagnóstica de disfagia inicial e final, entre grupos diagnósticos médicos e alguns desfechos alimentares, inclusive com a presença de sinais sugestivos de recusa alimentar. Além disso, alguns achados cuja significância estatística não foi expressiva podem contribuir para a prática clínica devido a sua relevância clínica.

Por fim, faz-se necessário a continuidade de pesquisas que façam um panorama dos desfechos alimentares dos pacientes após a alta hospitalar, uma vez que a necessidade de vias complementares de alimentação está presente em cerca



de metade dos casos no momento da alta, o que acarreta na indispensabilidade do seguimento pós alta visando o desmame da via alternativa.

## 6 CONCLUSÃO

O presente possibilitou a caracterização da população pediátrica atendida pela equipe de fonoaudiologia na unidade de internação pediátrica através das análises descritiva e estatística. Com essas informações foi possível apresentar um panorama das características dos pacientes e seu desfecho alimentar no momento da alta, cumprindo o objetivo geral, bem como os objetivos específicos.

Dentre os pacientes atendidos pelos fonoaudiólogos verificou-se uma maior frequência de doenças respiratórias e diagnóstico fonoaudiológico de disfagia orofaríngea. Na alta hospitalar o desfecho alimentar com via oral exclusiva foi o mais frequente.

Estudos como o presente permitem a caracterização da população atendida por determinada categoria profissional, contribuindo para o entendimento da necessidade da presença do profissional em determinados setores, promovendo a inclusão da categoria nas políticas de saúde (31), tencionando cumprir o objetivo geral da Residência Multiprofissional em Saúde ao considerar as necessidades em saúde da população.

## REFERÊNCIAS

1. Leite ICG, Simões AG, Clemente MCK, Martins LS, Bittar SA, Bittar CL. Fonoaudiologia Hospitalar. 2003;6.
2. Bühler KEB, Almeida FCF. Avaliação Clínica da Disfagia Orofaríngea Infantil à Beira de Leito. In: Tratado das especialidades em Fonoaudiologia. 1<sup>o</sup> ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 39–45.
3. Silva DLR e, Lira FOQ, Oliveira JCC de, Canuto MSB. Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de Alagoas. Rev CEFAC. fevereiro de 2016;18(1):174–83.
4. Lefton-Greif MA. Pediatric Dysphagia. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. novembro de 2008;19(4):837–51.
5. Morris N, Knight RM, Bruni T, Sayers L, Drayton A. Feeding Disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. julho de 2017;26(3):571–86.
6. Jung JS, Chang HJ, Kwon J-Y. Overall Profile of a Pediatric Multidisciplinary Feeding Clinic. Ann Rehabil Med. 2016;40(4):692.
7. Santana M da CCP de, Goulart BNG de, Chiari BM. Caracterização das puérperas assistidas pela fonoaudiologia de uma maternidade escola. Pró-Fono R Atual Cient. setembro de 2010;22(3):293–8.
8. Duffy KL. Dysphagia in Children. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. março de 2018;48(3):71–3.
9. Durvasula VSPB, O'Neill AC, Richter GT. Oropharyngeal Dysphagia in Children. Otolaryngologic Clinics of North America. outubro de 2014;47(5):691–720.
10. Arvedson JC, Lefton-Greif MA. Overview of Diagnosis and Treatment. In: Pediatric swallowing and feeding: assessment and management. 3<sup>o</sup> ed San Diego: Plural Publishing; 2020; p. 1-10.
11. Arvedson JC. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties. Eur J Clin Nutr. dezembro de 2013;67(S2):S9–12.
12. Bae SO, Lee GP, Seo HG, Oh B-M, Han TR. Clinical Characteristics Associated With Aspiration or Penetration in Children With Swallowing Problem. Ann Rehabil Med. 2014;38(6):734.
13. Martinez CC, Tonon T, Nalin T, Refosco LF, de Souza CFM, Schwartz IVD.

- Feeding Difficulties and Orofacial Myofunctional Disorder in Patients with Hepatic Glycogen Storage Diseases. In: Morava E, Baumgartner M, Patterson M, Rahman S, Zschocke J, Peters V, organizadores. JIMD Reports, Volume 45 [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2018 [citado 10 de fevereiro de 2021]. p. 21–7. (JIMD Reports; vol. 45). Disponível em: [http://link.springer.com/10.1007/8904\\_2018\\_131](http://link.springer.com/10.1007/8904_2018_131)
14. Jackson A, Maybee J, Wolter- Warmerdam K, DeBoer E, Hickey F. Associations between age, respiratory comorbidities, and dysphagia in infants with down syndrome. *Pediatr Pulmonol.* novembro de 2019;54(11):1853–9.
  15. Wallis C, Ryan M. Assessing the Role of Aspiration in Pediatric Lung Disease. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology.* setembro de 2012;25(3):132–42.
  16. ASHA. Practice Portal. Pediatric Dysphagia. Disponível em: <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia/>. Acesso em 3 de dezembro de 2020.
  17. Arvedson J, Rogers B, Buck G, Smart P, Msall M. Silent aspiration prominent in children with dysphagia. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* janeiro de 1994;28(2–3):173–81.
  18. Van Den Engel-Hoek L, Harding C, Van Gerven M, Cockerill H. Pediatric feeding and swallowing rehabilitation: An overview. *PRM.* 28 de junho de 2017;10(2):95–105.
  19. Bühler KEB, Flabiano-Almeida FC. Contribuição da Avaliação Fonoaudiológica para o Delineamento da Intervenção na Disfagia Pediátrica. In: *Disfagia Infantil.* 1º ed Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2018. p. 73–84.
  20. Furkim AM, Santini C Regina QS. *Disfagias Orofaríngeas.* 2º ed. Vol. 2. Barueri: Pró-Fono; 2008. 238 p.
  21. Monti MMF, Botega MBS, Lima MCMP, Kubota SMP. Demanda para intervenção fonoaudiológica em uma unidade neonatal de um hospital-escola. *Rev CEFAC.* dezembro de 2013;15(6):1540–51.
  22. Sassi FC, Bühler KCB, Juste FS, Almeida FCF, Befi-Lopes DM, de Andrade CRF. Dysphagia and associated clinical markers in neurologically intact children with respiratory disease. *Pediatr Pulmonol.* abril de 2018;53(4):517–25.
  23. Flabiano-Almeida FC, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo para avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Andrade CRF de, Limongi SCO,

- organizadores. Pró-Fono; 2014.
24. WHO. International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/X> . Acesso em 4 de fevereiro de 2021.
  25. CDC. Reproductive Health. Preterm Birth. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm> . Acesso em 3 de dezembro de 2020.
  26. Galvao MCB, Ricarte ILM, Grad RM, Pluye P. The Clinical Relevance of Information Index (CRII): assessing the relevance of health information to the clinical practice. *Health Info Libr J*. junho de 2013;30(2):110–20.
  27. Mamyrova G, Katz JD, Jones RV, Targoff IN, Lachenbruch PA, Jones OY, et al. Clinical and Laboratory Features Distinguishing Juvenile Polymyositis and Muscular Dystrophy: Features Distinguishing Juvenile Polymyositis and Dystrophies. *Arthritis & Rheumatism*. dezembro de 2013;65(12):1969–75.
  28. Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN. Oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy: Oral phase impairments. *Research in Developmental Disabilities*. dezembro de 2014;35(12):3469–81.
  29. OMIM: Online Mendelian Inheritance in Man. MIM Number: 164300:10/10/2016 (date last edited). Disponível em: <https://omim.org/> . Acesso em 3 de dezembro de 2021.
  30. Da Costa MA, Krüger E, Kritzinger A, Graham MA. Prevalence and associated prenatal and perinatal risk factors for oropharyngeal dysphagia in high-risk neonates in a South African hospital. *South African Journal of Communication Disorders* [Internet]. 21 de novembro de 2019 [citado 10 de fevereiro de 2021];66(1). Disponível em: <http://www.sajcd.org.za/index.php/SAJCD/article/view/637>
  31. Brisolla SN. Indicadores para apoio à tomada de decisão. *Ci Inf*. 1998;27(2):nd-nd.

**ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DE USO DE DADOS**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação  
**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE  
DADOS**

**2017-0446/Atuação fonoaudiológica na internação pediátrica e unidade de terapia  
intensiva pediátrica de um hospital-escola**

O pesquisador do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 10 de Janeiro de 2020



Assinado digitalmente por:  
**GABRIELA PINTO MENDES DE  
MORAIS**  
COLABORADOR  
10/01/2020 08:08:25

https://www.cnpj.gov.br/assinado-digitalmente-por-gabriela-pinto-mendes-de-moraes-colaborador-10012020-080825

Impresso do sistema AGHUse-Pesquisa por LAUREN MEDEIROS PANIAGUA em 10/01/2020

**ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITE DE ÉTICA**

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL ç  
HCPA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS****Título da Pesquisa:**

Atuação fonoaudiológica na internação pediátrica ehospital-escola

**Pesquisador:** Paniagua

Lauren Medeiros

**Área****DA**

unidade de terapia intensiva pediátrica de um

**EMENDA****Temática:****Versão 4**

:

**CAAE:** 00.5327

65675617.7.00

**Instituição Proponente:**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.824.532

**Apresentação do Projeto:**

A Fonoaudiologia Hospitalar é a área da Fonoaudiologia que atua com o paciente no leito de forma precoce, preventiva e intensiva, e tem como objetivo impedir ou diminuir as sequelas nas formas de comunicação e funções estomatognáticas que a patologia-base possa deixar. No ambiente hospitalar, a fonoaudiologia está relacionada às dificuldades no processo de alimentação oral, dentre elas a disfagia. A atuação fonoaudiológica junto a pacientes disfágicos tem como objetivos a identificação da disfagia e prevenção de complicações clínicas advindas da mesma por meio da elaboração de programas de reabilitação para reestabelecer o funcionamento adequado e segurança do processo da deglutição. Objetivo: Descrever a atuação fonoaudiológica na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital escola. Método: A pesquisa a ser realizada é um projeto de pesquisa “guarda-chuva”, no qual serão derivadas pesquisas que contemplem os diferentes objetivos citados. Será quantitativa, de delineamento na forma de coorte retrospectiva. A população será composta por indivíduos com idade entre 0 a 17 anos e 11 meses de idade que foram acompanhados pela equipe de fonoaudiologia na unidade de internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serão incluídos todos os pacientes que tiveram consultorias solicitadas pela equipe médica para a equipe de fonoaudiologia responsável. As informações sobre perfil do paciente e acompanhamento

Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229	
<b>Endereço:</b>	Santa Cecília
<b>Bairro: CEP:</b>	90.035-903
<b>UF: RS Município:</b> PORTO ALEGRE	
<b>Telefone:</b>	<b>Fax:</b> (51)3359-7640
(51)3359-7640 <b>E-mail:</b> cep@hcpa.edu.br	

Página 01 de 05

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL ¿  
HCPA**

Continuação do Parecer: 3.824.532

fonoaudiológico serão obtidas através dos prontuários dos pacientes, disponível no sistema eletrônico do HCPA. A avaliação fonoaudiológica e coleta de dados serão realizadas através do protocolo PAD-PED e um protocolo provisório de risco para disfagia elaborado pela equipe de fonoaudiologia responsável. Logo após, será elaborado um banco com os dados obtidos no programa Microsoft Excel. Será realizada a análise descritiva de dados e resultados através das variáveis inclusas no banco.



**Hipótese:**

A prevalência de pacientes com comprometimentos no sistema respiratório atendidos pela fonoaudiologia aumentou.

**Objetivo da Pesquisa:****OBJETIVOS****GERAL**

Descrever a atuação fonoaudiológica na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital-escola.

**ESPECÍFICOS**

A. Verificar perfil dos pacientes atendidos na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica (diagnóstico médico, faixa etária e sexo).

B. Verificar os motivos de solicitação de consultoria para fonoaudiologia na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica.

C. Verificar o número de atendimentos (avaliação até a alta) fonoaudiológicos por paciente na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica.

D. Verificar o número de encaminhamentos de pacientes para videofluoroscopia e resultados do exame na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica.

E. Verificar os diagnósticos e desfechos fonoaudiológicos na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica.

F. Identificar os procedimentos fonoaudiológicos de pacientes atendidos na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica.

G. Descrever o matriciamento interno e externo dos pacientes atendidos na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica.

Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

**Endereço:**

Santa Cecília

**Bairro: CEP:**

90.035-903

**UF: RS Município: PORTO ALEGRE**

**Fax: (51)3359-7640**

**Telefone:**

(51)3359-7640 **E-mail: cep@hcpa.edu.br**

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL ¿  
HCPA**

Continuação do Parecer: 3.824.532

H. Identificar as características dos pacientes atendidos por meio de consultoria para a fonoaudiologia na internação pediátrica, tempo de internação, recorrência de internações, critérios de risco associados à disfagia, via de alimentação pré e pós intervenções fonoaudiológicas.

I. Quantificar o tempo em horas de resposta desde a solicitação da consultoria até o primeiro atendimento. J. Verificar o número de encaminhamento para realização de exames complementares como nasoendoscopia da deglutição e resultado do exame.

K. Identificar os meses do ano com maior número de solicitações de consultoria.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não altera a previsão de riscos e benefícios anteriormente realizada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda 2 com a seguinte justificativa:

solicitar prorrogação do projeto de Pesquisa "Atuação fonoaudiológica na internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital-escola". A prorrogação do projeto justifica-se, pois estaremos caracterizando com mais detalhamento e identificando o perfil de paciente, bem como a atuação fonoaudiológica na internação pediátrica desde o ingresso da fonoaudiologia no âmbito assistencial até o presente momento. Acreditamos que com a análise mais ampliada da atuação fonoaudiológica será possível identificarmos as técnicas terapêuticas mediante o perfil e as necessidades inerentes da população pediátrica. Foram adicionadas novas variáveis para complementação do banco de dados, tais como: tempo de internação; recorrência de internação; critérios de risco para disfagia associados; via de alimentação pré e pós intervenções fonoaudiológicas; mês de solicitação da consultoria; tempo de resposta entre a solicitação e avaliação clínica inicial.

Mediante aceite de prorrogação do projeto será iniciada a coleta dos dados referentes às novas variáveis.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados.

**Recomendações:**

No caso de solicitação de 'queries', estas deverão observar as variáveis prevista na versão de

Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229	
<b>Endereço:</b>	Santa Cecília
<b>Bairro: CEP:</b>	90.035-903
<b>UF: RS Município: PORTO ALEGRE</b>	
<b>Telefone:</b>	<b>Fax:</b> (51)3359-7640
(51)3359-7640	<b>E-mail:</b> cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL ;  
HCPA

Continuação do Parecer: 3.824.532

projeto aprovada por esta emenda.

Um relatório deverá ser submetido diretamente no sistema AGHUSe Pesquisa para a adequada prorrogação do projeto naquele sistema.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não apresenta pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Emenda a aprovada.

Nova versão de projeto de 10/01/2020 aprovada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1496611_E2.pdf	23/01/2020 18:23:34		Aceito
Outros	Justificativa_emenda.docx	23/01/2020 18:22:47	GABRIELA PINTO MENDES DE MORAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCR_09012020_V4.pdf	10/01/2020 12:33:36	GABRIELA PINTO MENDES DE MORAES	Aceito
Outros	Delegacao_funcoes_10012020.pdf	10/01/2020 12:30:04	GABRIELA PINTO MENDES DE MORAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_10012020.pdf	10/01/2020 12:29:01	GABRIELA PINTO MENDES DE MORAES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto10012020.pdf	10/01/2020 12:27:52	GABRIELA PINTO MENDES DE MORAES	Aceito
Orçamento	Orcamento_2020.pdf	09/01/2020 17:34:40	Lauren Medeiros Paniagua	Aceito
Cronograma	Cronograma_2020.pdf	09/01/2020 17:33:21	Lauren Medeiros Paniagua	Aceito
Cronograma	cronograma01062018.doc	01/06/2018 07:48:40	Lauren Medeiros Paniagua	Aceito
Outros	formulariodelegacaodefuncoes.pdf	13/03/2017 17:06:33	Mariana Pombo Bofill	Aceito
TCLE / Termos de	termodecompromissoHCPA.pdf	04/02/2017	Mariana Pombo	Aceito

Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

**Endereço:**

Santa Cecília

**Bairro: CEP:**

90.035-903

**UF: RS Município:** PORTO ALEGRE  
**Fax:** (51)3359-7640  
**Telefone:**  
 (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Página 04 de 05

**UFRGS - HOSPITAL DE  
 CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
 DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
 DO RIO GRANDE DO SUL ;  
 HCPA**

Continuação do Parecer: 3.824.532

Assentimento / Justificativa de Ausência	termodecompromissoHCPA.pdf	11:39:54	Bofill	Aceito
--	----------------------------	----------	--------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 06 de Fevereiro de 2020

**Assinado por:  
 Têmis Maria Félix  
 (Coordenador(a))**

Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
**Endereço:**  
 Santa Cecília  
**Bairro: CEP:** 90.035-903  
**UF: RS Município:** PORTO ALEGRE  
**Fax:** (51)3359-7640  
**Telefone:**  
 (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Página 05 de 05

## ANEXO C – PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA PEDIÁTRICA (PAD-PED)



EDITORES CIENTÍFICOS: CLAUDIA REGINA FURQUIM DE ANDRADE; SUELLY CECILIA OLIVAN LIMONGI.

NÚMERO 1

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA PEDIÁTRICA (PAD-PED)  
FÁBIOLA CUSTÓDIO FLABIANO-ALMEIDA; KARINA ELENA BERNARDIS BÜHLER; SUELLY CECILIA OLIVAN LIMONGI.

### ANAMNESE

Data da avaliação:
Responsável:

#### 1) Identificação.

Nome:	
Data de Nascimento (DN):	Idade:
Peso atual:	
Nome da mãe:	

#### 2) Internação Hospitalar.

Tempo de internação:
Diagnósticos de internação:
Queixas relativas à deglutição:
Medicações atuais:

#### 3) Antecedentes.

Internações prévias/motivos:
Intercorrências pré-natais:
Intercorrências perinatais:
Idade gestacional:
IOT:
Problemas cardíacos:
Problemas respiratórios:

#### 4) Histórico Alimentar.

Posição:
Duração:
Via alternativa de alimentação:
Consistências introduzidas:
Quantidade:
Utensílios utilizados:
Intercorrências durante a alimentação:
Estado nutricional:
Alergias alimentares ou intolerância:



AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA PEDIÁTRICA (PAD-PED)

Data da avaliação:
Nome:

**1) Condições Clínicas.**

Via de alimentação: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> VO
Respiração: <input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> suporte respiratório <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> oxitenda <input type="checkbox"/> venturi ___ % <input type="checkbox"/> nebulização <input type="checkbox"/> catéter O <sub>2</sub> ___ l/minuto

**2) Sinais Vitais Prévios à Oferta.**

FC ___ bpm (Referência: < 2 anos: 80 a 160; entre 2 e 10 anos: 70 a 120; > 10 anos: 60 a 100)
FR ___ rpm (Referência: < 1 ano: 30 a 40; entre 1 e 10 anos: 20 a 30; > 10 anos: 18 a 20)
SpO <sub>2</sub> ___ % (Referência: > 95%)
Observação:

**3) Exame Estrutural e Funcional.**

<b>Lábios:</b>
Postura durante o repouso: <input type="checkbox"/> ocluídos <input type="checkbox"/> entreabertos
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
Mobilidade: <input type="checkbox"/> protrusão <input type="checkbox"/> retração simétrica
<b>Língua:</b>
Postura durante o repouso: <input type="checkbox"/> papila <input type="checkbox"/> assoalho bucal <input type="checkbox"/> interposta <input type="checkbox"/> simétrica <input type="checkbox"/> assimétrica
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
Mobilidade: <input type="checkbox"/> protrusão em linha média <input type="checkbox"/> desvio à _____
Presença de: <input type="checkbox"/> tremores <input type="checkbox"/> fasciculações <input type="checkbox"/> atrofia
<b>Bochechas:</b>
Tônus: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído
<b>Dentes:</b>
<input type="checkbox"/> ausência <input type="checkbox"/> presença <input type="checkbox"/> falhas <input type="checkbox"/> BEC <input type="checkbox"/> MEC
<b>Palato duro:</b>
<input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alto
<b>Palato mole:</b>
<input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> alterado
<b>Qualidade vocal:</b>
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rouca <input type="checkbox"/> soprosa <input type="checkbox"/> molhada <input type="checkbox"/> anasalada

**4) Avaliação da Deglutição de Saliva.**

Aspecto da mucosa oral: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> xerostomia
Frequência de deglutição de saliva: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> sialoestase <input type="checkbox"/> sialorreia

Ausulta cervical de base: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada durante a deglutição <input type="checkbox"/> alterada após a deglutição <input type="checkbox"/> alterada sem piora após a deglutição <input type="checkbox"/> alterada com piora após a deglutição
Ocorrências: <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório

5) *Sucção Não Nutritiva - SNN (dedo enluvado ou chupeta).*

Reflexo de procura: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ausente (referência: presente até os três meses)
Pressão intraoral: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> diminuída
Padrão de sucção: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> inadequado
Frequência de deglutição de saliva: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada
Ocorrências: <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório

6) *Avaliação com Alimento.*

Seio materno:

<input type="checkbox"/> vedamento labial adequado <input type="checkbox"/> escape oral pelas comissuras labiais
<input type="checkbox"/> pega adequada <input type="checkbox"/> pega inadequada
<input type="checkbox"/> relação frequência de sucções/deglutição _____
<input type="checkbox"/> pausas adequadas <input type="checkbox"/> ausência de pausas
<input type="checkbox"/> coordenação sucção-respiração-deglutição <input type="checkbox"/> incoordenação
Ausulta cervical: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal: <input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo <input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais: <input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal) <input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO <sub>2</sub> _____
Ocorrências: <input type="checkbox"/> tosse eficaz <input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> refluxo nasal <input type="checkbox"/> recusa alimentar
Tempo de alimentação: _____

Líquido fino (mamadeira ou canudo):

<input type="checkbox"/> bico comum <input type="checkbox"/> bico ortodôntico <input type="checkbox"/> canudo
<input type="checkbox"/> vedamento labial <input type="checkbox"/> escape oral pelas comissuras labiais
<input type="checkbox"/> preensão adequada do bico/canudo <input type="checkbox"/> preensão inadequada do bico/ canudo
<input type="checkbox"/> relação frequência de sucções/deglutição _____
<input type="checkbox"/> pausas adequadas <input type="checkbox"/> ausência de pausas
<input type="checkbox"/> coordenação sucção-respiração-deglutição <input type="checkbox"/> incoordenação
<input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral adequado <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral aumentado
<input type="checkbox"/> elevação laríngea presente <input type="checkbox"/> elevação laríngea ausente

## NÚMERO 1. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA PEDIÁTRICA (PAD-PED)

Ausculta cervical:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo <input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal) <input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO <sub>2</sub> _____
Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz <input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> refluxo nasal <input type="checkbox"/> recusa alimentar
Volume total ofertado: _____ Volume total ingerido: _____ Tempo de alimentação: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído	

**Líquido fino (copo): (A) gole controlado (B) gole livre.**

<input type="checkbox"/> preensão adequada do copo <input type="checkbox"/> preensão inadequada do copo <input type="checkbox"/> escape oral pelas comissuras labiais <input type="checkbox"/> movimento de sorver <input type="checkbox"/> despejamento do líquido em cavidade oral <input type="checkbox"/> frequência de sorções/deglutição _____ <input type="checkbox"/> coordenação sorção-respiração-deglutição <input type="checkbox"/> incoordenação <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral adequado <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral aumentado <input type="checkbox"/> elevação laríngea presente <input type="checkbox"/> elevação laríngea ausente	
Ausculta cervical:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo <input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal) <input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO <sub>2</sub> _____
Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz <input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> refluxo nasal <input type="checkbox"/> recusa alimentar
Volume total ofertado: _____ Volume total ingerido: _____ Tempo de alimentação: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído	



**Líquido engrossado (mamadeira ou canudo):**

<input type="checkbox"/> bico comum <input type="checkbox"/> bico ortodôntico <input type="checkbox"/> canudo <input type="checkbox"/> vedamento labial <input type="checkbox"/> escape oral pelas comissuras labiais <input type="checkbox"/> preensão adequada do bico/canudo <input type="checkbox"/> preensão inadequada do bico/canudo <input type="checkbox"/> relação frequência de sucções/deglutição _____ <input type="checkbox"/> pausas adequadas <input type="checkbox"/> ausência de pausas <input type="checkbox"/> coordenação sucção-respiração-deglutição <input type="checkbox"/> incoordenação <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral adequado <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral aumentado <input type="checkbox"/> elevação laríngea presente <input type="checkbox"/> elevação laríngea ausente	
Ausculta cervical:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo <input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência < variação 5% do valor basal) <input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO <sub>2</sub> _____
Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz <input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> refluxo nasal <input type="checkbox"/> recusa alimentar
Volume total ofertado: _____ Volume total ingerido: _____ Tempo de alimentação: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído	

**Líquido engrossado (copo): (A) gole controlado; (B) gole livre.**

<input type="checkbox"/> preensão adequada do copo <input type="checkbox"/> preensão inadequada do copo <input type="checkbox"/> escape oral pelas comissuras labiais <input type="checkbox"/> movimento de sorver <input type="checkbox"/> despejamento do líquido em cavidade oral <input type="checkbox"/> frequência de sorções/deglutição _____ <input type="checkbox"/> coordenação sorção-respiração-deglutição <input type="checkbox"/> incoordenação <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral adequado <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral aumentado <input type="checkbox"/> elevação laríngea presente <input type="checkbox"/> elevação laríngea ausente	
Ausculta cervical:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo <input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal) <input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO <sub>2</sub> _____

## NÚMERO 1. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA PEDIÁTRICA (PAD-PED)

Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz	<input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia	<input type="checkbox"/> engasgo	<input type="checkbox"/> cianose	<input type="checkbox"/> palidez
	<input type="checkbox"/> desconforto respiratório	<input type="checkbox"/> náusea	<input type="checkbox"/> vômito	<input type="checkbox"/> refluxo nasal	
	<input type="checkbox"/> recusa alimentar				
Volume total ofertado:	_____		Volume total ingerido:	_____	
Tempo de alimentação:	<input type="checkbox"/> adequado	<input type="checkbox"/> aumentado	<input type="checkbox"/> diminuído		

**Pastoso homogêneo (colher):**

	<input type="checkbox"/> captação adequada da colher	<input type="checkbox"/> captação inadequada	<input type="checkbox"/> escape oral anterior		
	<input type="checkbox"/> movimentação adequada de língua	<input type="checkbox"/> movimentos póstero-anteriores			
	<input type="checkbox"/> frequência de deglutições/bolo _____				
	<input type="checkbox"/> coordenação respiração-deglutição	<input type="checkbox"/> incoordenação			
	<input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral adequado	<input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral aumentado			
	<input type="checkbox"/> elevação laríngea presente	<input type="checkbox"/> elevação laríngea ausente			
	<input type="checkbox"/> resíduo em cavidade oral				
Ausculta cervical:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta			
	<input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta	<input type="checkbox"/> alterada durante a oferta			
	<input type="checkbox"/> alterada após a oferta				
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta	<input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo			
	<input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo				
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal)				
	<input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO <sub>2</sub> _____				
Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz	<input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia	<input type="checkbox"/> engasgo	<input type="checkbox"/> cianose	<input type="checkbox"/> palidez
	<input type="checkbox"/> desconforto respiratório	<input type="checkbox"/> náusea	<input type="checkbox"/> vômito	<input type="checkbox"/> refluxo nasal	
	<input type="checkbox"/> recusa alimentar				
Volume total ofertado:	_____		Volume total ingerido:	_____	
Tempo de alimentação:	<input type="checkbox"/> adequado	<input type="checkbox"/> aumentado	<input type="checkbox"/> diminuído		

**Pastoso heterogêneo (colher):**

	<input type="checkbox"/> captação adequada da colher	<input type="checkbox"/> captação inadequada	<input type="checkbox"/> escape oral anterior
	<input type="checkbox"/> padrão mastigatório adequado para a idade	<input type="checkbox"/> padrão mastigatório inadequado para a idade	
	<input type="checkbox"/> movimentação adequada de língua	<input type="checkbox"/> movimentos póstero-anteriores	
	<input type="checkbox"/> frequência de deglutições/bolo _____		
	<input type="checkbox"/> coordenação respiração-deglutição	<input type="checkbox"/> incoordenação	
	<input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral adequado	<input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral aumentado	
	<input type="checkbox"/> elevação laríngea presente	<input type="checkbox"/> elevação laríngea ausente	
	<input type="checkbox"/> resíduo em cavidade oral		

Ausculta cervical:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo <input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal) <input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO <sub>2</sub> _____
Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz <input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> refluxo nasal <input type="checkbox"/> recusa alimentar
Volume total ofertado: _____	Volume total ingerido: _____
Tempo de alimentação: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído	

**Sólido:**

<input type="checkbox"/> preensão e quebra adequada do alimento <input type="checkbox"/> preensão e quebra inadequadas <input type="checkbox"/> escape oral anterior <input type="checkbox"/> padrão mastigatório adequado para a idade <input type="checkbox"/> padrão mastigatório inadequado para a idade <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral adequado <input type="checkbox"/> tempo de trânsito oral aumentado <input type="checkbox"/> elevação laríngea presente <input type="checkbox"/> elevação laríngea ausente <input type="checkbox"/> coordenação mastigação-respiração-deglutição <input type="checkbox"/> incoordenação <input type="checkbox"/> resíduo em cavidade oral	
Ausculta cervical:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada de base sem piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada de base com piora após a oferta <input type="checkbox"/> alterada durante a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta
Qualidade vocal:	<input type="checkbox"/> não alterada após a oferta <input type="checkbox"/> alterada após a oferta com clareamento espontâneo <input type="checkbox"/> alterada após a oferta sem clareamento espontâneo
Sinais vitais:	<input type="checkbox"/> manutenção durante a oferta (referência variação < 5% do valor basal) <input type="checkbox"/> alteração durante a oferta: FC _____ FR _____ SpO <sub>2</sub> _____
Ocorrências:	<input type="checkbox"/> tosse eficaz <input type="checkbox"/> tosse ineficaz ou tardia <input type="checkbox"/> engasgo <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> palidez <input type="checkbox"/> desconforto respiratório <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> refluxo nasal <input type="checkbox"/> recusa alimentar
Volume total ofertado: _____	Volume total ingerido: _____
Tempo de alimentação: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> diminuído	

Classificação do Grau da Disfagia Pediátrica*:
Conduta:
Fonoaudiólogo responsável:


\* Para realizar a Classificação do Grau da Disfagia Pediátrica, vide o Quadro abaixo (Capítulo 11 desta Obra).

Legenda: BEC - Bom Estado de Conservação; BIPAP - Bilevel Positive Airway Pressure; bpm - Batimentos por Minuto; CPAP - Contínuos Positive Airway Pressure; FC - Frequência Cardíaca; FR - Frequência Respiratória; IOT - Intubação Orotraqueal; MEC - Mau Estado de Conservação; O<sub>2</sub> - Oxigênio; rpm - Respirações por Minuto; SNE - Sonda Nasoenteral; SNG - Sonda Nasogástrica; SOE - Sonda Oroenteral; SOG - Sonda Orogástrica; SpO<sub>2</sub> - Saturação de Oxigênio; VO - Via Oral.

#### CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DA DISFAGIA PEDIÁTRICA

1 – Deglutição Normal	Ausência de sinais clínicos de disfagia.
2 – Disfagia Orofaríngea Leve	Presença de sinais clínicos decorrentes de inadequações durante a situação de alimentação. A disfagia é resolvida com adequações posturais, de utensílios e/ou de fluxo.
3 – Disfagia Orofaríngea Moderada a Grave	Há grande suspeita de problemas na fase faríngea da deglutição ou alterações na fase oral com impacto importante na manutenção da nutrição e hidratação adequadas. Necessita de restrição de consistências e/ou via alternativa de alimentação complementar.
4 – Disfagia Orofaríngea Grave	Impossibilidade de alimentação por via oral pelo alto risco de aspiração presumido. Necessita de via alternativa de alimentação exclusiva e pode necessitar de medidas de controle de aspiração de saliva.

Referenciar esse material como:

 FLABIANO-ALMEIDA, Fabíola Custódio; BÜHLER, Karina Elena Bernardis; LIMONGI, Suelly Cecília Olivan. *Protocolo para avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED)*. Editores Científicos: Cláudia Regina Furquim de Andrade e Suelly Cecília Olivan Limongi. Barueri: Pró-Fono, 2014. 33p. (Série Fonoaudiologia na Prática Hospitalar, v. 1).