

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

NATÁLIA MACHADO DE MIRANDA

**ASSOCIAÇÃO DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E NUTRICIONAIS COM
PREVALÊNCIA DE SIBILÂNCIA EM LACTENTES HOSPITALIZADOS NO SUL
DO BRASIL**

Porto Alegre - RS

2018

Natália Machado de Miranda

**ASSOCIAÇÃO DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E NUTRICIONAIS COM
PREVALÊNCIA DE SIBILÂNCIA EM LACTENTES HOSPITALIZADOS NO SUL
DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Residência, do Programa de Pós-Graduação Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Especialização em Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Orientador (a): Ester Zoche

Co-orientador (a): Profa. Dra. Vera Lúcia Bosa

Porto Alegre - RS

2018

CIP - Catalogação na Publicação

de Miranda, Natália Machado
ASSOCIAÇÃO DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E
NUTRICIONAIS COM PREVALÊNCIA DE SIBILÂNCIA EM
LACTENTES HOSPITALIZADOS NO SUL DO BRASIL / Natália
Machado de Miranda. -- 2018.
40 f.
Orientadora: Ester Zoche.

Coorientadora: Vera Lúcia Bosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Multiprofissional
em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Doenças respiratórias. 2. Sons respiratórios .
3. Fatores de risco. 4. Lactente. I. Zoche, Ester,
orient. II. Bosa, Vera Lúcia, coorient. III. Título.

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

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
1.1 JUSTIFICATIVA	5
1.2 QUESTÃO DE PESQUISA	5
1.3 HIPÓTESE	5
2. REFERENCIAL TEÓRICO	5
3. OBJETIVOS	9
3.1 Geral	9
3.2 Específicos	8
4. RESULTADOS	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXOS	31
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	31
ANEXO B – Instrumento para coleta de dados	33
ANEXO C – Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP	40

1. INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias representam as causas mais comuns de adoecimento e morte na infância, sendo um dos principais motivos de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) (NATALI et al., 2011). Grande parte das consultas médicas ambulatoriais e utilização dos serviços de emergências são devido às queixas respiratórias (SILVA et al., 2013). A origem pode ser infecciosa ou não infecciosa, acometendo tanto as vias aéreas superiores, estendendo-se ao ouvido médio, quanto às vias aéreas inferiores, apresentando maior gravidade (FRAUCHES et al., 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as infecções respiratórias apresentam elevadas taxas de morbimortalidade. Em 2016, a taxa de mortalidade entre menores de cinco anos foi de 41 óbitos por mil habitantes, com 570 mil mortes por infecções respiratórias (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 2018). No Brasil, mais da metade dos óbitos ocorre por doenças respiratórias e por diarreia aguda, as taxas de mortalidade por doenças respiratórias superam as taxas por diarreia, principalmente na região Sul do país (VARGAS, 2010). Estas possuem como determinantes imediatos vírus e bactérias, alérgenos, agentes químicos e físicos; como determinantes proximais o grau de exposição da criança a agentes e a susceptibilidade do organismo infantil; como determinantes intermediários, a salubridade do meio ambiente e a nutrição infantil; e como determinantes distais a renda familiar e a capacidade da família em alocar os recursos de que dispõe (FORNAZARI; MELLO; ANDRADE, 2003) .

Entre os fatores de risco de grande importância, associados a maior frequência e gravidade dos episódios de infecções respiratórias, podemos destacar: período de inverno, número de moradores no domicílio, baixa condição socioeconômica, idade, tabagismo passivo, baixa escolaridade e pouca idade materna, desnutrição infantil, cultura familiar e maior exposição a poluentes atmosféricos (FRAUCHES et al., 2017). Segundo Sousa et al. (2012) a idade da criança está associada à bronquite aguda, principalmente nos primeiros anos de vida. Também estão associados a cor da pele e moradia em domicílios com menor número de cômodos. Apesar das relações de cor da pele não serem definidas por um grupo social, diferenças étnicas estão associadas a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de conjuntos de indivíduos.

O aleitamento materno em livre demanda, quando exclusivo até os seis meses, promove o adequado crescimento e desenvolvimento da criança, auxiliando na prevenção de doenças prevalentes na infância. O baixo teor de alérgenos, propriedades anti-infeccivas, anti-inflamatórias e imunomoduladoras são alguns dos benefícios do leite materno. Além disso, a prática da amamentação auxilia a criança na respiração correta, função primária do bebê, para a construção de um sistema equilibrado (AUGUSTO; DOMINGOS, 2017; ANTUNES et al., 2008).

O estado nutricional pode ser fator preditivo para uma evolução clínica negativa de crianças hospitalizadas. Inadequado estado nutricional na admissão hospitalar pode indicar possíveis riscos relacionados à hospitalização, como o aumento do tempo de permanência hospitalar (BREIGEIRON et al., 2015).

A assistência profissional ineficaz, o agravamento da doença, a cultura da família, as condutas determinadas pela mesma e condições de vida que podem expor a criança ao contágio, também estão associadas ao aumento de doenças respiratórias na infância. A família é fundamental no processo de desenvolvimento e manutenção dos cuidados e promoção da saúde da criança. A fim de transformar a realidade para além do âmbito hospitalar e da atenção básica, é necessário que os profissionais possam atuar junto à família, através de uma educação permanente e uma assistência de qualidade nos hospitais e unidades básicas de saúde (PRATO et al., 2014). Frente a este contexto, com a realização deste trabalho objetiva-se a avaliar a associação entre fatores socioeconômicos e nutricionais com a prevalência de sibilância em lactentes internados em um hospital universitário de Porto Alegre, RS.

1.1 JUSTIFICATIVA

Considerando que a sibilância é um sintoma recorrente e com elevada prevalência em crianças com doenças respiratórias e conseqüentemente um dos principais motivos de internação na pediatria no período de inverno, sendo uma importante causa de morbidade nos lactentes, principalmente nos primeiros seis meses de idade, este trabalho se justifica por servir como fonte de informações relevantes para promover reflexão e servir de subsídio para o planejamento e execução de ações e políticas públicas de saúde, a fim de promover melhores condições de vida e saúde para a população.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Fatores socioeconômicos e nutricionais estão associados com a prevalência de sibilância em lactentes internados em um hospital universitário de Porto Alegre, RS?

1.3 HIPÓTESE

Fatores socioeconômicos e nutricionais estão associados com a prevalência de sibilância em lactentes internados em um hospital universitário de Porto Alegre, RS

2. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com dados do Ministério da Saúde foram internados mais de 13 milhões de pacientes de zero a 19 anos no Brasil entre 2008 e 2012, sendo as doenças respiratórias o principal motivo de admissão (BRASIL, 2012). Em 2001, 41,5% dos gastos com internações e óbitos na rede pública e conveniada de saúde do SUS, decorreram de infecções respiratórias em crianças menores de cinco anos (ANDRADE et al., 2016).

Lactentes com doenças respiratórias geralmente apresentam chiado no peito. Também chamados de sibilo, esses ruídos respiratórios, de caráter musical, podem surgir tanto na inspiração quanto na expiração. Pacientes com quadros de obstrução das vias aéreas e broncoespasmos podem apresentar sibilos. Apesar desse sinal ser encontrado em várias outras doenças, a asma é uma das causas mais comuns de queixa de sibilância (MARTINEZ, 2013).

Nos primeiros anos de vida são comuns as crises de sibilância, as quais geralmente, tendem a diminuir com a idade. É um sintoma respiratório resultante de diversas doenças, sendo elas pulmonares ou não, possuindo uma caracterização bastante heterogênea, variando a frequência dos episódios, a gravidade, a idade de início e os fatores associados, como infecções virais e presença de atopia (FINDER, 1999; TAUSSIG et al., 2003).

Primeiramente conhecida como síndrome do bebê chiador, a sibilância recorrente do lactente é caracterizada pela presença de três ou mais episódios de sibilância em crianças maiores de um mês e menores de cinco anos de

vida. Infecções virais podem causar sibilância ou serem protetoras para asma de origem alérgica em crianças maiores, mas os mecanismos ainda não são completamente conhecidos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).

Determinantes sociais e ambientais

Durante a infância, a criança é suscetível a desenvolver sibilância e doenças respiratórias, devido a diversos fatores, que vão desde os aspectos anatômicos das vias aéreas a características fisiológicas e imunológicas (ANDRADE et al., 2016). Um estudo realizado por Oliveira et al. (2014) com crianças de 30 dias a 12 anos de vida internadas em unidades pediátricas, demonstrou que existe uma relação direta entre a pobreza e doenças nessa população. As famílias em situação vulnerável financeiramente parecerem estar mais expostas às condições inadequadas de educação, alimentação, habitação e qualidade de vida, ocasionando o desenvolvimento de enfermidades.

Segundo Hernandez Hernandez (2017), crianças que dormem em um espaço onde há mais de três pessoas estão predispostas a adquirir infecções respiratórias agudas, pois, em determinadas situações, os adultos assintomáticos podem transmitir microorganismos de suas vias aéreas. As condições de habitação e superlotação combinadas com outros fatores como nível socioeconômico, baixa escolaridade dos pais e presença de alérgenos inalantes são fatores de risco para maior morbidade e mortalidade. As características anatômicas e a imaturidade do sistema fisiológico e imunológico das crianças, fazem com que elas sejam mais suscetíveis à poluição atmosférica, quando comparadas com a população adulta. Além do controle da poluição, são necessárias modificações comportamentais para a prevenção das doenças respiratórias e para o melhor manejo dos casos, como: manutenção da amamentação, não exposição da criança à fumaça de cigarro em âmbito doméstico, limpeza contínua da moradia e dos brinquedos com que a criança entra em contato e seguimento correto das orientações médicas, na presença de agravos à saúde (FRAUCHES et al., 2017).

Determinantes nutricionais

Em pediatria, o peso é uma medida sensível de crescimento e reflete a nutrição mais recente da criança, podendo ser um indicador de inadequação

nutricional (VARGAS, 2010). Crianças com baixo peso ao nascer apresentam um sistema imunitário menos eficiente, pré-dispondo-as à ocorrência de infecções respiratórias (VARGAS; SOARES, 2010).

O estudo de Martins et al. (2016), realizado com lactentes acompanhados durante o primeiro ano de vida, associou o baixo peso ao nascer com a ocorrência de pneumonia. As crianças que nasceram com peso inferior a 2.500g apresentaram 5,96 vezes a chance de desenvolver pneumonia em relação àquelas com peso superior. Nascimento et al. (2004) explicam que o baixo peso ao nascer é um preditor para doenças respiratórias, dobrando o risco de hospitalização por pneumonia, pois a resposta imunológica está diminuída e a função pulmonar comprometida devido ao menor diâmetro das grandes vias aéreas e à obstrução mais fácil das vias aéreas periféricas do que as crianças com peso normal ao nascer.

A nutrição adequada na infância é essencial para manter a saúde, o crescimento e o desenvolvimento infantil. O aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é fundamental para a saúde e desenvolvimento da criança devido às vantagens nutricionais, psicológicas e imunológicas, tendo papel importante na prevenção de infecções no primeiro ano de vida, assim como de outras doenças agudas e crônicas (VICTORA et al., 2016; BIANCA & WANDALSEN & SOLÉ, 2010). O leite materno possui propriedades anti-infecciosas, anti-inflamatórias e imunomoduladoras que beneficiam crianças saudáveis e doentes, favorecendo o desenvolvimento do recém-nascido até atingir a maturidade imunológica (AUGUSTO & DOMINGOS, 2017). Vargas e Soares (2010), em estudo realizado no Sul do Brasil com crianças de zero a cinco anos, acometidas por doenças respiratórias, constataram que amamentação exclusiva por menos de seis meses está associada com um aumento do risco para a ocorrência de asma e infecções do trato respiratório em crianças.

O consumo precoce de leite de vaca pela criança tem reflexos no ganho de peso e em outros aspectos da saúde infantil, sendo associado ao desenvolvimento de atopia, excesso de peso, anemia e micro hemorragias intestinais em menores de um ano (CARVALHO et al., 2017). Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), a introdução de leite de vaca não é recomendada para crianças menores de um ano, pois possui uma composição inadequada em relação às necessidades dos

lactentes. Além de ser um alimento muito alergênico, ele apresenta elevada quantidade de proteínas, sódio, cloretos, potássio e fósforo, e quantidades limitadas de carboidratos, ácidos graxos essenciais, minerais e vitaminas.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a associação de fatores socioeconômicos e nutricionais com a prevalência de sibilância em lactentes internados em um hospital universitário de Porto Alegre, RS.

3.2 Específicos

- Descrever e caracterizar a amostra conforme variáveis socioeconômicas e nutricionais;
- Avaliar a associação entre prevalência de sibilância em lactentes de 0 a 6 meses com classe socioeconômica, peso ao nascer, aleitamento materno nas primeiras horas de vida, tempo de duração do aleitamento materno exclusivo, ingestão precoce de fórmula infantil e de leite de vaca.

4. RESULTADOS

**ASSOCIAÇÃO DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E NUTRICIONAIS COM
PREVALÊNCIA DE SIBILÂNCIA EM LACTENTES HOSPITALIZADOS NO SUL DO
BRASIL
SOCIO-
ECONOMIC AND NUTRITIONAL FACTORS ASSOCIATION WITH PREVALENCE OF
BREASTFEEDING IN INFANTS HOSPITALIZED IN SOUTHERN BRAZIL**

**Natália Machado de Miranda¹, Karen Yurika Kudo¹, Juliane Alves Santos¹, Ester Zoche², Vera
Lúcia Bosa³**

¹ Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brasil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil. Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição (CESAN).

³ Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde (UFRGS), Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição (CESAN). Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar.

Fonte financiadora do projeto: Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação de fatores socioeconômicos e nutricionais com a prevalência de sibilância em lactentes internados em um hospital universitário de Porto Alegre, RS.

Métodos: Estudo transversal, realizado com 162 pares de mães e crianças entre zero e seis meses hospitalizadas, no período de janeiro de 2017 a novembro de 2018. Aplicou-se um questionário com questões sobre condições sociais, fatores pré e pós-natais e outros dados da criança. A associação entre prevalência de sibilância (variável dependente) e as variáveis sociais e nutricionais (variáveis independentes) foi analisada pela regressão de Poisson. Foram calculados modelos brutos e ajustados para estimar a razão de prevalência (RP) com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As variáveis com valor $p < 0,20$ na análise bruta foram incluídas na regressão multivariada, para a qual o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados: Foram avaliadas 162 crianças, com mediana de idade de 2 [1,16; 4] meses, sendo a maioria do sexo masculino (63%). A prevalência de lactentes sibilantes foi de 17,9%. Apresentaram associação com o desfecho as variáveis peso ao nascer (cada quilo de peso reduz em 44% o risco de

ser lactente sibilante) e ingestão precoce de leite de vaca (consumir leite de vaca aumenta duas vezes a prevalência de sibilância).

Conclusão: Ações como o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, a ingestão de leite de vaca na idade adequada conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, e acompanhamento pré-natal adequado, são algumas medidas que podem reduzir a prevalência de sibilância recorrente em lactentes.

Palavras-chave: Doenças respiratórias, fatores de risco, lactente, sons respiratórios

Abstract

Objective: To evaluate the association of socioeconomic and nutritional factors with the prevalence of wheezing in infants admitted to a university hospital in Porto Alegre, RS, Brazil.

Methods: Cross-sectional study, conducted with 162 pairs of mothers and children between zero and six months hospitalized, from January 2017 to November 2018. A questionnaire was applied with questions about social conditions, pre-and postnatal factors and other data of the child. The association between prevalence of wheezing (dependent variable) and social and nutritional variables (independent variables) was analyzed by Poisson regression. Crude and adjusted models were calculated to estimate the prevalence ratio (RP) with the respective confidence intervals of 95% (CI 95%). The variables with P value < 0.20 in the crude analysis were included in the multivariate regression, for which the significance level adopted was 5%.

Results: 162 children were evaluated, with median age of 2 [1,6;4] months, being mostly male (63%). The prevalence of infants sibilants was 17,9%. The variables were associated with the outcome: birth weight (each kilo of weight reduces the risk of wheezing in 44%) and early ingestion of cow's milk (consuming cow's milk increases the prevalence of wheezing twice).

Conclusion: Actions such as encouraging exclusive breastfeeding, the ingestion of cow's milk at the appropriate age as recommended by the Ministry of Health, and adequate prenatal monitoring, are some measures that can reduce the prevalence of wheezing Recurrent in infants.

Keywords: Respiratory diseases, risk factors, infant, respiratory sounds

Introdução

As doenças respiratórias representam as causas mais comuns de adoecimento e morte na infância, sendo um dos principais motivos de internação no Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Grande parte das consultas médicas ambulatoriais e utilização dos serviços de emergência são devido às queixas respiratórias.² A origem pode ser infecciosa ou não infecciosa, acometendo tanto as vias aéreas superiores, estendendo-se ao ouvido médio, quanto as vias aéreas inferiores, apresentando maior gravidade.³

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, foram internados mais de 13 milhões de pacientes de zero a 19 anos no Brasil entre 2008 a 2012, sendo as doenças respiratórias o principal motivo de admissão.⁴ Em 2001, 41,5% dos gastos com internações e óbitos na rede pública e conveniada de saúde do SUS, decorreram de infecções respiratórias em crianças menores de cinco anos.⁵

Lactentes com doenças respiratórias geralmente apresentam chiado no peito. Também chamados de sibilos, esses ruídos respiratórios, de caráter musical, podem surgir tanto na inspiração quanto na expiração. Pacientes com quadros de obstrução das vias aéreas e broncoespasmos podem apresentar sibilos.⁶ Nos primeiros anos de vida são comuns as crises de sibilância que, geralmente, tendem a diminuir com a idade. É um sintoma respiratório resultante de diversas doenças, sendo elas pulmonares ou não, possuindo uma caracterização bastante heterogênea, variando a frequência dos episódios, a gravidade, a idade de início e os fatores associados, como infecções virais e presença de atopia.^{7,8} Primeiramente conhecida como síndrome do bebê chador, a sibilância recorrente do lactente é caracterizada pela presença de três ou mais episódios de sibilância em crianças menores que cinco anos e maiores que um mês de vida. Infecções virais podem induzir a sibilância ou serem protetoras para asma de origem alérgica em crianças maiores, mas os mecanismos ainda não são completamente conhecidos.⁶

Durante a infância, a criança é suscetível a desenvolver sibilância e, conseqüentemente, doenças respiratórias, devido a diversos fatores, que vão desde os aspectos anatômicos das vias aéreas a características fisiológicas e imunológicas.⁵ Um estudo realizado por Oliveira et al com crianças de 30 dias a 12 anos de vida internadas em unidades pediátricas, demonstrou que existe uma relação direta entre a pobreza e doenças nessa população. As famílias em situação vulnerável financeiramente parecerem estar mais expostas às condições inadequadas de educação, alimentação, habitação e qualidade de vida, ocasionando o desenvolvimento de enfermidades.⁹

Entre os fatores de risco para desenvolvimento de sibilância, destacam-se: história familiar de asma, especialmente materna ou paterna, sexo masculino, prematuridade, baixo peso ao nascer, irmãos no domicílio, frequentar jardim de infância, desmame precoce, exposição à fumaça de cigarro durante e após a gestação, baixo nível socioeconômico e baixo nível de escolaridade dos pais. Em relação aos fatores de proteção, a amamentação é de longe a mais consistentemente relatada.¹⁰ Segundo Sousa et

al a idade da criança está associada à bronquite aguda, principalmente nos primeiros anos de vida. Também estão associados a cor da pele e moradia em domicílios com menor número de cômodos. Apesar das relações de cor da pele não serem definidas por um grupo social, diferenças étnicas estão associadas a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver de conjuntos de indivíduos.¹¹

Em pediatria, o peso é uma medida sensível de crescimento e reflete a nutrição mais recente da criança, podendo ser um indicador de inadequação nutricional.¹² Crianças com baixo peso ao nascer apresentam um sistema imunitário menos eficiente, pré-dispondo-as à ocorrência de infecções respiratórias.¹³ L.F. Nascimento et al explicam que o baixo peso ao nascer é um preditor para doenças respiratórias, dobrando o risco de hospitalização por pneumonia, pois a resposta imunológica está diminuída e função pulmonar comprometida devido ao menor diâmetro das grandes vias aéreas e à obstrução mais fácil das vias aéreas periféricas.¹⁴

A nutrição adequada na infância é essencial para manter a saúde, o crescimento e o desenvolvimento infantil. O aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é fundamental para a saúde e desenvolvimento da criança devido às vantagens nutricionais, psicológicas e imunológicas, tendo papel importante na prevenção de infecções no primeiro ano de vida, assim como de outras doenças agudas e crônicas.^{15,16} O leite materno possui propriedades anti-infectivas, anti-inflamatórias e imunomoduladoras que beneficiam crianças saudáveis e doentes, favorecendo o desenvolvimento do recém nascido até atingir a maturidade imunológica.¹⁷ Vargas e Soares, em estudo realizado no Sul do Brasil com crianças de zero a cinco anos acometidas por doenças respiratórias, constataram que amamentação exclusiva por menos de seis meses está associada com um aumento de risco para a ocorrência de asma e infecções do trato respiratório em crianças.¹³

O consumo precoce de leite de vaca pela criança reflete no ganho de peso e em outros aspectos da saúde infantil, sendo associado ao desenvolvimento de atopia, excesso de peso, anemia e micro hemorragias intestinais em menores de um ano.¹⁸ Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a introdução de leite de vaca não é recomendada para crianças menores de um ano, pois possui uma composição inadequada em relação às necessidades dos lactentes, com elevada quantidade de proteínas, sódio, cloretos, potássio e fósforo, e quantidades limitadas de carboidratos, ácidos graxos essenciais, minerais e vitaminas, além de ser muito alergênico.¹⁹ Nesse contexto, a sibilância recorrente representa problema significativo de saúde pública, sobretudo em países em desenvolvimento.⁶

Considerando que a sibilância é um sintoma recorrente e com elevada prevalência em crianças com doenças respiratórias, sendo uma importante causa de morbidade nos lactentes, principalmente nos primeiros seis meses de vida, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação de fatores socioeconômicos e nutricionais com a prevalência de sibilância em lactentes internados em um hospital universitário de Porto Alegre, RS.

Método

Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir de um projeto maior, o qual foi aprovado anteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o parecer nº 17-0030. A pesquisa incluiu 162 crianças de zero a seis meses de idade, da Unidade de internação e emergência pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foram incluídas crianças internadas por complicações agudas e doenças respiratórias, como por exemplo bronquiolite, bronquite, pneumonia, entre outras e excluídas do crianças desacompanhados da mãe, em uso de terapia de nutrição enteral prolongada e parenteral, aquelas que apresentaram alguma complicação crônica, como doenças neurológicas e genéticas, alergias e/ou intolerâncias alimentares. Também não participaram crianças com mães menores de 18 anos de idade, analfabetas e aquelas em situação em que o aleitamento materno seja contraindicado, como mães soropositivas para o HIV e em tratamento antineoplásico.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado para o projeto maior e baseou-se na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF do Ministério da Saúde, chegando a amostra mínima de 364 crianças. O presente estudo, por ter sido feito com uma população específica, chegou a 162.

Os dados foram coletados no período de janeiro de 2017 a novembro de 2018. As mães assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e posteriormente, responderam a um questionário com questões sobre condições sociais, fatores pré e pós-natais e outros dados da criança.

Para avaliação da presença de sibilância utilizou-se o instrumento validado para língua portuguesa do Estudo Internacional sobre Sibilancias em Lactantes (EISL)²⁰ Foram considerados lactentes sibilantes aqueles que já apresentaram três ou mais episódios de sibilância.

Os fatores nutricionais consistiram nas variáveis idade gestacional, peso da criança ao nascer, classificação do peso ao nascer, classificação do estado nutricional atual, aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno nas primeiras horas de vida, receber fórmula de primeiro semestre e receber leite de vaca. Definiram-se como fatores sociodemográficos as variáveis idade materna, escolaridade materna, número de gestações, tabagismo na gestação, tabagismo atual, número de habitantes no domicílio, classe econômica, idade da criança, número de internações, número de idas à emergência e frequentar creche. Tais variáveis foram obtidas através de um questionário estruturado respondido pela mãe.

Os dados para classificação do estado nutricional atual da criança foram coletadas através da consulta ao prontuário do paciente e os dados referentes ao nascimento foram coletados na Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. Foram classificados como eutróficas aquelas crianças com Z score de peso para estatura entre -1 e +1, peso para idade >-1 e estatura para idade entre -1,99 e +2,99. A adequação do peso ao nascer de acordo com a idade gestacional foi avaliada de acordo com Villar.²¹ Foram classificados como pequenos para idade gestacional (PIG) aquelas crianças que

estiverem abaixo do percentil 10 e como grandes para idade gestacional (GIG) aquelas, que estiverem acima do percentil 90.

Para avaliação do aleitamento materno e introdução de fórmula infantil de primeiro semestre, foi utilizado o “Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade”, composto por questões que abrangem as práticas de aleitamento materno, além de questões sobre o nascimento da criança e dados da mãe.²² Para avaliação do consumo de fórmula infantil de primeiro semestre, considerou-se já ter recebido. Para avaliação da introdução precoce de leite de vaca, foi considerado inadequado já ter consumido leite de vaca, por se tratarem de crianças menores que um ano de idade.

Classe econômica foi classificada de acordo com os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e categorizadas em A e B; C; D e E.²³

Os dados foram sistematizados e analisados com auxílio do software SPSS ® 21,0 (SPSS Inc., Chicago, IL). As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas simétricas foram expressas em média e desvio padrão e as variáveis assimétricas em mediana e intervalo interquartil. A associação entre prevalência de sibilância (variável dependente) e as variáveis sociodemográficas e nutricionais (variáveis independentes) foi testada pela regressão de Poisson. Foram calculados modelos brutos e ajustados para estimar a razão de prevalência (RP) com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bruta foram incluídas na regressão multivariada, para a qual o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Foram avaliadas 162 crianças, com mediana de idade de 2 [1,16; 4] meses, sendo a maioria do sexo masculino (63%). A tabela 1 apresenta a descrição dos fatores sociodemográficos e nutricionais. Foi encontrado uma prevalência de 17,9% de lactentes sibilantes. Observa-se que a maioria da amostra pertence à classe C (64,1%). Quanto à escolaridade materna, a média foi de 8,9 anos de estudo, o que pode corresponder ao ensino fundamental. A média de peso ao nascer foi de 3,13 Kg e quanto à classificação, a maioria das crianças nasceu com peso adequado para idade gestacional. Em relação ao estado nutricional atual, as médias de Z escore dos índices P/E, P/I e E/I permaneceram na faixa de normalidade. O aleitamento materno nas primeiras horas de vida esteve presente na maioria da amostra (80,2%), mas apenas 24,1% se encontravam em aleitamento materno exclusivo. A fórmula de primeiro semestre mostrou-se amplamente utilizada (74,1%) e o consumo de leite de vaca, contraindicado no primeiro ano de vida, foi verificado em 12,3% dos lactentes.

A tabela 2 apresenta os resultados das associações dos fatores sociodemográficos e nutricionais e a prevalência de sibilância. Na análise bruta, a um nível de significância de 20%, peso ao nascer, classe social, ingestão de fórmula de primeiro semestre, ingestão de leite de vaca e

aleitamento materno foram associados ao desfecho. Na análise ajustada, mantiveram associação significativa peso ao nascer e introdução precoce do leite de vaca. O peso ao nascer mostrou-se fator protetor, reduzindo a prevalência de sibilância em 42% (RP=0,58; IC95%: 0,36;0,93) enquanto a ingestão precoce do leite de vaca mostrou-se associada à prevalência de sibilância de 2,49 vezes em relação às crianças que não ingeriram. (RP=2,49; IC95%: 1,34;4,55).

Discussão

A sibilância nos primeiros meses de vida é uma condição muito comum em todo o mundo e pode se manifestar em diversas doenças respiratórias, sendo uma importante causa de morbidade nos lactentes. Ao analisar os achados deste estudo observa-se que os fatores nutricionais, como peso ao nascer e introdução precoce de leite de vaca, estão associados à sibilância em lactentes internados. O peso da criança ao nascer mostrou ter um papel protetor, e a introdução precoce do leite de vaca de risco para o desfecho. Da amostra estudada, 17,9% eram lactentes sibilantes, similar ao percentual encontrado em dois estudos internacionais sobre a prevalência de sibilância em lactentes: International Study of Wheezing in Infants (EISL, 'Estudio Internacional de Sibilancias en Lactantes') e International prevalence of recurrent wheezing during the first year of life, em que, respectivamente, 23% e 20,3% dos participantes apresentaram sibilância recorrente.^{24,25}

A maior prevalência em crianças do sexo masculino também foi encontrada em outro estudo sobre sibilância no primeiro ano de vida em lactentes do município de Santo André, SP. O resultado encontrado foi de que 58,5% dos participantes do sexo masculino já havia tido três ou mais episódios de sibilância. Esse achado pode ser justificado pelo menor calibre das vias aéreas em lactentes desse gênero.²⁶

Através da literatura é possível verificar que lactentes com baixo peso ao nascer possuem maior risco de desenvolver infecções respiratórias e episódios de sibilância, podendo acarretar danos na vida adulta. Uma revisão integrativa, concluiu que crianças com peso < 1.500g e > 3.500g apresentaram mais episódios de sibilância.²⁷ Uma coorte que investigou os efeitos do peso ao nascer nos distúrbios de sibilância, revelou que o baixo peso ao nascer está associado a um risco aumentado de apresentar sibilância, e que, ainda, uma evidência fraca sugere que crianças com maior peso ao nascer têm um risco reduzido.²⁸ O presente estudo mostrou que o maior peso ao nascer possui papel protetor na prevalência de sibilância, sustentando a evidência citada acima.

É sabido que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento adequados do lactente, além de fortalecer os laços afetivos entre mãe e bebê. Strassburger et al, avaliaram o impacto da amamentação exclusiva e introdução de leite de vaca no primeiro ano de vida no diagnóstico de asma, sibilância e atopia em crianças entre três e quatro anos de vida e concluíram que crianças que consomem leite de vaca antes dos quatro meses de

vida, rompendo o ciclo da amamentação materna exclusiva, apresentam três vezes a chance de ter asma aos quatro anos, independente de outros fatores de risco associados.²⁹ Semelhante ao resultado da presente pesquisa, em que ingestão precoce do leite de vaca associou-se ao aumento do risco de sibilância.

Nossos achados confirmam os de pesquisas anteriores sobre amamentação e sibilância. A pesquisa de Assis et al, aponta associação significativa entre sibilos e sibilância recorrente quando a amamentação era exclusiva até três meses.²⁷ Adicionalmente, um estudo com uma coorte de nascimentos constatou associação significativa de proteção entre amamentação e sibilância. Nesse mesmo estudo foram analisadas a intensidade e a duração do aleitamento materno, classificando em exclusivo, parcial ou nenhum. Observou-se uma proteção crescente com o aumento da exclusividade do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, e proteção adicional com maior duração do aleitamento materno.³⁰

O presente estudo não encontrou associação entre idade materna, escolaridade materna, número de gestações, tabagismo na gestação, tabagismo atual, número de habitantes, classe social, idade da criança, número de internações, número de idas à emergência, frequentar creche e a prevalência de sibilância nos lactentes internados. Em contrapartida, a pesquisa de Souza et al encontrou forte associação entre exposição à fumaça da poluição ambiental com a ocorrência de sibilância.³¹ Em outro estudo realizado com o objetivo descobrir medidas de tratamento e prevenção mais eficientes e direcionadas a doenças do trato respiratório, também foi encontrada uma associação com renda, escolaridade dos pais e a ocorrência de doenças respiratórias.¹²

A sibilância recorrente é um problema importante nos primeiros anos de vida. Sua prevalência crescente, a falta de especificidade das manifestações clínicas, sua associação a infecções virais e ao desenvolvimento posterior da asma e a variabilidade da resposta do paciente ao tratamento definem a sibilância como uma desordem complexa que constitui um importante problema de saúde, afetando qualidade de vida das crianças e suas famílias.³² A assistência profissional ineficaz, o agravamento da doença, a cultura da família, as condutas determinadas pela mesma e condições de vida que podem expor a criança ao contágio também estão associadas ao aumento de doenças respiratórias na infância. A família é fundamental no processo de manutenção dos cuidados, para desenvolver atividades de cuidado e promover a saúde da criança. A fim de transformar a realidade para além do âmbito hospitalar e da atenção básica, é necessário que os profissionais possam atuar junto à família, através de uma educação permanente e uma assistência de qualidade nos hospitais e unidades básicas de saúde.³³

Este estudo não é isento de limitações. Podemos citar o cálculo do tamanho da amostra, que foi realizado para o estudo maior. Também trata-se de uma pesquisa transversal, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito. Assim são necessárias novas investigações, longitudinais, para confirmar os resultados encontrados neste trabalho.

Considerando que a sibilância é um sintoma recorrente e com elevada prevalência em crianças com doenças respiratórias e conseqüentemente um dos principais motivos de internação na pediatria no período de inverno, sendo uma importante causa de morbidade nos lactentes, principalmente nos primeiros seis meses de idade, este trabalho se justifica por servir como fonte de informações relevantes para promover reflexão e servir de subsídio para o planejamento e execução de ações e políticas públicas de saúde, a fim de promover melhores condições de vida e saúde para a população.

Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra de lactentes de zero a seis meses internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018. n=162

	Média(±DP)
Idade materna (anos)	26,66 ± 6,4
Escolaridade materna (anos)	8,9 ± 2,2
Número de habitantes no domicílio	4,1 ± 1,6
Idade gestacional	37,9 ± 2,3
Peso da criança ao nascer (kg)	3,130 ± 0,550
	Mediana (IQ)
Número de gestações	2 [1;3]
Idade da criança (meses)	2 [1,16;4]
Classificação de peso atual (Z escore)	
P/E	0,63 [-0,38;1,33]
P/I	-0,43 [-1,23;0,31]
E/I	-0,91 [-1,89;-0,08]
Número de internações	1 [1;2]
Número de idas à emergência	1 [0;1]
	%(n)
Tabagismo na gestação	21% (34)
Tabagismo atual	17,3% (28)
Classe econômica*	
A-B	16,6% (27)
C	64,1% (104)
D-E	19,1% (31)
Sexo da criança	
Masculino	63% (102)
Classificação de PN por Villar	
PIG ^a	3,7% (6)
AIG ^b	79% (128)
GIG ^c	13% (21)
Lactente sibilante**	17,9% (29)
Frequenta creche	3,1% (5)
Aleitamento materno nas primeiras horas de vida	80,2% (130)
Aleitamento materno exclusivo	24,1% (39)
Já recebeu fórmula de 1º semestre	74,1% (120)
Já recebeu leite de vaca	12,3% (20)

Legenda: ^aPequeno para idade gestacional (PIG), ^bAdequado para idade gestacional (AIG), ^cGrande para idade gestacional (GIG); *Classificada conforme ABEP; ** Mais que três episódios de sibilância

Tabela 2- Associação entre os fatores sociodemográficos e nutricionais e a prevalência de sibilância em lactentes de zero a seis meses internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018. n=162

Variável	Análise bruta		Análise multivariada	
	RP ^a (IC95%) ^b	<i>p</i>	RP ^a (IC 95%) ^b	<i>p</i>
Escolaridade materna	1,07 (0,90 A 1,30)	0,34		
Presença de companheiro	0,84 (0,31 a 1,92)	0,68		
Não	1	-		
Sim				
Tabagismo na gestação		0,46		
Não	0,78 (0,36 a 1,6)			
Sim	1			
Tabagismo atual		0,66		
Não	0,83 (0,36 a 2,26)			
Sim	1			
Número de habitantes	1,01 (0,81 a 1,22)	0,88		
Classe Social*				
A-B				
C	1,90 (0,46 a 9,28)	0,34	2,29 (0,61 a 8,54)	0,36
D-E	2,29 (0,79 a 9,66)	0,15	2,79 (0,92 a 8,48)	0,07
	1	-	1	
Sexo da criança		0,89		
Feminino	0,95 (0,44 a 1,95)			
Masculino	1			
Idade gestacional	0,92 (0,81 a 1,06)	0,21		
Peso ao nascer	0,57 (0,33 a 1,03)	0,02	0,58 (0,36 a 0,93)	0,02
AM** nas primeiras horas de vida		0,11		0,57
Não	1,72 (0,75 a 3,65)		1,20 (0,62 a 2,33)	
Sim	1		1	
AM**exclusivo		0,06		0,67
Não	2,90 (1,04 a 12,2)		1,62 (0,16 a 16,13)	
Sim	1		1	
Ingestão de fórmula de 1º semestre		0,04		0,76
Sim	3,23 (1,14 a 13,5)		1,41 (0,13 a 14,5)	
Não	1		1	
Ingestão de Leite de vaca		<0,001		0,004
Sim	2,98 (1,34 a 6,17)		2,49 (1,34 a 4,55)	
Não	1		1	

Legenda:

^aRP= Razão de Prevalência; ^bIC= Intervalo de Confiança; *Classificada conforme ABEP; **AM=Aleitamento Materno

Financiamento

Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Anexos

— DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES CLÍNICAS, VULNERABILIDADES SOCIAIS E PRÁTICAS ALIMENTARES NO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE VIDA INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE

Pesquisador Responsável: Vera Lúcia Bosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58626116.5.0000.5327

Submetido em: 17/11/2016


Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_758729

Referências

1. de T Natali RM, dos Santos DSPS, da Fonseca AMC, de M Filomeno GC, Figueiredo AHA, Terrivel PM, et al. Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. *Revista Paulista de Pediatria*. 2011 12;29:584 – 590.
2. Silva DR, Viana VP, Müller AM, Coelho AC, Deponi GN, Livi FP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2013 04;39:164 – 172.
3. de Oliveira Frauches D, Lopes IBC, Giacomini HTA, Pacheco JPG, Costa RF, Lourenço CB. Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2017 Jan-Dez;12(39):1 – 11.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Epidemiológicas e morbidade. Departamento de informática do SUS. 2012;.
5. Andrade VND, Amoretti CF, de Araújo Torreão L, e Sousa IT. Perfil das internações por causas respiratórias em duas unidades de terapia intensiva pediátricas em Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2016 jan/mar;40(1):250 – 262.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Sibilância Recorrente do Lactente e Pré-escolar. Rio de Janeiro; 2017. Guia Prático de Atualização. Available from: <http://www.sbp.com.br/associados/login/?redirecturl=http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sibilancia-recorrente-do-lactente-e-pre-escolar/>.
7. Finder JD. Understanding airway disease in infants. *Current Problems in Pediatrics*. 1999 March;29(3):65 – 81.
8. Taussig LM, Wright AL, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ, Martinez FD. Tucson children's respiratory study: 1980 to present. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2003 April;111(4):661 – 675.
9. de Oliveira LN, Breigeiron MK, Hallmann S, Witkowski MC. Vulnerabilidades de crianças admitidas em unidade de internação pediátrica. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014 Dec;32(4):367 – 373.
10. Teijeiro A, Badellino HA, Raiden MG, Cuello MN, Kevorkof GV, Gatti C, et al. Risk factors for recurrent wheezing in the first year of life in the city of Córdoba, Argentina. *Allergologia et Immunopathologia*. 2017 May–June;45(3):234 – 239.
11. de Sousa CA, César CLG, de Azevedo Barros MB, Carandina L, Goldbaum M, Pereira JCR. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*. 2012 02;46:16 – 25.
12. de Souza Vargas V. Fatores de risco para patologias respiratórias infantis. *Revista Salus*. 2010 Jan/Jun;4(1):87 – 98.
13. de Souza Vargas V, Soares MCF. Estado nutricional e padrões de aleitamento em crianças acometidas por doenças respiratórias no Sul do Brasil. *ConScientiae Saúde*. 2010 Jun;9(2):194 – 205.
14. Nascimento LFC, Marcitelli R, Agostinho FS, Gimenes CS. Análise hierarquizada dos fatores de risco para pneumonia em crianças. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2004 10;30:445 – 451.
15. Bianca ACCD, Wandalsen GF, Solé D. Lactente sibilante: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*. 2010 Jun;33(2):43 – 50.

16. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016 Jan;387(10017):475 – 490.
17. Augusto ALP, Domingos DAO. Fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 5 anos com doença do aparelho respiratório. *BRASPEN Journal*. 2017 Jul;32(3):203 – 208.
18. de Carvalho CA, de Almeida Fonsêca PC, Nobre LN, Silva MA, Pessoa MC, Ribeiro AQ, et al. Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Nov;22(11):3699 – 3710.
19. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Rio de Janeiro; 2012.
20. Chong Neto HJ, Rosário NA. Expandindo a aplicação de questionário padronizado para sibilância recorrente no lactente. *Jornal de Pediatria*. 2009 04;85:170 – 174.
21. Villar J, Ismail LC, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *The Lancet*. 2014 Sep;384(9946):857 – 868.
22. Oliveira JM, de Castro IRR, e Silva GB, Venancio SI, Saldiva SRDM. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015 02;31:377 – 394.
23. ABEP. Critério Brasil 2015 e Atualização da Distribuição de Classes para 2016; 2016.
24. Garcia-Marcos L, Mallol J, Solé D, Brand PLP, the EISL Study Group. International study of wheezing in infants: risk factors in affluent and non-affluent countries during the first year of life. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2010 July;21(5):878 – 888.
25. Mallol J, García-Marcos L, Solé D, Brand P, the EISL Study Group. International prevalence of recurrent wheezing during the first year of life: variability, treatment patterns and use of health resources. *Thorax*. 2010 Sep;65(11):1004 – 1009.
26. Ferreira ICC, Wandalsen NF. Prevalência e gravidade da sibilância no primeiro ano de vida no município de Santo André. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014 09;32:164 – 170.
27. de Assis EV, de Sousa MNA, do Nascimento Andrade Feitosa A, de Souza ACA, de Almeida Leitão P, de Quental OB, et al. Prevalência de sibilância recorrente e seus fatores de risco. *Journal of Human Growth and Development*. 2013 Dec;24(1):80 – 85
28. Mebrahtu TF, Feltbower RG, Parslow RC. Effects of birth weight and growth on childhood wheezing disorders: findings from the Born in Bradford Cohort. *BMJ Open*. 2015;5(11):e009553.
29. Strassburger SZ, Vitolo MR, Bortolini GA, Pitrez PM, Jones MH, Stein RT. Erro alimentar nos primeiros meses de vida e sua associação com asma e atopia em pré-escolares. *Jornal de Pediatria*. 2010 10;86:391 – 399.
30. Azad MB, Vehling L, Lu Z, Dai D, Subbarao P, Becker AB, et al. Breastfeeding, maternal asthma and wheezing in the first year of life: A longitudinal birth cohort study. *European Respiratory Journal*. 2017 May;49(5).
31. de Sousa RB, Medeiros D, Sarinho E, Rizzo JA, Silva AR, Bianca ACD. Fatores de risco para sibilância recorrente em lactentes: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50(15).

32. Borrego JT, Tortajada M. Factors that increase wheezing risk in nursing infants in the first year of life. *Allergologia et Immunopathologia*. 2016 September–October;44(5):391 – 392.
33. Prato MIC, da Silveira A, Neves ET, Buboltz FL. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 2014 Julho;14(1):33 – 39.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho proposto articula-se com os objetivos da Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) uma vez que visa analisar aspectos relacionados à saúde e nutrição a partir dos princípios do SUS, considerando as necessidades de saúde da população.

Nos deparamos todos os anos, principalmente no período de inverno, com internações relacionadas à sibilância e doenças respiratórias. Por ser um sintoma tão comum e frequente, concluí que esse estudo agregaria à equipe multidisciplinar no que diz respeito ao manejo da doença. Acredito que o Trabalho de Conclusão de Residência contribuiu muito para minha formação profissional, visto que, através da pesquisa pude ter uma percepção real do sistema único de saúde e a importância dos atendimentos às famílias.

Além disso, colaborou para o conhecimento da população atendida na instituição, facilitando a compreensão dos problemas enfrentados por essas famílias. Por meio deste estudo poderemos otimizar nossas orientações, focando nos principais determinantes que influenciam no desenvolvimento de sibilância recorrente na infância, e conseqüentemente, evitando reinternações.

Mais pesquisas são necessárias para contribuir com a implantação de políticas públicas de saúde direcionadas a diminuir as desigualdades socioeconômicas e educacionais da população, reduzindo a prevalência e a gravidade da sibilância no primeiro ano de vida, sobretudo em países em desenvolvimento (FERREIRA; WANDALSEN, 2014).

REFERÊNCIAS

- ABEP. Critério Brasil 2015 e Atualização da Distribuição de Classes para 2016. 2016.
- ANDRADE, V. N. D. et al. Perfil das internações por causas respiratórias em duas unidades de terapia intensiva pediátricas em Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 40, n. 1, p. 250 – 262, jan./mar. 2016.
- ANTUNES, L. dos S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, scielo, v. 13, p. 103 – 109, Fev. 2008.
- ASSIS, E. V. de et al. Prevalência de sibilância recorrente e seus fatores de risco. *Journal of Human Growth and Development*, v. 24, n. 1, p. 80 – 85, Dec. 2013.
- AUGUSTO, A. L. P.; DOMINGOS, D. A. O. Fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 5 anos com doença do aparelho respiratório. *BRASPEN Journal*, v. 32, n. 3, p. 203 – 208, Jul. 2017.
- AZAD, M. B. et al. Breastfeeding, maternal asthma and wheezing in the first year of life: A longitudinal birth cohort study. *European Respiratory Journal*, v. 49, n. 5, May 2017.
- BIANCA, A. C. C. D.; WANDALSEN, G. F.; SOLÉ, D. Lactente sibilante: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, v. 33, n. 2, p. 43 – 50, Jun. 2010.
- BORREGO, J. T. .; TORTAJADA, M. Factors that increase wheezing risk in nursing infants in the first year of life. *Allergologia et Immunopathologia*, v. 44, n. 5, p. 391 – 392, September–October 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de informática do SUS. Informações de saúde. Epidemiológicas e morbidade. Brasília; 2012.
- BREIGEIRON, M. K. et al. Associação entre estado nutricional, aleitamento materno exclusivo e tempo de internação hospitalar de crianças. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. fasc. esp., p. 47 – 54, 2015.
- CARVALHO, C. A. de et al. Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 11, p. 3699 – 3710, Nov. 2017.
- CHONG NETO, H. J.; ROSÁRIO, N. A. Expandindo a aplicação de questionário padronizado para sibilância recorrente no lactente. *Jornal de Pediatria*, scielo, v. 85, p. 170 – 174, 04 2009.
- FERREIRA, I. C. C.; WANDALSEN, N. F. Prevalência e gravidade da sibilância no primeiro ano de vida no município de Santo André. *Revista Paulista de Pediatria*, scielo, v. 32, p. 164 – 170, 09 2014.

FINDER, J. D. Understanding airway disease in infants. *Current Problems in Pediatrics*, v. 29, n. 3, p. 65 – 81, March 1999.

FORNAZARI, D. H.; MELLO, D. F. de; ANDRADE, R. D. Doenças respiratórias e seguimento de crianças menores de cinco anos de idade: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, scielo, v. 56, p. 665 – 668, 12 2003.

FRAUCHES, D. de O. et al. Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1 – 11, Jan-Dez 2017.

GARCIA-MARCOS, L. et al. International study of wheezing in infants: risk factors in affluent and non-affluent countries during the first year of life. *Pediatric Allergy and Immunology*, v. 21, n. 5, p. 878 – 888, July 2010.

HERNANDEZ HERNANDEZ, D. Projeto de intervenção: educação da população para prevenção de infecções respiratórias agudas em crianças de 0-14 anos. 2017.

MALLOL, J. et al. International prevalence of recurrent wheezing during the first year of life: variability, treatment patterns and use of health resources. *Thorax*, v. 65, n. 11, p. 1004 – 1009, Sep. 2010.

MARTINEZ, J. A. B. Nem tudo que sibila é asma! *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 39, n. 4, Julho/Agosto 2013.

MARTINS, A. L. O. et al. Incidência de infecções comunitárias de vias aéreas inferiores em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 34, n. 2, p. 204 – 209, Março 2016.

MEBRAHTU, T. F.; FELTBOWER, R. G.; PARSLOW, R. C. Effects of birth weight and growth on childhood wheezing disorders: findings from the Born in Bradford Cohort. *BMJ Open*, BMJ Publishing Group, v. 5, n. 11, p. e009553 –, 2015.

NASCIMENTO, L. F. C. et al. Análise hierarquizada dos fatores de risco para pneumonia em crianças. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, scielo, v. 30, p. 445 – 451, 10 2004.

NATALI, R. M. de T. et al. Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. *Revista Paulista de Pediatria*, scielo, v. 29, p. 584 – 590, 12 2011.

OLIVEIRA, J. M. et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cadernos de Saúde Pública*, scielo, v. 31, p. 377 – 394, 02 2015.

OLIVEIRA, L. N. de et al. Vulnerabilidades de crianças admitidas em unidade de internação pediátrica. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 367 – 373, Dec 2014.

PRATO, M. I. C. et al. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, v. 14, n. 1, p. 33 – 39, Julho 2014.

SILVA, D. R. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário. *Jornal Brasileiro de Pneumologia, scielo*, v. 39, p. 164 – 172, 04 2013.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3. ed. Rio de Janeiro, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Sibilância Recorrente do Lactente e Pré-escolar. Rio de Janeiro, 2017. Guia Prático de Atualização.

SOUSA, C. A. de et al. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública, scielo*, v. 46, p. 16 – 25, 02 2012.

SOUSA, R. B. de et al. Fatores de risco para sibilância recorrente em lactentes: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 15, 2016.

STRASSBURGER, S. Z. et al. Erro alimentar nos primeiros meses de vida e sua associação com asma e atopia em pré-escolares. *Jornal de Pediatria, scielo*, v. 86, p. 391 – 399, 10 2010.

TAUSSIG, L. M. et al. Tucson children's respiratory study: 1980 to present. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 111, n. 4, p. 661 – 675, April 2003.

TEIJEIRO, A. et al. Risk factors for recurrent wheezing in the first year of life in the city of Córdoba, Argentina. *Allergologia et Immunopathologia*, v. 45, n. 3, p. 234 – 239, May–June 2017.

VARGAS, V. de S. Fatores de risco para patologias respiratórias infantis. *Revista Salus, Guarapuava*, v. 4, n. 1, p. 87 – 98, Jan./Jun. 2010.

VARGAS, V. de S.; SOARES, M. C. F. Estado nutricional e padrões de aleitamento em crianças acometidas por doenças respiratórias no Sul do Brasil. *ConScientiae Saúde*, v. 9, n. 2, p. 194 – 205, Jun. 2010.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, v. 387, n. 10017, p. 475 – 490, Jan. 2016.

VILLAR, J. et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *The Lancet*, v. 384, n. 9946, p. 857 – 868, Sep. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Don't pollute my future! The impact of the environment on children's health. World Health Organization, 2017.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: **RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES CLÍNICAS, PRÁTICAS ALIMENTARES E CRESCIMENTO DE CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES DE VIDA INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE**

Você e seu filho(a) estão sendo convidados a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a relação entre as condições clínicas, vulnerabilidades sociais e práticas alimentares com o estado nutricional de crianças de 0 a 2 anos de vida internadas em um hospital universitário de Porto Alegre. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Setor de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: Você deverá responder a um questionário com algumas perguntas sobre você e a sua família. Também responderá a perguntas sobre seu filho (a) como hábito alimentar, hábitos de sono e episódios de sibilância da criança, fatores pré e pós-natal. Estas perguntas serão realizadas por uma das pesquisadoras que anotarás as suas respostas. Esta entrevista será realizada em uma sala da unidade e você levará em torno de 45 minutos para responder aos questionamentos. Serão medidos peso e altura de seu filho(a). Também serão coletadas informações do prontuário on-line da criança, como por exemplo: o peso e o comprimento atual do seu(a) filho(a) e valores de hemograma e ferritina para avaliação da anemia. Por isso, solicitamos a sua autorização para realizar este acesso.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, apenas o possível desconforto do tempo de resposta ao questionário.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, podendo beneficiar futuros pacientes.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você ou seu filho(a) recebem ou possam vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Vera Lúcia Bosa, pelo telefone (51) 3308 5766, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

Nome do participante de pesquisa (criança)

Nome da participante de pesquisa (mãe)

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO B - Instrumento para coleta de dado

1 - Não 2 - Sim 8888- não se aplica (NSA) 9999- sem informação (SI)

Data da entrevista: ___ / ___ / ___	
Entrevistador(a): _____	
Local da Coleta: 1 () Internação 10°N 2 () Internação 10°S 3 () Internação 9°S 4 () Emergência Pediátrica	
DADOS GERAIS DA MÃE E CONDIÇÕES SOCIAIS	
1. Nome da mãe:	NM
2. Nome da criança:	NC
3. Número prontuário:	PRONT
4. Data de nascimento:	DNM
5. Idade completa:	IMAT
6. Qual a sua situação conjugal atual? 1 () Solteiro 2 () Casado 3 () Viúvo 4 () Divorciado 5 () União estável	SITCONJ
7. Quantas pessoas que vivem em sua residência (contando com você)?	HAB
8. Quem é o chefe da família? 1 () Você mesmo 2 () Companheiro que não seja o pai da criança 3 () Companheiro e pai da criança 4 () Outro, especificar:	QCHEF
9. Qual a escolaridade do chefe da sua família? 1 () Analfabeto 2 () 1º grau incompleto 3 () 1º grau completo 4 () 2º grau incompleto 5 () 2º grau completo 6 () 3º grau incompleto 7 () 3º grau completo (superior) 8 () Não sabe 9 () Outra. Especificar:	ESCCHEF
10. Até que ano da escola ele estudou?	ANESTCHEF
11. Qual a sua escolaridade (Caso não seja o chefe da família)? 1 () Analfabeto 2 () 1º grau incompleto 3 () 1º grau completo 4 () 2º grau incompleto 5 () 2º grau completo 6 () 3º grau incompleto 7 () 3º grau completo (superior) 8 () Não sabe 9 () Outra. Especificar:	ESCMAE
12. Até que ano da escola você estudou?	ANESTMAE
13. Qual a escolaridade do pai da criança (Caso não seja o chefe da família)? 1 () Analfabeto 2 () 1º grau incompleto 3 () 1º grau	ESCPAI

completo 4() 2º grau incompleto incompleto 7() 3º grau completo (superior) 8() Não sabe Especificar:	5() 2º grau completo 6() 3º grau 9() Outra.	
14. Você possui trabalho remunerado? 1() Não 2() Sim, qual		TRAB
15. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria)? Renda: ou Salários mínimos ou quais benefícios?		RENDA
QUESTIONÁRIO DA ABEP		
16.1 Quantidade de banheiro? ____ (0) não possui		QBAN
16.2 Quantidade de empregados mensalistas? ____ (0) não possui		QEMP
16.3 Quantidade de automóveis? ____ (0) não possui		QAUT
16.4 Quantidade de microcomputador? ____ (0) não possui		QMICP
16.5 Quantidade lava-louça? ____ (0) não possui		QLL
16.6 Quantidade de geladeiras? ____ (0) não possui		QGEL
16.7 Quantidade de freezers? ____ (0) não possui		QFREE
16.8 Quantidade de lava-roupa? ____ (0) não possui		QLR
16.9 Quantidade de DVD? ____ (0) não possui		QDVD
16.10 Quantidade de micro-ondas? ____ (0) não possui		QMICRO
16.11 Quantidade de motocicletas? ____ (0) não possui		QMOTO
16.12 Quantidade de secadora de roupas? ____ (0) não possui		QSR
17. Água encanada? 1() Não 2() Sim		AGUA
18. Rua pavimentada? 1() Não 2() Sim		RUA
19. Qual o grau de instrução do chefe da família? (0)analfabeto/fundamental I incompleto (1)fundamental I completo/fundamental II incompleto (2)fundamental completo/médio incompleto (3)médio completo/superior incompleto (4)superior completo		ESCCHEF
RESULTADO		
CONDIÇÕES DE SAÚDE E VULNERABILIDADE		
20. Você costuma frequentar a unidade de saúde? 1() Não 2() Sim		FREQUBS
21. Você realizou pré-natal? 1() Não 2() Sim		PRENAT
22. Quantas consultas de pré-natal realizou? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou mais		NPRENAT
23. Qual seu peso antes de engravidar?		PPREG
24. Qual seu peso após a gestação?		PPOSG
25. Número de gestações?		NGEST
26. Você usou algum tipo de droga durante a gestação? 1() Não 2()		DROGG

Sim	
27. Você fumou durante a gestação? 1() Não – Pule para 29 2() Sim	FUMG
28. Fuma atualmente? 1() Não 2() Sim. Quantos por dia? 888()NSA	FATUAL/QFUM
29. Você ingeriu bebida alcoólica durante a gestação? 1() Não – Pule para 31 2() Sim	BALCG
30. Com que frequência? 1() Uma vez semana 2() Todos os dias 3() Aos finais de semana 4() Comemorações 888()NSA	FBALC
31. Você foi diagnosticada com hipertensão na sua gestação? 1() Não – Pule para 33 2() Sim 3() Já era hipertensa	HTG
32. Qual a classificação de sua hipertensão? 1() Pré-eclâmpsia 2() Hipertensão crônica 3() Eclampsia 4() Pré-eclâmpsia superposta à HC 5() Hipertensão gestacional 888() NSA	CLASHT
33. Possui histórico familiar de hipertensão? 1() Não 2() Sim 999() SI	HFHT
34. Você apresentou diabetes durante sua gestação? 1() Não – Pule para 36 2() Sim 3() Já era hipertensa	DMG
35. Qual a classificação da sua diabetes? 1() DM1 2() DM2 3() Diabetes Gestacional (DMG) 888()NSA	CLASDM
36. Você possui histórico familiar de diabetes? 1() Não 2() Sim 999() SI	HFDM
37. Você apresentou alguma outra doença na sua gravidez? 1() Não 2() Sim Qual:	ODUG
38. Onde costumam a levar a criança para as consultas de rotina? 1() Serviço particular ou convênio - pule para questão 40 2() Rede pública	CONSCRI
39. Qual a Rede pública? 1() UBS 2() PACS/ESF 3() outro 888()NSA	QUALRP
DADOS DA CRIANÇA E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA CRIANÇA	
40. Qual a data de nascimento da criança?	DNCRI
41. Idade?	IC
42. Qual o sexo da criança? () Masculino -M () Feminino- F	SEX
43. Com quantas semanas nasceu?	IG
44. Qual foi o peso da criança ao nascer?	PN
45. Qual foi o comprimento da criança ao nascer?	CN
46. Classificação: 1()AIG 2()PIG 3()GIG	CLA
47. Seu filho vai à creche ou escolinha? 1() Não- Pule para 50 2() Sim	CREC
48. Em qual turno? 1() turno integral 2() meio turno 888() NSA	TURCREC

49. Desde quando? _____ dias de vida da criança 888() NSA	DESQ
50. Onde fica? 1() Em casa 2() Casa de um familiar 3() Outros	ONDFI
51. Quem é o responsável?	RESP
52. Qual o número de consultas seu(sua) filho(a) já foi no primeiro ano de vida?	NCONS
53. Quantas vezes seu(sua) filho(a) foi internado no primeiro ano de vida? Qual motivo:	NINT
54. Quantas vezes seu filho frequentou a emergência neste último ano (sem necessitar de internação)? Qual motivo:	EMA/MOTEMA
DADOS DO PRONTUÁRIO	
55. Peso atual da criança:	PA
56. Comprimento atual da criança:	CA
57. Escore-z P/E: Classificação P/E:	PE CLASPE
Escore-z P/I:	PI
Escore-z E/I: Classificação E/I:	EI CLASEI
58. Qual o motivo da internação atual?	MOTINT
QUESTIONÁRIO DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	
59. Seu bebê teve sibilâncias/chiado no peito/bronquite? 1 () não 2 () sim	SICHIBRO
60. Seu bebê teve mais de três episódios de sibilância/chiado no peito/bronquite? 1 () não 2 () sim	TRESEP
61. Seu bebê recebeu medicamentos inalados para aliviar o chiado no peito por nebulizadores ou inaladores? 1 () não 2 () sim	MEDINAL
62. Seu bebê recebeu tratamento com corticoides inalados (bombinhas=beclometazona, budenosida, mometasona, triancinolona e fluticazona)? 1 () não 2 () sim 999 () SI	TTOCOR
63. Seu bebê recebeu tratamento com antileucotrienos (montelucaste e zafirlucaste)? 1 () não 2 () sim 999 () SI	TTOANTI
64. Corticóides orais (prednisona e prednisolona)? 1 () não 2 () sim 999 () SI	CORTOR
65. Acordou a noite por tosse, sufocação ou chiado no peito algumas vezes ou mais? 1 () não 2 () sim	ACORD
66. Nestes dias as sibilâncias ou chiado no peito foram tão fortes a ponto de ser necessário levá-lo a um serviço de emergência? 1 () não 2 () sim	SIBEMA
67. Nestes últimos dias a sibilância ou chiado no peito foram tão fortes que você alguma vez o encontrou com muita dificuldade para respirar (com falta de ar)? 1 () não 2 () sim	SIBAR
68. Seu bebê já foi hospitalizado (internado em hospital) por bronquite? 1 (HOSPBRON

) não 2 () sim	
69. Algum médico lhe disse alguma vez que seu bebê tem asma? 1 () não 2 () sim	ASMA
70. Seu bebê já teve pneumonia? 1 () não 2 () sim	PNEU
71. Seu bebê já esteve hospitalizado por pneumonia? 1 () não 2 () sim	HOSPPNEU
72. Seu bebê tem familiares com asma? 1 () não 2 () sim	HFASMA
73. Algum médico lhe disse alguma vez que seu filho tem dermatite atópica? 1 () não 2 () sim	DEATOP
74. Seu filho tem alergia a algum alimento? 1 () não 2 () sim	ALEG
75. Você acha que seu bebê está apresentando chiado no peito ou bronquite neste momento? 1 () não 2 () sim	CHIBQTAT
QUESTIONÁRIO DO SONO	
76. Qual é sua organização para dormir? 1() Berço em quarto separado 2() Berço no quarto dos pais 3() Na cama dos pais 4() Berço no quarto dos irmãos 5() Outro. Especificar	ORGDOR
77. Em qual posição ele(a) dorme na maior parte das vezes? 1() Barriga para baixo 2() De lado 3() De costas	POSDOR
78. Quanto tempo ele(a) passa dormindo durante a NOITE (entre 7 da noite e 7 da manhã)? Horas:_____ Minutos:_____	TDORN
79. Quanto tempo ele(a) passa dormindo durante o DIA (entre 7 da manhã e 7 da noite)? Horas:_____ Minutos:_____	TDORD
Tempo total de sono em horas:	TDORT
80. Média da vezes que ele(a) acorda por noite? _____ vezes	ACORDN
81. Quanto tempo você leva para fazê-lo(a) dormir?	TDORMIR
82. Como ele(a) adormece? 1() Sendo alimentado 2() Sendo embalado 3() No colo 4() Sozinho na cama 5() Na cama perto dos pais	COMOD
83. Que horas ele(a) normalmente adormece à noite?	HORAD
84. Você considera o sono de seu(sua) filho(a) um problema? 1() Um problema muito grave 2() Um problema pouco grave 3() Não considera um problema	PROB
HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA	

85. A criança mamou no peito nas primeiras horas de vida? 1() Não 2() Sim –Pula para questão 87	AMPH
86. Se não mamou no peito, nas primeiras horas, o que recebeu? 1() Solução glicosada via oral 2() Soro glicosado endovenoso 3() Fórmula 1º Semestre 4() Outro. Qual? 888() NSA 999()SI	OREC
87. Seu filho ainda mama no peito? 1() Não 2() Sim – Pula para questão 87	AMAT
88. Se não, quando parou de amamentar?	QPARAM
O seu filho recebe ou recebeu outro leite que não o materno? 1() Não– Pula para questão 90 2() Sim	OUTL
89. Se sim, quando introduziu? _____ dias de vida do seu filho.	QUANINT
90. Qual o tipo de leite oferecido? 1. Leite de primeiro semestre – NAN1, Milupa1, Aptamil1, Nestogeno1 1() Não 2() Sim Idade_____ 2. Leite de seguimento – NAN2, Nestogeno2, Milupa2, Aptamil2 1() Não 2() Sim Idade_____ 3. Leite de vaca – Em pó, caixinha ou saquinho 1() Não 2() Sim Idade_____ 4. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk. 1() Não 2() Sim Idade_____ 5. Outro tipo de leite. Qual? _____ Idade?	TIPL QIDAD
91. Tomou água? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	TOMAGUA
92. Tomou chá? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	TOMCHA
93. Tomou suco de fruta natural ou água de coco? 1() Não 2() Sim	SUCNAT
94. Tomou suco industrializado em pó? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	SUCIND
95. Tomou refrigerante? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	REF
96. Tomou café? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	CAF
97. Comeu mingau com leite? 1() Não 2() Sim	MINL
98. Comeu outro tipo de mingau? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	OUMIN
99. Comeu mamão, manga ou pitanga? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	MAMAO
100. Comeu alimento adoçado com mel, açúcar, melado, adoçante? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	ACUCAR
101. Comeu balas, pirulito, bolachas, salgadinho de pacote ou outras guloseimas? 1() Não 2() Sim 3() Não sabe	GULO
103. Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)? 1() Não – pule para questão 106 2() Sim 999()SI– pule para questão 106	COMSAL

104. Com que idade deu comida de sal?	IDCOMSALL
105. A comida oferecida foi: 1 () Igual à da família 2 () Preparada só para a criança 3 () Industrializada 888() NSA 999()SI	COMOFOI
106. A comida oferecida foi: 1 () Amassada 2 () Em pedaços 3 () Passada na peneira 4 () Liquidificada 888() NSA 999()SI	CONSIG
107. Comeu algum tipo de carne? 1() Não 2 () Sim	CAR
108. Comeu fígado? 1() Não 2 () Sim	FIG
109. Comeu feijão ou lentilha? 1() Não 2 () Sim	FEI
110. Comeu ovo? 1() Não 2 () Sim	OVO
111. Comeu arroz, batata, aipim ou macarrão sem ser miojo? 1() Não 2 () Sim	ARROZ
112. Comeu legumes? 1() Não 2 () Sim	LEG
113. Comeu abóbora, cenoura ou brócolis? 1() Não 2 () Sim	ABO
114. Comeu verduras de folhas? 1() Não 2 () Sim	VERFOL
115. Comeu ultraprocessados (salsicha, nuggets, macarrão tipo miojo)? 1() Não 2() Sim	ULTP
116. Com qual consistência utilizada na alimentação atual do seu(sua) filho(a)? 1() Em forma de sopas, predominantemente líquidos 2() Papas liquidificadas e/ou peneiradas 3() Papas amassadas, consistência pastosa 4() Alimentos com pequenos pedaços 5() Consistências da alimentação da família	CONSIGAT

ANEXO C- Aprovação do projeto de pesquisa

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES CLÍNICAS, VULNERABILIDADES SOCIAIS E PRÁTICAS ALIMENTARES NO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE VIDA INTERNADAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE

Pesquisador Responsável: Vera Lúcia Bosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58626116.5.0000.5327

Submetido em: 17/11/2016


Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_758729