

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
SAÚDE DA CRIANÇA**

GABRIELLE PAIM GONÇALVES

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS**

**PORTO ALEGRE
2023**

GABRIELLE PAIM GONÇALVES

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Integrada Multiprofissional em Saúde do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre –
ênfase em Saúde da Criança como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde da Criança.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Bosa

Porto Alegre
2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, pois eles são os maiores incentivadores dos meus sonhos. E sem o apoio e o esforço deles nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por Sua bondade e misericórdia, por ter me guiado e inspirado no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço à minha família e amigos por todo apoio e incentivo recebido ao longo de toda a trajetória dentro da residência.

Agradeço aos professores que tive a oportunidade de conhecer na residência, em especial minha orientadora, Prof. Vera, por todo o apoio, parceria e confiança durante toda a realização deste trabalho.

Agradeço aos colegas do projeto de pesquisa, que se engajaram e auxiliaram na coleta de dados, em especial a Haissa por toda parceria e auxílio; e a Luísa por compartilhar diariamente a experiência da residência junto comigo.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a situação de insegurança alimentar em famílias de crianças hospitalizadas e associar com dados socioeconômicos e nutricionais.

Método: Estudo transversal realizado em crianças hospitalizadas em um hospital universitário no município de Porto Alegre/RS, internadas no serviço de pediatria de março a setembro de 2023. Para avaliar a insegurança alimentar foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Para avaliação do consumo alimentar foi aplicado o formulário de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica.

Resultados: Avaliou-se 269 crianças hospitalizadas. A insegurança alimentar (IA) esteve presente em 155 (57,6%) das famílias. A IA mostrou associação significativa com a cor da pele, 46,3% das famílias que autodeclararam preto/pardo/amarelo estavam em IA leve ($p=0,015$); com a renda, 87,8% das famílias com renda inferior a 3 salários mínimos estavam em IA leve ($p<0,001$); escolaridade, as famílias que estava em IA moderada/grave possuíam $9,1 \pm 2,8$ anos de estudo, em comparação com as famílias que estavam em segurança alimentar, que tiveram $10,4 \pm 1,8$ anos de estudo ($p<0,001$); e com as famílias beneficiárias de programas sociais, 84,2% das famílias que afirmaram receber benefícios sociais estavam em IA moderada/grave ($p<0,001$). Em relação ao estado nutricional das crianças, destaca-se que 33% encontravam-se com déficit nutricional.

Conclusão: A insegurança alimentar esteve fortemente associada a fatores socioeconômicos, como renda familiar, escolaridade, cor da pele e recebimento de benefícios sociais entre as famílias de crianças hospitalizadas.

Palavras-chave: Insegurança alimentar; Saúde Infantil; Criança Hospitalizada

ABSTRACT

Objective: To evaluate the situation of food insecurity in families of hospitalized children and associate it with socioeconomic and nutritional data.

Methods: Cross-sectional study carried out on children hospitalized in a university hospital in the city of Porto Alegre/RS, admitted to the pediatrics service from March to September 2023. To assess food insecurity, the Escala Brasileira de Insegurança Alimentar was used. To assess food consumption, the food consumption form from the Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional was applied. Quantitative variables were described by mean and standard deviation or median and interquartile range.

Results: 269 hospitalized children were evaluated. Food insecurity (FI) was present in 155 (57.6%) of the families. AI showed a significant association with skin color, 46.3% of families that self-declared black/brown/yellow were in mild FI ($p=0.015$); with income, 87.8% of families with income below 3 minimum wages were in light FI ($p<0.001$); educational level, families that were in moderate/severe FI had 9.1 ± 2.8 years of study, compared to families that were food secure, which had 10.4 ± 1.8 years of study ($p<0.001$); and with families benefiting from social programs, 84.2% of families who reported receiving social benefits were in moderate/severe FI ($p<0.001$). In relation to the nutritional status of the children, it is noteworthy that 33% were found to have a nutritional deficit.

Conclusions: Food insecurity was strongly associated with socioeconomic factors, such as family income, education, skin color and receipt of social benefits among families of hospitalized children.

Keywords: Food Insecurity; Children's Health; Child, Hospitalized

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação do estado nutricional das crianças hospitalizadas **27**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos cuidadores/famílias de crianças em internação hospitalar
25

Tabela 2 - Caracterização das crianças em internação hospitalar **26**

Tabela 3 - Marcadores de consumo alimentar (SISVAN) entre as crianças hospitalizadas
28

Tabela 4 - Associação entre a insegurança alimentar e fatores socioeconômicos e nutricionais **29**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AME Aleitamento Materno Exclusivo

ANOVA Análise de Variância

BPC Benefício de Prestação Continuada

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DHAA Direito Humano à Alimentação Adequada

EAN Educação Alimentar e Nutricional

EBIA Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

ENANI Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil

FNDE Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

HCPA Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IA Insegurança Alimentar

IAL Insegurança Alimentar Leve

IAM Insegurança Alimentar Moderada

IAN Insegurança Alimentar e Nutricional

IAG Insegurança Alimentar Grave

IMC/I Índice de massa corporal para Idade

P/E Peso para Estatura

PBF Programa Bolsa Família

PNAE Programa Nacional de Alimentação Escolar

REDCap Research Electronic Data Capture

SAN Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SPSS Statistical Package for Social Science

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGISAN Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivo específico	13
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1 Insegurança Alimentar	14
5. RESULTADOS	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
7. REFERÊNCIAS	37
8. APÊNDICES	40
9. ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

A alimentação adequada e saudável é fundamental durante toda a vida, pois contribui decisivamente para o crescimento, desenvolvimento fisiológico, desempenho e produtividade, assim como para a manutenção da saúde e bem-estar. As crianças precisam de um suporte equilibrado de nutrientes, para possibilitar seu apropriado desenvolvimento cognitivo e psicomotor (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2022). É prioritário garantir às crianças o acesso regular e permanente à alimentação, pois experimentar restrição alimentar quantitativa importante, ou episódios que configuram situação de fome durante este período, reflete negativamente na sobrevivência, no crescimento físico e no desenvolvimento neuropsicomotor (Poblacion *et al.*, 2014).

No Brasil, as políticas públicas direcionadas à garantia da alimentação adequada e saudável contribuíram para a modificação do perfil nutricional das crianças brasileiras. Antes marcado pela desnutrição e deficiência de micronutrientes, o cenário atual se caracteriza pelo excesso de peso, causado principalmente pela facilidade de acesso a alimentos ultraprocessados pelas famílias de baixa renda (Bezerra *et al.*, 2019).

O impacto da pandemia levou a dificuldades no transporte de alimentos, aumento dos preços e perda ou diminuição da renda, o que aumentou o risco de insegurança alimentar (IA) entre crianças e adolescentes de famílias de baixa renda. As crianças, quando expostas à IA, tendem a ter padrões alimentares pouco saudáveis, como consumir alimentos mais ricos em calorias, mas com baixo teor de nutrientes. Isso pode ocorrer devido ao alto custo de uma alimentação saudável, forçando-os a comprar alimentos de baixo custo e com pior qualidade nutricional, isso contribui para aumentar o risco de desnutrição e hospitalizações, principalmente por pneumonia e diarreia. Além disso, crianças e adolescentes de famílias de baixa renda podem encontrar mais barreiras para desenvolver comportamentos alimentares saudáveis, como educação em saúde limitada ou insuficiente entre seus pais ou cuidadores e dificuldade no acesso aos serviços de saúde (Yeh *et al.*, 2021; Poblacion *et al.*, 2016).

Portanto, ao avaliar a situação de IA em famílias de crianças hospitalizadas, torna-se possível planejar um cuidado nutricional especializado.

Esse planejamento pode impactar na redução das desigualdades econômicas e sociais, visando a garantia de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) para que as crianças tenham adequado estado nutricional e garantam seu pleno crescimento e desenvolvimento.

2 JUSTIFICATIVA

As famílias de baixa renda que enfrentam a insegurança alimentar em seus domicílios são impactadas não só pela restrição ao acesso a alimentos, mas também pelo consumo de alimentos de baixa qualidade nutricional. Isso ocorre devido à maior disponibilidade de alimentos ultraprocessados em comparação às opções saudáveis. Como resultado, as crianças podem sofrer prejuízos em seu estado nutricional e desenvolvimento cognitivo, levando a problemas como desnutrição, deficiências de vitaminas e minerais e excesso de peso, tornando-os suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis a longo prazo.

As equipes de saúde que atendem crianças na rede pública precisam adotar práticas multidimensionais e considerar todos os fatores determinantes e condicionantes de saúde que a criança está inserida. Isso inclui as condições socioeconômicas das famílias que, muitas vezes, dificultam com que os profissionais atuem de forma efetiva. Portanto, se faz necessário avaliar os fatores associados à situação de segurança alimentar nas famílias de crianças hospitalizadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a situação de insegurança alimentar em famílias de crianças hospitalizadas em um hospital terciário de Porto Alegre.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Identificar a prevalência de insegurança alimentar entre as famílias estudadas;

3.2.2 Identificar os marcadores de consumo alimentar e o estado nutricional das crianças;

3.2.3 Relacionar o grau de insegurança alimentar com dados socioeconômicos e nutricionais.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Insegurança Alimentar

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como a garantia de acesso contínuo à quantidade e qualidade suficientes de alimentos, obtido por meio socialmente aceitável, de forma a assegurar o bem estar e a saúde dos indivíduos (Brasil, 2003). A situação de IA é um poderoso estressor para as famílias, com implicações significativas para a saúde; estas incluem impactos no desenvolvimento físico, social, cognitivo e comportamental, que podem influenciar durante toda a vida do indivíduo (Gallegos *et al.*, 2021).

Para fins de classificação, a IA divide-se em: leve, moderada e grave. A insegurança alimentar leve (IAL) é caracterizada pelo comprometimento da qualidade da alimentação em detrimento da manutenção da quantidade percebida como adequada para os moradores do domicílio. A insegurança alimentar moderada (IAM) remete à insuficiência de alimentos com restrições de sua quantidade ou mudança nos padrões usuais da alimentação entre os adultos. A insegurança alimentar grave (IAG) é caracterizada pela quebra do padrão usual da alimentação com comprometimento da qualidade e redução da quantidade de alimentos nas refeições de todos os membros da família, inclusive das crianças residentes no domicílio, podendo ainda incluir a experiência de fome (Poblacion *et al.*, 2014).

Para avaliação da insegurança alimentar e nutricional (IAN) no Brasil, foi criada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), indicador direto da magnitude do problema na população, mensurado por meio de um questionário aplicado ao responsável da família (Bezerra *et al.*, 2019). A EBIA é uma escala que foi adaptada para a realidade brasileira que mede diretamente a percepção e vivência de IA e fome no nível domiciliar. É uma medida que expressa acesso aos alimentos e proporciona alta confiabilidade da escala, pois traduz a experiência de vida com a IA e a fome dos componentes do domicílio. A EBIA tem, portanto, a capacidade de mensurar a dificuldade de acesso familiar aos alimentos e também às dimensões psicológicas e sociais. Considerando também se tratar de uma escala com fácil aplicação e baixo custo (Brasil, 2014).

Estudo realizado por Poblacion *et al.* (2014) utilizou o questionário EBIA para avaliar a prevalência de IA nos domicílios brasileiros com crianças menores

de cinco anos, encontrando como resultado, que 17,5% dessas residências enfrentavam IA grave. E especificamente nas regiões Norte e Nordeste, essa taxa aumentou para 30,7%. As crianças menores de cinco anos, além de representarem um grupo de indivíduos mais suscetíveis à IAN devido ao processo de crescimento e desenvolvimento, também eram proporcionalmente mais acometidas pela falta de acesso aos alimentos em casa quando comparadas com a população total do país (Poblacion *et al.*, 2014). Posteriormente, um estudo realizado em 2019, avaliou a prevalência de IAN no Brasil e encontrou os maiores índices nas regiões Norte e Nordeste do país. Os estados do Maranhão e do Piauí apresentaram as maiores prevalências, com 64,6% e 58,6%, respectivamente, enquanto Rondônia e Amazonas tiveram as menores, com 31,7% e 33,1%, respectivamente. Nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste as maiores prevalências foram encontradas em Goiás (37,8%) e Mato Grosso do Sul (30,5%), e as menores em Santa Catarina (14,8%) e Rio Grande do Sul (19,2%) (Bezerra *et al.*, 2019).

No entanto, esse cenário foi agravado pela pandemia de Covid-19 em 2020, que trouxe efeitos negativos na produção e distribuição de alimentos no mundo inteiro. Além disso, muitas famílias ficaram desempregadas, gerando um grande impacto econômico, principalmente nos grupos mais vulneráveis (Himmelgreen; Stern, 2021). Todos esses fatores contribuíram para que a taxa de IA no país chegasse a números alarmantes, com 125,2 milhões de pessoas vivendo nessa condição, e destas, 33 milhões em situação de fome, segundo a II VIGISAN (Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil), realizada em 2022 (Rede PENSSAN, 2022).

O estado nutricional e o acesso aos alimentos são frequentemente utilizados como fatores determinantes de IAN, mas o bom estado nutricional e/ou ausência de fome não são suficientes para garantir a SAN. A IA pode levar tanto à desnutrição quanto ao excesso de peso e está associado à “fome oculta”, que é uma forma de subnutrição devido à inadequação quantitativa e qualitativa da alimentação diária, ou doenças que provocam o mau aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos (Morais *et al.*, 2014). Como exemplo, a anemia ferropriva, um problema de saúde pública democraticamente distribuído entre as diferentes classes socioeconômicas, pode ter seu surgimento favorecido em contextos de IAN. Uma revisão sistemática observou que a anemia ferropriva está associada a indicadores sociodemográficos e de saúde (sexo masculino,

idade inferior aos 24 meses, não frequentar creche, filhos de mães adolescentes, número elevados de moradores no mesmo domicílio, infecções respiratórias, diarreias, baixa escolaridade materna), nutricionais (baixo peso ao nascer, características da dieta, “hábito de ingerir leite próximo dos horários das refeições” e introdução precoce de alimentação complementar) e econômicos (baixa renda per capita) que refletem a determinação social dessa carência (André et al., 2018).

Estudo transversal que avaliou a presença de IA e o impacto negativo na saúde das crianças brasileiras mostraram três fatores importantes relacionados com a saúde, independentemente associados à saúde das crianças que vivem em IA moderada ou grave: estado nutricional, consumo de alimentos saudáveis e hospitalizações devido a diarreia ou pneumonia. A pneumonia e a diarreia partilham fatores de risco ambientais, como a desnutrição, a amamentação não exclusiva, condições sanitárias e de habitação inadequadas, educação da mãe e má nutrição, entre outros. As hospitalizações de crianças menores de cinco anos por diarreia ou pneumonia durante o ano anterior à entrevista foram 30% mais prevalentes em domicílios com IA moderada ou grave (Poblacion et al., 2016).

Estudo realizado na Nicarágua, país em desenvolvimento, constatou que as crianças em domicílios com IA leve tinham probabilidades 65% mais elevadas de sofrer uma doença nas últimas duas semanas, 60% mais elevadas de desenvolver anemia e 34% mais elevadas de baixa estatura para a idade em comparação com crianças que vivem com segurança alimentar. As crianças em domicílios com IA moderada/grave tinham três vezes mais probabilidades de ficarem doentes e duas vezes mais probabilidades de terem anemia e baixa estatura para a idade em comparação com as crianças que viviam com segurança alimentar (Schmeer; Piperata, 2017).

Com isso, nota-se que a diminuição na disponibilidade, acesso e/ou consumo de alimentos compromete a qualidade, a quantidade e a regularidade que compõem a alimentação básica das famílias em situação de IA. Esse quadro, quando associado às crianças, resulta no comprometimento do aporte calórico e de nutrientes, refletindo em déficits no crescimento, desenvolvimento infantil e na saúde global (Bezerra et al, 2019). O crescimento linear é um importante indicador de desigualdade populacional, uma vez que a baixa estatura é um dos produtos da desigualdade social, permitindo inferir o déficit nutricional cumulativo (Morais et al., 2014).

No contraponto da desnutrição, tem-se a obesidade nas crianças de famílias com IA que ocorre por diversos fatores. Alimentos ricos em nutrientes, como frutas e vegetais frescos, podem ter um alto custo “por caloria”. Em contraste, os alimentos ricos em calorias e de baixo valor nutricional são frequentemente alimentos básicos com boa relação custo-eficácia para famílias nessas condições (Tester *et al.*, 2020). Somado a isso, as famílias que vivem com IA também podem alternar entre períodos de insuficiência alimentar e períodos de relativa estabilidade ou mesmo abundância. O manejo da IA frequentemente envolve a dependência de alimentos de baixo custo e a compulsão alimentar quando os recursos estão disponíveis. No público adulto, estudos têm mostrado evidências de padrões alimentares desordenados ou do tipo compulsivo entre adultos com IA, particularmente em indivíduos que sofreram escassez de alimentos quando crianças (Tester *et al.*, 2020).

A investigação do consumo alimentar individual é capaz de detectar a situação de IA, já que permite conhecer a ingestão alimentar, em seus aspectos qualitativos e quantitativos. Revisão sistemática realizada observou consumo excessivo de glicídios, consumo inadequado de energia e ferro e maior omissão de refeições entre as crianças de famílias em IA. Observou-se também associação entre IA, maior número de moradores no domicílio e ausência de vínculo empregatício do chefe da família. Além disso, verificou-se presença de IA em domicílios cujo informante autorreferiu raça/cor parda ou preta ao ser entrevistado (Morais *et al.*, 2014).

Para garantir o processo de fortalecimento da SAN no âmbito nacional foi criado o Programa Fome Zero, principal estratégia para as ações do governo federal, entre 2003 e 2004 composto por diversas linhas de transferência de renda. Programas de transferência de renda podem, ainda, contribuir muito para a diminuição da mortalidade infantil em geral e, em particular, para as mortes atribuíveis a causas relacionadas à pobreza, como desnutrição e diarreia, em um país de grande desigualdade de renda, como o Brasil. Isso se deve, porque a exemplo do Programa Bolsa Família (PBF), uma família inscrita deve cumprir condições específicas de educação e saúde, como imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além de frequência na escola dependendo da idade da criança (Bezerra *et al.*, 2019). Outra ação do governo para combater a fome e a desnutrição infantil destaca-se o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), criado em 1955, tem por objetivo

fornecer alimentação adequada aos estudantes por meio da oferta de refeições que atendam às necessidades nutricionais no período letivo e atividades de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), com vistas a promover o adequado crescimento e desenvolvimento físico, psíquico e social, rendimento escolar e aprendizagem, além da formação de hábitos alimentares saudáveis. Atualmente, o programa atende aproximadamente 42 milhões de estudantes matriculados na educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e a educação de jovens e adultos) de instituições de ensino públicas, filantrópicas e entidades comunitárias de esfera federal, estadual, distrital e municipal. O PNAE é um programa que tem a finalidade de garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Além disso, vale destacar que um dos marcos importantes da história do PNAE foi a Lei n. 11.947 de 2009, que implementou a obrigatoriedade da compra de gêneros alimentícios provenientes de agricultores ou empreendedores familiares, sendo que essa aquisição deve ser efetivada com no mínimo 30% do recurso transferido pelo FNDE. Isso contribuiu para o fortalecimento da intersectorialidade de modo a favorecer a promoção da SAN e da Soberania Alimentar no Brasil. Mais do que incentivar a produção sustentável dos alimentos, houve o desenvolvimento econômico das comunidades, o resgate do patrimônio alimentar, a redução da desigualdade social e da migração do meio rural para o urbano, com redistribuição de renda aos agricultores familiares (Oliveira, 2022).

Perante o exposto, a identificação dos determinantes sociais da IA contribui para a melhor compreensão sobre a vulnerabilidade das crianças que vivem em um ambiente com acesso insuficiente à alimentação adequada, além das possíveis ações para a sua redução, permitindo o planejamento de ações direcionadas para as dimensões da disponibilidade de alimentos, do acesso e do consumo (Antunes; Sichieri; Salles-Costa, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de insegurança alimentar se mostrou elevada nas famílias de crianças hospitalizadas, e nosso estudo demonstrou que a IA está associada com fatores socioeconômicos, como renda familiar, escolaridade, cor da pele e recebimento de benefícios sociais, o que também foi demonstrado por outros estudos.

A alimentação adequada e saudável é primordial para o adequado crescimento e desenvolvimento na infância e sua falta de acesso é um limitador no tratamento de saúde das crianças hospitalizadas. O Estado deve garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) por meio de políticas públicas e a hospitalização representa um momento crucial para rastrear as crianças que vivem em domicílios com insegurança alimentar para que a equipe de saúde possa acionar a rede de serviço social para que seus direitos sejam garantidos.

7 REFERÊNCIAS

AIRES, Julliana dos Santos et al. **(In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, p. 102-108, 2012.

ANDRÉ, Hercilio et al. **Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(4):1159-1167, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16012016>>.

ANTUNES, Marina Maria Leite; SICHIERI, Rosely; SALLES-COSTA, Rosana. **Food intake among children under three years of age in an area with high food insecurity.** Cad Saude Publica. 2010 Aug;26(8):1642-50. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000800017>>.

BANACH, Laurie. **Hospitalization: Are We Missing an Opportunity to Identify Food Insecurity in Children?** Acad Pediatr. 2016 Jul;16(5):438-445. Disponível em: <<https://doi:10.1016/j.acap.2016.01.002>>.

BEZERRA Mariana Silva et al. **Food and nutritional insecurity in Brazil and its correlation with vulnerability markers.** Cien Saude Colet. 2020 Oct;25(10):3833-3846. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>>.

BORGES, Rogério Boff et al. **Power and Sample Size for Health Researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde.** Clinical & Biomedical Research, [S.l.], v. 40, n. 4, apr. 2021. ISSN 2357-9730. Disponível em: <<https://doi.org/10.22491/2357-9730.109542>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CABRAL, Caroline et al. **Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011.** Cad Saude Publica. 2014 Feb;30(2):393-402. Disponível em: <<https://doi:10.1590/0102-311X00140112>>.

CALCATERRA, Valeria et al. **Ultra-Processed Food, Reward System and Childhood Obesity.** Children (Basel). 2023 Apr 29;10(5):804. Disponível em: <<https://doi:10.3390/children10050804>>.

DESTRI, Kelli; ZANINI, Roberta de Vargas; ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso. **Prevalence of food intake among individuals with hypertension and diabetes in the municipality of Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brazil, 2013.** Epidemiol Serv Saude. 2017 Oct-Dec;26(4):857-868. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400016>>.

FEINBERG, Emily; KAVANAGH, Patricia L.; YOUNG, Robin L.; PRUDENT, Nicole. **Food insecurity and compensatory feeding practices among urban**

black families. Pediatrics. 2008 Oct;122(4):e854-60. Disponível em: <<https://doi.org/10.1542/peds.2008-0831>>.

GALLEGOS, Danielle; EIVERS, Areana; SONDERGELD, Peter; PATTINSON, Cassandra. **Food Insecurity and Child Development: A State-of-the-Art Review.** Int J Environ Res Public Health. 2021 Aug 26;18(17):8990. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18178990>>.

GONZALEZ, Jaqueline et al. **Food Insecurity in a Pediatric Emergency Department and the Feasibility of Universal Screening.** West J Emerg Med. 2021 Oct 27;22(6):1295-1300. Disponível em: <<https://doi.org/10.5811/westjem.2021.7.52519>>.

HIMMELGREEN, David; STERN, Marilyn. **Food Insecurity during the Time of COVID-19: Vulnerability, Health Conditions, and Taking Action.** Ecol Food Nutr. 2021 Sep-Oct;60(5):543-547. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/03670244.2021.1977022>>.

LEE, Alice et al. **Inpatient Food Insecurity in Caregivers of Hospitalized Pediatric Patients: A Mixed Methods Study.** Acad Pediatr. 2021 Nov-Dec;21(8):1404-1413. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.04.018>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **(In)Segurança Alimentar no Brasil.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo, 2003.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional.** Secretaria de avaliação e gestão da informação, 2014. Acesso em: 29 de ago de 2022.

MONTEIRO, Flávia et al. **Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos.** Cien Saude Colet. 2014 May;19(5):1347-57. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.21462013>>.

MORAIS, Dayane et al. **Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(5):1475-1488, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.13012013>>.

MORENO-GALARRAGA, Laura et al. **Consumption of ultra-processed products and wheezing respiratory diseases in children: The SENDO project.** An Pediatr (Engl Ed). 2021 Jul;95(1):18-25. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.05.012>>.

OLIVEIRA, Julicristie Machado (Org.). **Nutrição em saúde coletiva.** 1. ed. – Barueri [SP]: Manole, 2022.

OLIVEIRA, Thaynara et al. **THE NUTRITIONAL STATUS OF HOSPITALIZED CHILDREN AND ADOLESCENTS: A COMPARISON BETWEEN TWO NUTRITIONAL ASSESSMENT TOOLS WITH ANTHROPOMETRIC PARAMETERS.** Rev Paul Pediatr. 2017 Jul-Sep;35(3):273-280. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00006>>.

PILEGGI, VN et al. **Prevalence of child malnutrition at a university hospital using the World Health Organization criteria and bioelectrical impedance data.** Braz J Med Biol Res. 2016 Mar;49(3):e5012. Disponível em: <[https://doi: 10.1590/1414-431X20155012](https://doi.org/10.1590/1414-431X20155012)>.

POBLACION, Ana Paula et al. **Food Insecurity and the Negative Impact on Brazilian Children's Health-Why Does Food Security Matter for Our Future Prosperity? Brazilian National Survey (PNDS 2006/07).** Food Nutr Bull. 2016 Dec;37(4):585-598. Disponível em: <[https://doi: 10.1177/0379572116664167](https://doi.org/10.1177/0379572116664167)>.

POBLACION, Ana Paula et al. **Food insecurity in Brazilian families with children under five years of age.** Cad Saude Publica. 2014 May;30(5):1067-78. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00072713>>.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. II VIGISAN:** Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, São Paulo, SP. 2022.

SCHMEER, Kammi; PIPERATA, Bárbara. **Household food insecurity and child health.** Matern Child Nutr. 2017 Apr;13(2):e12301. Disponível em: <[https://doi: 10.1111/mcn.12301](https://doi.org/10.1111/mcn.12301)>.

TESTER, Junho et al. **Food Insecurity and Pediatric Obesity: a Double Whammy in the Era of COVID-19.** Curr Obes Rep. 2020 Dec;9(4):442-450. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s13679-020-00413-x>>.

TSEGAYE, Adino et al. **The Role of Food Insecurity and Dietary Diversity on Recovery from Wasting among Hospitalized Children Aged 6-23 Months in Sub-Saharan Africa and South Asia.** Nutrients. 2022 Aug 24;14(17):3481. Disponível em: <[https://doi: 10.3390/nu14173481](https://doi.org/10.3390/nu14173481)>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4:** ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 25.11.2023.

VAN DEN HEUVEL, Meta et al. **Food insecurity during COVID-19 in a Canadian academic pediatric hospital: a cross-sectional survey.** CMAJ Open. 2022 Feb 8;10(1):E82-E89. Disponível em: <[https://doi: 10.9778/cmajo.20210223](https://doi.org/10.9778/cmajo.20210223)>.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age.** Acta Paediatr Suppl. 2006 Apr;450:76-85. Disponível em: <[https://doi: 10.1111/j.1651-2227.2006.tb02378.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2006.tb02378.x)>.

YEH, Chiu Wen; LO, Yuan-Ting C.; CHEN, Yi-Chen; CHEN, Wei Chih; HUANG, Yi-Chen. **Perceived Food Insecurity, Dietary Quality, and Unfavorable Food Intake among Children and Adolescents from Economically Disadvantaged Households.** Nutrients. 2021 Sep 27;13(10):3411. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/nu13103411>>.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A - TCLE PARA RESPONSÁVEIS TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: desenvolvimento de instrumento para triagem de dificuldade alimentar pediátrica.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento de triagem para rastrear dificuldades alimentares pediátricas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de nutrição e dietética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você autorizar, a participação na pesquisa envolverá responder os 18 itens de um questionário para identificação do impacto da dificuldade alimentar pediátrica em sua qualidade de vida.

A participação na pesquisa possui risco mínimo aos convidados, sendo eles relacionados à perda de confidencialidade das informações fornecidas e desconforto pelo tempo de resposta à escala.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são ajudar a identificar a prevalência e o impacto das dificuldades alimentares na qualidade de vida dos cuidadores, sendo uma etapa de um estudos que tem como objetivo o desenvolvimento de uma ferramenta de triagem para rastrear dificuldades alimentares. Através do desenvolvimento deste instrumento, espera-se que seja possível detectar o risco e promover o tratamento e encaminhamento de forma precoce aos profissionais responsáveis e, também, proporcionar cuidado aos responsáveis.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar, ou ainda, desistir da participação e retirar sua autorização, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que a pessoa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da participação na 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, o seu nome ou da pessoa pela qual você é responsável não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Vera Lucia Bosa, pelo telefone (51) 996830417, com o pesquisador Haissa Iaronka Cardoso, pelo telefone (53) 999660023, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Página 1 de 2 CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 01/06/2020)

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

Nome do responsável do paciente

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE B - TCLE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (MAIORES QUE 6 ANOS E MENORES DE 18 ANOS) E PARA LEGALMENTE INCAPAZ

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O assentimento informado para a criança/adolescente não substitui a necessidade de consentimento informado dos pais e/ou responsáveis. O assentimento assinado pela criança demonstra a sua cooperação na pesquisa.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é desenvolver e validar o conteúdo de um instrumento de triagem para rastrear dificuldades alimentares pediátricas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de Nutrição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Seus pais e/ou responsáveis permitiram que você participasse deste estudo. Com esta pesquisa, queremos saber informações a respeito da sua alimentação. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 6 meses a 14 anos de idade. A pesquisa será feita no/a Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde as crianças irão acompanhar seus pais e responder alguns questionários. Para isso, serão usados questionários padronizados e validados, que são considerados seguros, mas é possível ocorrer risco de perda de confidencialidade e cansaço ao responder as perguntas. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones que estão informados no final do texto; mas há coisas boas que podem acontecer como ajudar a identificar a prevalência de dificuldades alimentares em crianças hospitalizadas, sendo uma etapa de um estudo que tem como objetivo o desenvolvimento de uma ferramenta de triagem para rastrear dificuldades alimentares.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigos científicos, mas sem identificar as crianças que participaram.

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o(a) responsável por esta pesquisa, Vera Lúcia Bosa, pelo telefone (51) 996830417, com o pesquisador Haissa Iaronka Cardoso, pelo telefone (53) 999660023, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Agradecemos a sua autorização e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa desenvolvimento de instrumento para triagem de dificuldade alimentar pediátrica.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do coordenador da pesquisa

APÊNDICE C - DADOS SOCIOECONÔMICOS, CLÍNICOS, NUTRICIONAIS E FONOAUDIOLÓGICOS

DADOS GERAIS DO CUIDADOR E CONDIÇÕES SOCIAIS

Nome do entrevistado

Data de nascimento entrevistado

Parentesco com o paciente

- Mãe
- Pai
- Avó Materna
- Avó Materno
- Avó Paterna
- Avó Paterno
- Outro

Se outro, descreva o parentesco

Sexo

- Masculino
- Feminino

Cor da Pele/Raça Cuidador se identifica

- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarela
- Branca

Situação conjugal

- Casado (a) ou mora com companheiro (a)
- Solteiro (a), sem companheiro (a) ou separado (a)
- Viúvo (a)
- Divorciado (a)

Quem é considerado o cuidador principal da criança?

- Mãe
- Pai
- Avó Materna
- Avó Materno
- Avó Paterna
- Avó Paterno
- Pai e mãe
- Outro

Se outro, descreva o parentesco

Você mora com o paciente?

- Não
 Sim

Quantas pessoas moram com você em sua residência (contando com você e o paciente)?

- 1 a 2 pessoas
 3 pessoas
 4 pessoas
 5 pessoas
 6 ou mais pessoas

O domicílio tem acesso à rede geral de distribuição de água?

- Não
 Sim

A criança realiza acompanhamento na unidade básica de saúde (posto de saúde) de referência do bairro em que reside?

- Não
 Sim
 Não se aplica

A criança possui acompanhamento com pediatra?

- Não
 Sim

Quantos anos de ensino básico completo você tem?

Ensino fundamental completo: 8-9 anos

Ensino médio completo: 11-12 anos

(escrever somente o número)

Se ensino básico completo, possui

- Somente ensino básico
 Graduação completo
 Graduação incompleto
 Pós-graduação completo
 Mestrado completo
 Doutorado completo

Você trabalha?

- Não
 Sim
-

Quantos anos de ensino básico completo você tem?

Ensino fundamental completo: 8-9 anos

Ensino médio completo: 11-12 anos

(escrever somente o número)

Se ensino básico completo, possui

- Somente ensino básico
- Graduação completo
- Graduação incompleto
- Pós-graduação completo
- Mestrado completo
- Doutorado completo

Você trabalha?

- Não
- Sim

Alguém da sua família recebeu rendimento bruto mensal de aposentadoria, pensão, auxílio Brasil (antigo bolsa família), bpc, aluguel ou outra origem?

- Não
 - Sim, 1 pessoa
 - Sim, 2 pessoas
 - Sim, 3 pessoas
 - Sim, 4 ou mais pessoas
- (Considerar somente familiares que residem com a/o paciente)

Quantas pessoas geram renda na família?

- Nenhuma
- Uma
- Duas
- Três
- Quatro
- Cinco
- Seis ou mais

Qual a renda mensal da família, incluindo a renda de trabalho mais aposentadorias, em quantidades de salários mínimos?

- < 1 SM (< R\$1.302,00)
- 1 a 2 SM (R\$ 1.302,00 a R\$ 2.604,00)
- 2 a 3 SM (R\$ 2.604,00 a R\$ 3.906,00)
- 3 a 4 SM (R\$ 3.906,00 a R\$ 5.208,00)
- 4 a 5 SM (R\$ 5.208,00 a R\$ 6.510,00)
- 5 ou +SM (> R\$ 6.510,00)
- Não sabe

Quem é considerado o chefe de família (pessoa que mais contribui com a renda no domicílio)?

- Entrevistado
- Cônjuge
- Filhos
- Pai ou mãe
- Irmãos ou tios
- Genro/nora
- Outros
- Não se aplica

DADOS REFERIDOS E COLETADOS DO PACIENTE/CADERNETA DA CRIANÇA (Coletar até 3 anos)***Se não disponível no prontuário**

Caderneta da criança disponível?

- Não
 Sim

Idade gestacional do nascimento*

(em semanas (ex: "35+5"))

Idade corrigida*

(em meses)

Apgar 1'

(Place a mark on the scale above)

Apgar 5'

(Place a mark on the scale above)

Peso ao nascer

(em quilos)

Classificação do peso ao nascer

- PIG (Pequeno para idade gestacional)
 AIG (Adequado para idade gestacional)
 GIG (Grande para idade gestacional)

Comprimento ao nascer

(em centímetros)

HISTÓRICO ALIMENTAR DO PACIENTE

A criança já foi hospitalizada anteriormente?

- Não
 Sim
 (Se for a primeira internação, marcar "não".)

Se sim, quantas vezes?

(Não considerar internação ATUAL. Se não lembra, escrever "777")

Alguma dessas internações foi por pneumonia aspirativa?

- Não
 Sim

Via de alimentação usual do paciente:

- Via oral exclusiva
 Via oral + enteral
 Via oral + parenteral
 Via oral + enteral + parenteral
 Via enteral exclusiva
 Via enteral + via parenteral
 (Considerar alimentação antes da internação)

Motivo do uso da NE

- Disfagia
 Recusa/seletividade alimentar
 Intervenção cirúrgica
 Distúrbio do TGI
 Outro
 Desnutrição

Se outro, qual?

Paciente já iniciou introdução alimentar?

- Não
 Sim
 Não sabe

Na sua percepção, em relação à alimentação, a criança:

- Aceita bem os alimentos
 Possui dificuldade para aceitar alguns alimentos
 Possui dificuldade de aceitar vários alimentos

A criança apresentou/apresenta resistência para experimentar novos alimentos?

- Não
 Sim

Se sim, qual foi sua conduta nessa situação?

- Não ofertou o alimento novamente
 Ofertou mais algumas vezes e a criança não aceitou
 -
 Ofertou mais algumas vezes e a criança aceitou
 -
 Não se aplica
 (Marcar não se aplica, caso a resposta anterior tenha sido não)

A criança apresenta limitações e/ou só realiza consumo de certos tipos de alimentos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Textura (crocante, macio, cremoso, etc) <input type="checkbox"/> Consistência (pastoso, líquidos, sólidos, etc.) <input type="checkbox"/> Temperatura (quente, frio, morno, etc) <input type="checkbox"/> Cores <input type="checkbox"/> Grupos alimentares (grãos, carnes, leite e derivados, ultraprocessados, etc) <input type="checkbox"/> Outro
Se outro, qual?	_____
A criança apresenta dificuldade para avançar/progredir nas texturas/consistências alimentares?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Durante as refeições/mamadas, a criança:	<input type="checkbox"/> Se engasga com frequência <input type="checkbox"/> Tosse durante ou depois de comer/mamar <input type="checkbox"/> Apresenta esforço respiratório durante ou após <input type="checkbox"/> Vomita <input type="checkbox"/> Apresenta ânsia de vômito <input type="checkbox"/> Apresenta sinais de recusa (distancia o rosto, afasta a comida/utensílio) <input type="checkbox"/> Não mastiga a comida direito <input type="checkbox"/> Não apresenta dificuldades/especificidades
Como foi a alimentação da criança até os 6 meses?	<input type="checkbox"/> Aleitamento materno exclusivo <input type="checkbox"/> Aleitamento materno <input type="checkbox"/> Fórmula infantil <input type="checkbox"/> Líquidos (água, chá, suco) <input type="checkbox"/> Leite de vaca <input type="checkbox"/> Iniciou alimentação completar (papas/frutas) antes dos 6 meses <input type="checkbox"/> Não recebeu alimentação via oral até os 6 meses
Se aleitamento materno exclusivo, até quanto tempo?	<input type="radio"/> < 1 mês <input type="radio"/> 1 mês <input type="radio"/> 2 meses <input type="radio"/> 3 meses <input type="radio"/> 4 meses <input type="radio"/> 5 meses <input type="radio"/> 6 meses <input type="radio"/> Ainda está em aleitamento materno
A criança recebeu aleitamento materno depois dos 6 meses?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não se aplica
Se sim, até que idade?	 (Em meses - se a resposta anterior for "não" preencher com 999)
Se VO não contraindicada, com que idade foi realizada a introdução de outros alimentos além do leite?	 (em meses, se VO contraindicada escrever "777")
A criança usa mamadeira?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim

A criança usa chupeta?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
A criança fez uso de sonda em algum momento?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Se sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> < 1 mês <input type="checkbox"/> 1 mês <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 4 meses <input type="checkbox"/> 5 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em uso de nutrição enteral (Marcar não se aplica, caso a resposta anterior tenha sido não)
Qual idade a criança tinha quando fez o uso da sonda?	<input type="checkbox"/> < 6 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 2 a 4 anos <input type="checkbox"/> 4 a 6 anos <input type="checkbox"/> > 6 anos <input type="checkbox"/> Não sabe
Qual motivo do uso da sonda?	<input type="radio"/> Disfagia orofaríngea <input type="radio"/> Desnutrição <input type="radio"/> Disfunção respiratória <input type="radio"/> Outros/Não lembra <input type="radio"/> Intervenção cirúrgica <input type="radio"/> Recusa/seletividade alimentar <input type="radio"/> Distúrbio do TGI
Se outros, descreva	_____ (Se não lembra escrever "777")
A criança fez ou faz acompanhamento fonoaudiológico?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Se sim, por qual motivo?	<input type="radio"/> Disfagia <input type="radio"/> Dificuldade alimentar <input type="radio"/> Fala/audição <input type="radio"/> Outros
Se outros, qual/quais?	_____
Se criança realizou/realiza atendimento fonoaudiológico, com qual idade começou?	_____ (Em meses)
Se criança realizou/realiza atendimento fonoaudiológico, com qual idade começou?	_____ (Em anos)

Quanto tempo durou o tratamento?

(responder em meses)

Utiliza algo para engrossar os líquidos?

- Não
- Espessante Alimentar
- Cereal infantil
- Amido de milho
- Outro

Se outro, descreva:

Se sim, por qual motivo utiliza?

- Recomendação do profissional de saúde
- Escolha do cuidador
- Não se aplica

Na maioria das vezes, qual a postura da criança ao se alimentar?

- Sentado
- Deitado
- Reclinado
- Em pé

Na sua percepção, a criança apresenta alguma dificuldade alimentar?

- Não
 - Sim
- (alimentação e/ou deglutição)

DADOS COLETADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE

ID/número do prontuário

Data de nascimento da criança

Idade

(em anos)

Idade

(em meses)

Idade gestacional do nascimento

(em semanas - se indisponível colocar 777)

Idade corrigida (< 2 anos)

(em meses)

Sexo

 Masculino Feminino

Peso ao nascer

(em quilogramas - se indisponível colocar 777)

Classificação do peso ao nascer

- PIG (Pequeno para idade gestacional)
 AIG (Adequado para idade gestacional)
 GIG (Grande para idade gestacional)
 Não se aplica
 (Se indisponível, marcar "não se aplica")

Comprimento ao nascer

(em centímetros - se indisponível colocar 777)

Apgar 1'

(Place a mark on the scale above)

Apgar 5'



(Place a mark on the scale above)

Cor da Pele/Raça Criança

- Preta
 Parda
 Indígena
 Amarela
 Branca

Cidade de residência

Bairro de residência

Data da internação

Motivo da internação

Paciente é acompanhado por qual equipe?

- Pediatria geral
 Pneumologia pediátrica
 Gastrologia pediátrica
 Hepatologia pediátrica
 Oncologia pediátrica
 Reumatologia pediátrica
 Urologia pediátrica
 Psiquiatria infantil
 Hematologia pediátrica
 Cirurgia pediátrica
 Ortopedia
 Medicina intensiva pediátrica (emergência)
 Outro

Se outro, qual?

Diagnóstico principal (CID)

Outros diagnósticos

- Prematuridade
 Distúrbios gastrointestinais
 Distúrbios nutricionais
 Distúrbios pulmonares
 Atrasos de desenvolvimento
 Distúrbios anatômicos/estruturais
 Síndromes genéticas (não considerar EIM)
 Distúrbios cardíacos
 Outros diagnósticos não especificados
 Não se aplica (ausência de outros diagnósticos)
 Paralisia cerebral
 Transplante hepático
 Erros inatos do metabolismo (Xarope do bordo, glicogenoses, fenilcetonúria, acidemias, etc.)
 Autismo
 Síndrome de down

Se outros diagnósticos, qual/quais?

Há quanto tempo o paciente realizou o transplante hepático?

- Imediato (1 a 30 dias)
 Recente (31 dias a 6 meses)
 Tardio (>6 meses)

DADOS ANTROPOMÉTRICOS**Dados de acompanhamento nutricional**

Dados de peso e estatura na admissão:

- Referido Aferido
 Sem dados

O paciente foi avaliado somente por fatores de risco para desnutrição?

- Não
 Sim

Data da avaliação/triagem nutricional

Local da avaliação

- Emergência Internação
 Ambulatório UTIP
 Sem avaliação/triagem

Peso:

(Em quilos | Se dado indisponível, preencher com 999)

Estatura/comprimento:

(Em centímetros | Se dado indisponível, preencher com 999)

IMC (preencher/calcular somente se > 2 anos):

IMC/l > 2 anos:

(Percentil/Escore-Z)

Peso/Estatura < 2 anos:

(Percentil/Escore-Z)

Peso/Idade

(Percentil e Escore-Z | **Se não houver, completar com 999)

Estatura/Idade:

(Se não houver, completar com 999)

Classificação do estado nutricional (P/E se < 2 anos e IMC/I se > 2 anos)

- Desnutrição grave
 - Desnutrição
 - Risco para baixo peso
 - Eutrófico
 - Risco para sobrepeso
 - Sobrepeso
 - Obesidade
 - Não se aplica
 - Baixa estatura para idade
(se dados indisponíveis, marcar "Não se aplica")
-

Nível assistencial (se internação/triagem)

- NA 2
 - NA 3
 - NA 4
 - Não se aplica
(se dados indisponíveis, marcar "Não se aplica")
-

Diagnósticos em nutrição

(Se sem diagnósticos, marcar 999)

Via de alimentação atual

- Via oral exclusiva
 - Via oral + enteral
 - Via enteral exclusiva
 - Via oral + enteral + parenteral
 - NPO
 - NPO + via parenteral
 - Via oral + parenteral
 - Via enteral + parenteral
(Considerar a via da última prescrição dietética)
-

Consistência:

- Normal
- Branda
- Pastosa
- Líquida
- Liquidificada

Dieta via oral prescrita

- Aleitamento materno
 - Aleitamento artificial
 - Dieta para idade
 - APLV
 - Colestase
 - Quiloascite/quilotórax
 - Fibrose cística
 - Alergia múltipla
 - DM
 - Imuno
 - Cetogênica
 - Doença celíaca
 - Disfagia
 - Outro
- (Considerar última prescrição dietética)

Se outro, qual?

Dieta enteral prescrita

- Leite materno
- Fórmula primeiro ou segundo semestre
- Fórmula extensamente hidrolisada
- Fórmula de aminoácidos
- Fórmula prematuro
- Fórmula polimérica infantil 1 a 10 anos
- Fórmula AR
- Fórmula sem lactose
- Fórmula à base de soja
- Fórmula metabólica
- Fórmula cetogênica (Ketocal)
- Fórmula polimérica adulto
- Outro

Se outro, qual?

Uso de complemento/suplemento?

- Não
- Sim
- Sem dados

Qual?

- Fórmula infantil
- TCM/TCL/óleo
- Maltodextrina
- Whey
- Suplemento hipercalórico
- Outro

Se outro, qual?

Uso de nutrição parenteral?

- Não
- Sim
- Sem dados

9 ANEXOS

ANEXO I - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - EBIA

Item	SIM	NÃO
1. Nos últimos 3 meses a (o) senhora (sr) teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que a(o) senhora(sr) tivesse condição de comprar ou receber mais comida?		
2. Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que a (o) senhora (sr) tivesse dinheiro para comprar mais?		
3. Nos últimos 3 meses, a (o) senhora (sr) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?		
4. Nos últimos 3 meses a (o) senhora (sr) teve que se arranjar com apenas alguns alimentos porque o dinheiro acabou?		
5. Nos últimos 3 meses, a (o) senhora (sr) não pôde oferecer à(s) suas criança(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro?		
6. Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s) não comeu (comeram) quantidade suficiente porque não havia dinheiro para comprar a comida?		
7. Nos últimos 3 meses, a (o) senhora (sr) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?		
8. Nos últimos 3 meses, a (o) senhora (sr) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?		
9. Nos últimos 3 meses, a (o) senhora (sr) alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?		
10. Nos últimos 3 meses, a (o) senhora (sr) perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?		
11. Nos últimos 3 meses, a (o) senhora (sr) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para a comida?		
12. Nos últimos 3 meses, a (o) senhora (sr) alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua (s) criança/adolescente(s), porque não havia dinheiro o suficiente para comprar a comida?		
13. Nos últimos 3 meses, alguma vez a (o) senhora (sr) teve de pular uma refeição da (s) criança/adolescente(s) porque não havia dinheiro para comprar a comida?		
14. Nos últimos 3 meses, sua(s) criança/adolescente(s) teve (tiveram) fome, mas a(o) senhora(sr) simplesmente não podia comprar mais comida?		
15. Nos últimos 3 meses, sua(s) criança/adolescente(s) ficou (ficaram) sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida?		

ANEXO II - FORMULÁRIO DE CONSUMO ALIMENTAR DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN)

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____
		CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

CNS DO CIDADÃO* _____	
Nome do Cidadão* _____	
Data de nascimento* ____/____/____	Sexo* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Local de Atendimento: _____	

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassado <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Yogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/alpim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, couve, beterraba, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, alpim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem, você consumiu:	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)