

Dificuldades na introdução de alimentos complementares ao aleitamento materno em bebês não disfágicos: efeitos da atuação fonoaudiológica

Difficulties in introduction of complementary foods to breastfeeding in non-dysphagic babies: effects of speech-language pathological interference

Dificultades en la introducción de alimentos complementarios a la lactancia materna en bebés no disfágicos: efectos de la actuación fonoaudiológica

*Emelie Villela Costa**
*Patrícia Rocha Santos**
*Maria Claudia Cunha**

Resumo

Introdução: No período de transição do aleitamento materno para alimento pastoso e/ou sólido, tal modificação pode não ser bem aceita pela mãe e/ou pelo bebê e ocasionar problemas de alimentação e/ou de linguagem subsequentes. **Objetivo:** descrever os efeitos da atuação fonoaudiológica diante das

*Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Contribuições dos autores:

EVC: pesquisadora principal, elaboração da pesquisa e do cronograma, levantamento da literatura, coleta e análise dos dados, redação do artigo, submissão e trâmites do artigo;

PRS: levantamento da literatura e redação do artigo;

MCC: supervisora, elaboração da pesquisa e do cronograma, análise dos dados, correção e revisão do artigo, aprovação da versão final.

E-mail para correspondência: Emelie Villela Costa - emelie_costa@hotmail.com

Recebido em: 06/11/2016

Aprovado em: 25/06/2017

dificuldades na introdução de alimentos complementares ao aleitamento materno em bebês não disfágicos numa abordagem biopsíquica. **Método:** Estudo realizado em instituição de saúde filantrópica, de acordo com critérios éticos estabelecidos para pesquisas com seres humanos. **Casística:** Cinco díades mãe/bebê, bebês de ambos os gêneros, na faixa etária entre 5 e 8 meses, com dificuldades no desmame e sem diagnóstico de disfagia orofaríngea neurogênica ou mecânica. A amostragem foi obtida por conveniência. **Procedimento:** Foram realizados quatro encontros, sendo três visitas domiciliares, nos quais foram aplicados três instrumentos de avaliação, adaptados a partir da literatura. Após a ação fonoaudiológica foi reaplicado o último, para efeitos de comparação pré e pós. **Resultados:** Após a atuação fonoaudiológica, houve eliminação de episódios de engasgos, as refeições se tornaram mais prazerosas para a díade mãe/bebê e os bebês passaram a aceitar melhor os alimentos. Os resultados revelaram diferença estatisticamente significativa entre os obtidos pré e pós atuação fonoaudiológica: média inicial era de 16,0 pontos ($dp=1,0$) e final 21,2 pontos ($dp=0,8$; $p=0,001$), ($p=0,001$). **Conclusão:** A atuação fonoaudiológica numa abordagem biopsíquica promoveu benefícios nos casos estudados.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Aleitamento materno; Estudos de casos: Alimentação mista; Comportamento alimentar; Transtornos de deglutição.

Abstract

Introduction: In the transition period from breastfeeding to pasty and/or solid food, such modification may be not well accepted by the mother and/or baby and cause subsequent feeding and/or language problems. **Objective:** To describe the effects resulting from speech and language therapy while facing the difficulties in the introduction of complementary foods to *breastfeeding* in non-dysphagic babies in a biopsychic approach. **Method:** studies carried out by philanthropic institution of health in accordance with ethical criteria for research with human beings. **Casistry:** Five mother/baby dyads, babies from both genders over between 5 and 8 months old showing weaning difficulties to pasty food and without any diagnosis of either mechanical or neurogenic oropharyngeal dysphagia. The sampling was obtained by convenience. **Procedures:** Four meetings were conducted, three of home visits, in which were applied three evaluation instruments adapted from literature. After the speech-language pathological interference the last one was a reapplication for the purpose of comparing before and after. **Results:** After speech-language pathological interference, choking episodes were eliminated, meals became more pleasuring for mother/baby dyads and babies started accepting food more adequately. The results show that there was statistically significant difference between before and after speech-language pathological interference. Initially, the average was 16,0 points ($dp=1,0$), and end 21,2 points ($dp=0,8$), ($p=0,001$). **Conclusion:** Speech-language pathological interference in a biopsychic approach promoted benefits in the cases studied.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Breast feeding; Case Sstudies; Mixed feeding; Feeding behavior; Deglutition disorders.

Resumen

Introducción: En el período de transición de la lactancia para alimentos pastosos y / o sólidos, la modificación puede no ser bien aceptada por la madre y / o el bebé y causar problemas de alimentación y / o lenguaje subsecuentes. **Objetivo:** Describir los efectos de la actuación fonoaudiológica frente a las dificultades en la introducción de alimentos complementarios a la lactancia materna en bebês no disfágicos en un abordaje biopsíquico. **Método:** Estudio realizado en institución de salud filantrópica de acuerdo con criterios éticos establecidos par las investigaciones con seres humanos. **Casística:** Cinco díadas madre/bebé, bebês de ambos gêneros y de edades comprendidas entre los 5 y 8 meses, con dificultades en el destete y sin diagnóstico de disfagia orofaríngea neurogênica o mecânica. La muestra fue obtenida por conveniencia. **Procedimiento:** Se han realizado cuatro encuentros, siendo tres en visitas domiciliares, en los cuales se aplicaron tres instrumentos de evaluación adaptados de la literatura. Después de la acción fonoaudiológica se reaplicó el último, a fin de comparar el antes y el después. **Resultados:** Después de la actuación fonoaudiológica, hubo eliminación de episodios de asfixia, los momentos de alimentación se hicieron más agradables para la díada madre / bebé y los bebês comenzaron a aceptar

mejor los alimentos. Estos resultados revelaron diferencia estadísticamente significativa entre los datos obtenidos antes y después de la actuación fonoaudiológica: el promedio inicial era 16,0 puntos ($dp=1,0$) y el final 21,2 puntos ($dp=0,8$; $p=0,001$), ($p=0,001$). **Conclusión:** En los casos estudiados, la actuación fonoaudiológica en un abordaje biopsíquico promovió beneficios.

Palabras clave: Fonoaudiología; Lactancia materna; Estudios de casos; Alimentación mixta; Conducta alimentaria; Trastornos de deglución.

Introdução

Tradicionalmente, os fonoaudiólogos são convocados para realizar o diagnóstico de disfasia em casos de alteração de deglutição^{1,2,3}. O que se espera do profissional, nestes casos, é a avaliação do sistema estomatognático e da dinâmica da deglutição para se verificar a possibilidade da alimentação por via oral ou necessidade de via alternativa^{2,4}.

De maneira geral, em casos de alterações de deglutição ou alimentação, o trabalho do fonoaudiólogo é comumente realizado para reestabelecer o funcionamento adequado do sistema de deglutição, por meio de exercícios de fortalecimento das musculaturas envolvidas nesse processo^{2,4,5,6}.

Ao pensar no desenvolvimento da primeira infância, considera-se os aspectos relacionados à neuroplasticidade e mudanças neuropsicomotoras que podem depender das experiências proporcionadas ao bebê por meio de estímulos sensoriais. Quando o bebê é inserido num ambiente em que não promove oportunidades de novas vivências, o processo de integração sensorial pode ser prejudicado^{7,8,9,10}.

Seguindo essa perspectiva que este estudo foi desenvolvido, a saber: na consideração de fatores biopsíquicos presentes na cena de alimentação^{11,12,13}. Podemos destacar os casos de bebês que se recusam ao desmame, não necessariamente o problema se limita aos aspectos orgânicos (bio), mas envolve a interação estabelecida entre mãe e bebê (psíquicos). A propósito, estudo descreve que, essa recusa pode representar uma tentativa do bebê em se proteger da imposição do adulto, e, sendo assim, a aceitação ou recusa de outros alimentos dependerá fundamentalmente da qualidade afetiva da interação mãe/bebê¹¹. Nessa direção, outros autores salientam que no processo de desmame devem ser considerados fatores ambientais, perfil dos cuidadores, orientações profissionais, experiência materna ou outras intercorrências (como alterações de mama puerperal)^{14,15,16,17}.

O tema do desmame é frequentemente tratado na abordagem psicanalítica. Winnicott afirma que embora ele seja necessário, porque é fundamental para a constituição subjetiva do bebê, o desejo de desmamar deve partir da mãe, num ambiente emocionalmente estável para ambos: “não se trata apenas de fazer o bebê admitir outros alimentos, ou saber usar uma caneca, ou usar ativamente as mãos para comer. Inclui o processo gradual de demolição de ilusões, que é uma tarefa dos pais.” (p:94)¹⁸.

Todavia, essa modificação no período de transição do aleitamento materno para alimento pastoso e/ou sólido, pode não ser bem aceita pela mãe e/ou pelo bebê e ocasionar problemas de alimentação e/ou de linguagem subsequentes. Com isso, manifesta-se a necessidade de intervenção fonoaudiológica precoce nos casos de bebês que, mesmo na ausência de uma doença de base para disfasia, apresentam dificuldades no processo de transição alimentar, as quais podem acarretar problemas como anemia, constipações intestinais e perda de peso, além de possíveis perturbações no desenvolvimento, incluindo o da linguagem oral^{19,20,21,22}.

Feitas essas considerações, o objetivo é descrever os efeitos da atuação fonoaudiológica diante das dificuldades na introdução de alimentos complementares ao aleitamento materno em bebês não disfágicos, numa abordagem biopsíquica.

Método

Estudo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CAAE nº 48503215.9.0000.5482) e da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis - instituição de saúde filantrópica em que foi realizado. As participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Casuística

A amostra foi constituída por cinco díades mãe/bebê, estes com média de idade de 6,4 meses, mediana de 7,0 meses, sendo três do gênero masculino e dois do feminino. Mães com idade média de 29 anos e seis meses. Foram critérios de inclusão: bebês com dificuldades no desmame e aceitação do alimento de consistência pastosa, de acordo com queixas maternas, de ambos os gêneros, sem doenças neurológicas, ou prematuros, sem complicações neonatais. Com relação aos critérios de exclusão: bebês com alterações de deglutição no consumo de líquido ralo (em seio materno ou mamadeira); bebês com doença de base para disfagia; não aceite da mãe para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; inviabilidade do comparecimento da díade na Instituição para primeira avaliação, não realização dos encontros no tempo estabelecido.

A amostragem foi obtida por conveniência a partir de queixas maternas descrita no Quadro 1. Nenhuma díade foi excluída, já que todos os bebês avaliados não apresentaram problemas de deglutição, ou seja, não se verificou dificuldade na dinâmica de deglutição com líquido ralo (no seio materno ou mamadeira). Todas as intervenções foram realizadas somente por uma pesquisadora.

A pesquisa foi realizada numa Instituição de saúde ambulatorial privada e filantrópica, sendo a coleta dos dados no período de agosto a dezembro de 2015.

Procedimento

Foram realizados quatro encontros, descritos abaixo:

Encontro 1: Ocorreu em sala de atendimento para a aplicação do “Instrumento I - Avaliação de Disfagia Infantil” (Anexo 1). Este instrumento foi adaptado a partir de material publicado (Madureira, DL. Deglutição em Neonatos. In: Ferreira, LP et al. Tratado de Fonoaudiologia. 2ª edição, p.587-596, Editora Roca, São Paulo, 2004).

Materiais utilizados na avaliação: espátula, estetoscópio, luvas, oxímetro, oferta em seio materno ou líquido de consistência fina em mamadeira (Caso III).

Após constatar-se a ausência de alteração da deglutição, foi aplicado o “Instrumento 2 - Histórico Clínico e Alimentar” (Anexo 2), em que foram abordados aspectos relacionados ao histórico do

paciente: Dados Pessoais, Status Atual, Aspectos Sociais, Dados do Bebê e Histórico Alimentar. Este instrumento foi adaptado a partir de material publicado e citado em artigos científicos recentes (Madureira, DL. Deglutição em Neonatos. In: Ferreira, LP et al. Tratado de Fonoaudiologia. 2ª edição, p.587-596, Editora Roca, São Paulo, 2004).

Encontro 2: Após uma semana, foi realizada visita domiciliar para acompanhar a oferta de refeição com alimento de consistência pastosa ou outros alimentos habitualmente oferecidos pelas mães. Para coleta de dados foi aplicado o “Instrumento 3 - Roteiro de Desmame” (Anexo 3) – sendo a parte 1 preenchida a partir das observações da pesquisadora e a parte 2 a partir das informações maternas. As perguntas foram lidas para as mães pela pesquisadora. Este roteiro foi elaborado para esta pesquisa e baseado em estudos publicados (Madureira, DL. Deglutição em Neonatos. In: Ferreira, LP et al. Tratado de Fonoaudiologia. 2ª edição, p.587-596, Editora Roca, São Paulo, 2004 / Chatoor, I; Getson, P; Menvielle E; Brasseaux, X; O'Donnell, R; Rivera, Y; Mrazek, DA. A Feeding Scale for Research and Clinical Practice to Assess Mother – Infant Interactions in the First Three Years of Life. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 18(1) 76-91, Michigan, 1997) com o objetivo de avaliar a intervenção fonoaudiológica.

Cada variável do Instrumento III recebeu uma classificação e uma pontuação, a saber: CFD = comportamento frequente desejável, 2 pontos; CE = comportamento esporádico, 1 ponto; CFI = comportamento frequente indesejável, zero ponto. Na avaliação da pesquisadora fonoaudióloga, as respostas do roteiro foram sinalizadas com as siglas: CFD, CE e CFI. Já as questões aplicadas para a mãe, as respostas foram classificadas em “sempre”, “às vezes” ou “nunca” e em sua análise foram consideradas aquelas com o comportamento frequente desejável (CFD), comportamento esporádico (CE) e comportamento frequente indesejável (CFI). Como exemplo, era considerado um CFD quando a mãe respondia “sim” em “a refeição é ofertada num local calmo”, contudo quando respondia “sim” para “o bebê tossiu” foi considerado um CFI. Quanto mais respostas CFD (2 pontos), melhor o resultado esperado. Na segunda parte desse Instrumento, foram marcadas as respostas dos comportamentos frequente desejáveis – como modelo.

Encontro 3: Após uma semana, foi realizada a atuação fonoaudiológica baseada nos resultados dos instrumentos 2 e 3. As ações realizadas foram específicas a cada caso de estudo, envolvendo aspectos pertinentes a:

1) Preparo do ambiente para a refeição;

2) Posicionamento para a oferta;

3) Interesse do bebê pelo alimento ofertado;

4) Natureza de utensílios para oferta;

5) Velocidade das ofertas;

6) Consistência alimentar;

7) Interação mãe/ bebê durante a refeição

Quadro 1. Atuação fonoaudiológica realizada conforme demandas de cada caso.

Sujeitos	Atuação fonoaudiológica para cada Caso
Caso I	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilitar que a criança tenha contato com alimento, o que favorece sua percepção sensorial. ✓ Ajustar a velocidade das ofertas (aguardar a criança engolir para ofertar a próxima colher); ✓ Criar um ambiente tranquilo no momento das refeições; ✓ Posicionar adequadamente o bebê durante as refeições; ✓ Evitar o uso de brinquedos durante as refeições já que os mesmos podem funcionar como dispersores. ✓ Reduzir as ofertas do leite materno, principalmente, antes das refeições; ✓ Atentar para os sinais de saciação do bebê e, diante deles, cessar a oferta.
Caso II	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilitar que a criança tenha contato com alimento, o que favorece sua percepção sensorial; ✓ Aumentar a diversidade dos alimentos, de maneira a estimular o paladar. ✓ Posicionar adequadamente o bebê durante as refeições (na cadeira de alimentação); ✓ Evitar dispersores: manter a televisão desligada durante as refeições. ✓ Reduzir as ofertas do leite materno, principalmente, após as refeições;
Caso III	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilitar que a criança tenha mais contato com alimento, o que favorece sua percepção sensorial, e mais oportunidade para o bebê levar o alimento à sua boca e, com isso, ter mais independência e prazer nas refeições; ✓ Criar um ambiente tranquilo no momento das refeições; ✓ Posicionar adequadamente o bebê durante as refeições, de modo que possibilite a interação; ✓ Atentar para os sinais de saciação do bebê e, diante deles, cessar a oferta; ✓ Aguardar no mínimo 30 minutos para ofertar água para ao bebê, após as refeições,
Caso IV	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilitar que a criança tenha contato com alimento, o que favorece sua percepção sensorial. ✓ Realizar as refeições junto do bebê, desse modo, ele terá experiência de ver outras pessoas se alimentando. ✓ Ajustar a velocidade e volume por oferta: sempre aguardar a criança engolir para ofertar a próxima colher; ✓ Criar um ambiente tranquilo no momento das refeições (desligar televisão), ✓ Não utilizar brinquedos durante as refeições, já que os mesmos podem prejudicar a atenção do bebê. ✓ Reduzir as ofertas do leite materno, principalmente, antes das refeições;
Caso V	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar as refeições junto do bebê, desse modo, ele terá experiência de ver outras pessoas se alimentando. ✓ Criar um ambiente tranquilo no momento das refeições (desligar televisão), ✓ Reduzir as ofertas do leite materno, principalmente, antes das refeições;

Encontro 4: Após 15 dias, foi realizada visita domiciliar à díade, para a reaplicação do “Instrumento 3 - Roteiro de Desmame” (Anexo 3) para efeitos de comparação com os resultados obtidos no Encontro 2. A reavaliação foi realizada com os mesmos alimentos oferecidos no Encontro 2.

Observação: O procedimento acima descrito pode ser visualizado na Figura 1.

Análise dos resultados

Instrumentos I e II: Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas

e relativas, média, desvio-padrão e Intervalo de 95% de confiança.

Instrumento III: A pontuação foi utilizada para gerar dois escores, calculado pela soma dos valores atribuídos em cada variável, sendo que: para Instrumento III, dos itens respondidos pela fonoaudióloga, o índice variou de 0 a 22 pontos e das respostas realizadas pelas mães, de 0 a 18 pontos.

Para a comparação antes e depois da atuação fonoaudiológica, segundo escores, foi verificada a distribuição normal pelo teste de Komolgorov-Smirnov, primeiramente, e dado que estes apre-

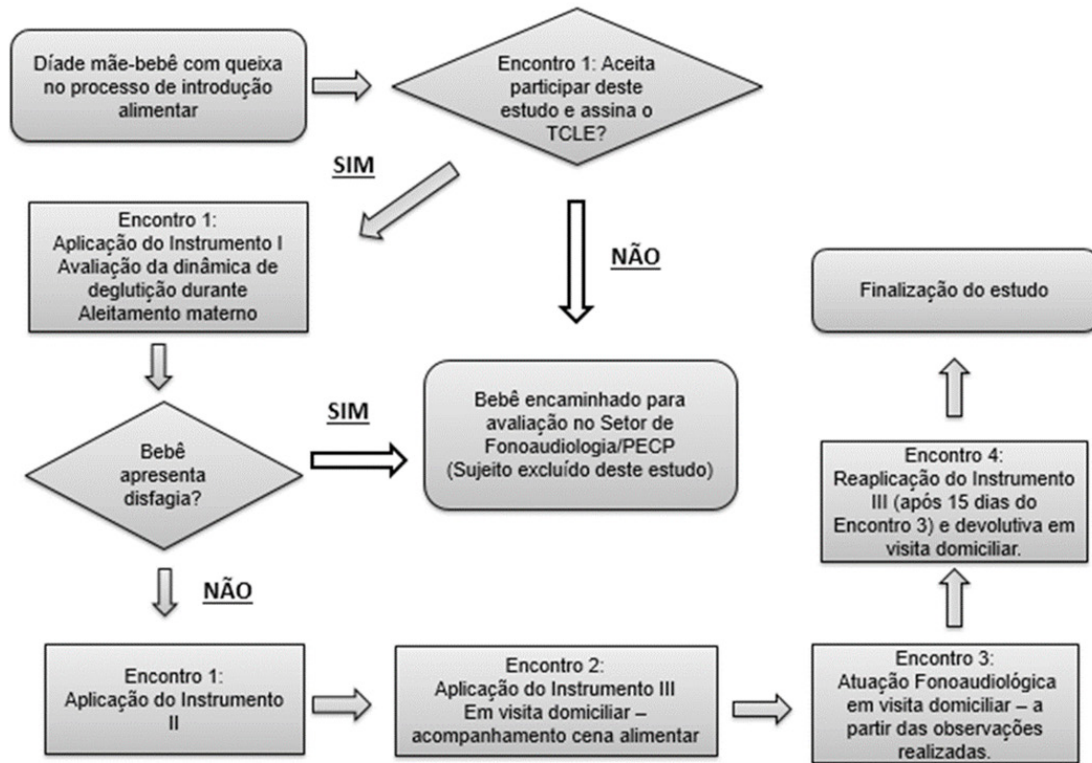


Figura 1. Fluxograma do Procedimento

sentaram aderência, aplicou-se o teste paramétrico t-Student pareado.

Assumiu-se um nível descritivo de 5% ($p < 0,05$) para significância estatística. Os dados foram digitados em Excel e analisados no programa Statistical Package for Social Sciences versão 22.0 para Windows.

Resultados

Todos os bebês que participaram deste estudo apresentaram tônus adequado, bem como alinhamento e controle da cabeça e estabilidade pélvica e de tronco, presença de reflexo de nauseoso adequado bilateralmente, de mordida fásica, de protrusão de língua. Durante a dinâmica de deglutição, apresentaram vedamento labial e sucção adequados para idade (captação do utensílio ou seio materno adequado, preparo adequado do alimento, tempo de trânsito oral adequado, ausculta cervical se manteve negativa para penetração laríngea/aspiração traqueal antes, durante e após deglutições, ausência de tosse/engasgos, ausência de alterações

de respiração, batimento cardíaco e saturação de O_2 comparando antes e depois da deglutição, ausência de sinais clínicos de aspiração como tosse, náusea) com o consumo de líquido ralo na mamadeira ou em seio materno. Estes dados comprovaram que nenhum dos sujeitos apresentou alterações no sistema estomatognático e na deglutição.

Todas as mães alegaram dificuldades do bebê em aceitar alimentos na fase de introdução complementar. As queixas estavam relacionadas à quantidade restrita consumida pelo bebê o que gerava preocupação com o aspecto nutricional.

A interrupção da oferta do seio materno ocorreu precocemente no Caso III, pois a mãe acreditava que “produzia pouco leite”. Com isso, iniciou ofertas da fórmula infantil em mamadeira quando seu bebê tinha 02 meses e meio de vida. Em outros casos (IV e V), o desmame foi iniciado somente aos 06 meses de idade do bebê.

As consistências alimentares predominantes foram as líquidas e pastosas, contudo duas mães também ofereciam alguns alimentos sólidos macios nos Casos I e V. Aqui, vale destacar a busca

Quadro 2. Descrição das díades quanto a idade, gênero e queixas maternas.

Sujeitos	Idade da mãe	Idade do bebê	Gênero	Queixas maternas
Caso I	20 anos	7 meses	Masculino	Dificuldades para aceitar as refeições, "ele só quer o peito"
Caso II	35 anos	8 meses	Feminino	"Tudo [alimento] que eu dou, ela trava... Ela não costuma comer nada!"
Caso III	34 anos	5 meses	Feminino	"Come pouco".
Caso IV	34 anos	6 meses	Masculino	"Ele não mastiga e nem engole, permanece com o alimento na boca, até cair". O bebê não come de jeito nenhum, "só quer mamar toda hora".
Caso V	23 anos	7 meses	Masculino	Bebê "só aceita o peito", ele consegue permanecer com o alimento na boca por até quatro minutos: "eu cheguei a contar no relógio e nada dele engolir".

de todas as mães por orientações para fazer com que os filhos aceitassem os alimentos, já que todas participaram no "Grupo de Cozinha dos Bebês" da instituição em que são atendidas e algumas buscavam esclarecimentos em sites da internet sobre o assunto. Além disso, as mães estavam dispostas a oferecerem outras experiências aos seus filhos o que proporcionava mais interação e independência aos seus bebês, já que eles eram estimulados a comerem com independência supervisionada por elas e favorecia a integração sensorial tátil.

Vale colocar que, exceto o Caso III, todas as mães relataram alguma questão relacionada à

alimentação de seu filho primogênito. No Caso V, a mãe colocou que seu filho primogênito recebeu acompanhamento nutricional, devido alteração metabólica (aumento do colesterol ruim): "ele comia muita besteira". Já nos casos restantes, todas as mães colocaram sobre a resistência de seus bebês primogênitos em aceitar o desmame e a inclusão dos alimentos pastosos.

Os Gráficos 1 e 2 apresentam os resultados da aplicação do instrumento III, antes e após a atuação fonoaudiológica. A Tabela 1 refere às observações da fonoaudióloga e a Tabela II respostas das mães durante a cena de alimentação.

Gráfico 1. Resultado da aplicação do Instrumento III durante as ofertas de alimentos antes e depois da atuação fonoaudiológica. Quanto maior o escore, melhor.

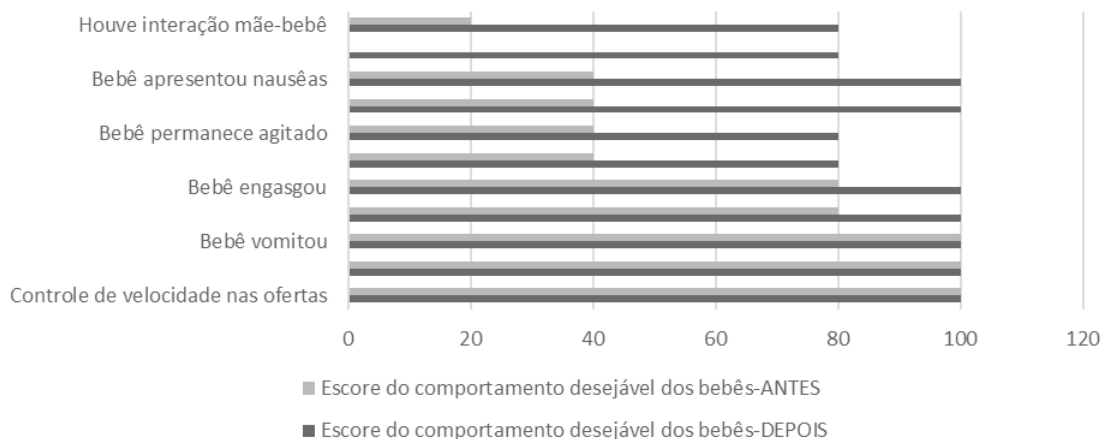
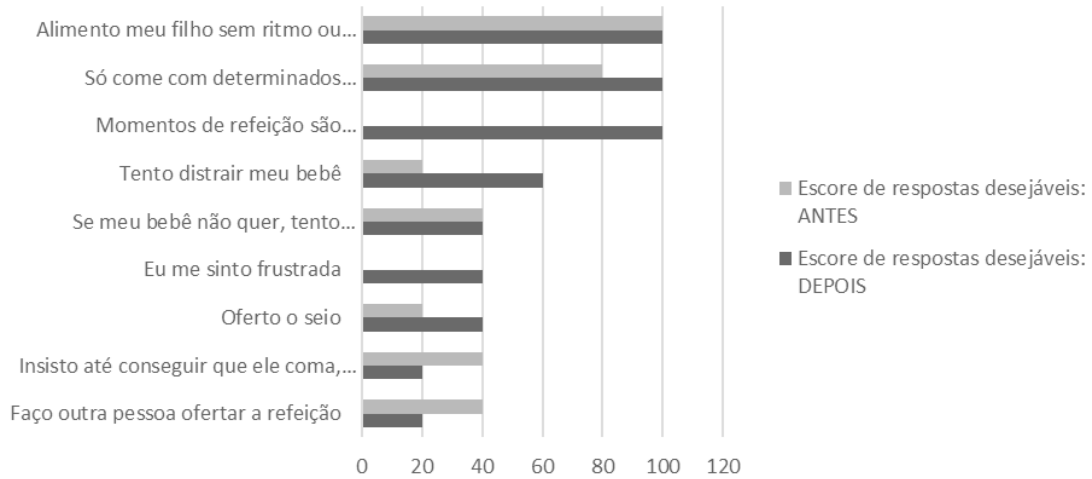


Gráfico 2. Resultados do Instrumento III – Percepções das mães nas cenas de alimentação antes e depois da atuação fonoaudiológica. Quanto maior o escore, melhor.



Ao analisar os escores, foi observada diferença estatisticamente significativa dos resultados obtidos antes e depois da atuação fonoaudiológica com a aplicação do Instrumento III. A média inicial era

de 16,0 pontos ($dp=1,0$), passando para 21,2 pontos ($dp=0,8$) depois da atuação fonoaudiológica ($p=0,001$).

Tabela 1. Análise descritiva dos escores antes e depois a atuação fonoaudiológica ($n=5$).

Variável	média	(dp)	p*
Durante as refeições com alimento pastoso (a partir das observações da pesquisadora)			
Escore			
Antes	16,0	(1,0)	0,001
Depois	21,2	(0,8)	
Durante as refeições com papinha para o meu bebê (aplicado pela pesquisadora com as mães)			
Escore			
Antes	9,6	(3,8)	0,199
Depois	12,8	(3,8)	

* teste *t-Student* pareado.

Tabela 2. Resultados do Instrumento III: antes e depois da atuação fonoaudiológica durante as refeições com alimentos pastosos durante a observação da cena alimentar.

Caso	A refeição é ofertada num local calmo	A posição do bebê está adequada durante as ofertas	Há controle de velocidade nas ofertas realizadas pela mãe	A mãe interagiu com o bebê durante as ofertas	O bebê cospe o alimento	O bebê permanece agitado	O bebê chora	O bebê apresentou náuseas	O bebê engasgou	O bebê tossiu	O bebê vomitou
I											
Antes	CFI	CFD	CFD	CFD	CE	CE	CE	CFD	CFD	CFD	CFD
Depois	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD
II											
Antes	CFI	CFD	CFD	CE	CE	CFD	CFD	CFI	CE	CFD	CFD
Depois	CE	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD
III											
Antes	CE	CFI	CFD	CE	CE	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD
Depois	CFD	CFD	CFD	CFD	CE	CE	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD
IV											
Antes	CFI	CFD	CFD	CE	CFD	CE	CFI	CE	CFD	CFD	CFD
Depois	CFD	CFD	CFD	CE	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD
V											
Antes	CFI	CFD	CFD	CE	CFD	CE	CE	CE	CFD	CFD	CFD
Depois	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD
% CFD antes	0,0	80,0	100,0	20,0	40,0	40,0	40,0	40,0	80,0	100,0	100,0
% CFD depois	80,0	100,0	100,0	80,0	80,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

NOTA: CFD = comportamento frequente desejável; CE = comportamento esporádico; CFI = comportamento frequente indesejável. Quanto maior a porcentagem, melhor.

Tabela 3. Resultados do Instrumento III: antes e depois da atuação fonoaudiológica durante a oferta de alimentos pastosos segundo relatos das mães.

Caso	Vejo que os momentos de refeição são prazerosos	Insisto até conseguir que ele coma toda refeição, mesmo que ele não queira	Alimento o meu bebê sem ritmo ou horário (inclusive quando ele está dormindo)	Meu bebê só come alguns alimentos com determinado utensílio	Se meu bebê não quer comer, tento ofertar outro tipo de comida	Eu me sinto frustrada por não conseguir fazer com que meu bebê coma	Faço com que outra pessoa ofereça o alimento em meu lugar	Tento distrair o meu bebê com brinquedos ou jogos para induzi-lo a comer	Não suporto ver o meu bebê sem comer e oferto o seio
I									
Antes	CE	CFD	CFD	CFD	CFI	CFI	CFI	CFI	CFI
Depois	CFD	CE	CFD	CFD	CE	CE	CE	CE	CE
II									
Antes	CE	CFI	CFD	CFD	CFD	CFI	CFD	CFI	CFI
Depois	CFD	CFI	CFD	CFD	CFI	CFI	CE	CFI	CFI
III									
Antes	CE	CE	CFD	CFD	CE	CE	CFD	CFD	CE
Depois	CFD	CFI	CFD	CFD	CE	CE	CFD	CFD	CE
IV									
Antes	CFI	CFI	CFD	CFI	CE	CE	CE	CFI	CFI
Depois	CFD	CFI	CFD	CFD	CFD	CFD	CE	CFD	CFD
V									
Antes	CE	CFD	CFD	CFD	CFD	CE	CE	CE	CFD
Depois	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CFD	CE	CFD	CFD
% CFD antes	0,0	40,0	100,0	80,0	40,0	0,0	40,0	20,0	20,0
% CFD depois	100,0	20,0	100,0	100,0	40,0	40,0	20,0	60,0	40,0

NOTA: CFD = comportamento frequente desejável; CE = comportamento esporádico; CFI = comportamento frequente indesejável. Quanto maior a porcentagem, melhor.

Discussão

As dificuldades decorrentes do processo de desmame são pouco abordadas em estudos na área fonoaudiológica. Este período, que envolve a díade mãe-bebê, demarca uma fase essencial no desenvolvimento do bebê. Através de um relato de caso, autores demonstraram que, a fase do desmame pode originar dificuldades para que o bebê aceite outros alimentos (desde leite industrializado em mamadeira ou outro alimento) e que cause alterações no laço, devido à imposição dos pais preocupados pela nutrição do seu bebê durante as refeições. Este caso evoluiu para doenças como refluxo gastroesofágico e recusa alimentar com necessidade de via alternativa de alimentação¹⁹. É necessário considerar que, o insucesso do desmame pode apresentar consequências prejudiciais que vão desde alterações nutricionais até problemas em seu desenvolvimento de linguagem^{21,22,23}.

Nos Casos I e V, as mães ofereciam alimentos de outras consistências aos seus bebês. Isto mostra que, estas mães estavam dispostas a oferecerem outras experiências aos seus filhos o que proporcionava mais interação entre eles e independência aos seus bebês, já que eram estimulados a comerem com independência supervisionada, o que proporcionava maior integração sensorial.

Os bebês apresentavam engasgos durante as refeições com alimentos pastosos ou sólidos macios, segundo relatos maternos. Contudo, durante o acompanhamento das refeições, a pesquisadora avaliou que essas queixas estavam relacionadas a episódios nauseosos, que podem ocorrer nesta fase de adaptação do bebê diante da nova consistência alimentar e/ou utensílio^{19,20,24}. Após a atuação fonoaudiológica, este dado não foi mais destacado pelas mães.

Outro dado que vale ressaltar: as mães estavam atentas para as necessidades de seus filhos e buscaram informações em grupos de orientação (participavam do Grupo de Cozinha dos Bebês na instituição) ou por outros meios de comunicação (como em sites da internet sobre o assunto). Porém, tais informações não lhes possibilitavam considerar aspectos relacionados à dinâmica de interação mãe/bebê durante a cena alimentar cotidiana, como sugere a literatura^{11,12,13}.

Vale ressaltar que, exceto o Caso III, todas as mães relataram alguma questão relacionada à alimentação de seu filho primogênito. Nos casos

restantes, as mães colocaram sobre a resistência de seus bebês primogênitos em aceitarem o desmame e a introdução dos alimentos pastosos. Isto pode revelar que, as mães manifestaram suas dificuldades diante do desmame e que esta experiência anterior pode ter influenciado no desmame do filho atual. A propósito, autoras afirmam que o momento da separação entre o corpo da mãe do da criança, típico do desmame, pode causar estranhamento ao bebê frente a novas sensações de prazer/desprazer associadas ao sabor, odor, textura, temperatura dos alimentos²⁰.

Além disso, algumas mães ofereciam o alimento com o bebê posicionado em seu colo (casos II, III e IV), muitas vezes de costas para seu bebê. As cenas alimentares, nestes casos, não proporcionavam interação efetiva da mãe com seu bebê. Somente no Caso I, a mãe incluía o bebê nas refeições da família, posicionando a cadeira de alimentação perto da mesa. Em outras residências, isto não era possível pela falta de mobiliário ou espaço físico limitado. Oferecer para o bebê vivências que facilitem o seu posicionamento adequado, horários próprios e rotina das refeições realizadas em família, podem aumentar suas respostas e desenvolvimento do bebê²⁴. Entretanto, nos casos atendidos, foi necessária orientação para que isto fosse adaptado às suas realidades.

Outro aspecto a se destacar está relacionado às necessidades maternas de retorno às atividades profissionais, que desencadeia a introdução de novos alimentos pela necessidade de inclusão do bebê em creche ou a permanência com um cuidador. Aliás, estudos apontam os principais motivos para a introdução de alimentos complementares: orientação médica, compromissos profissionais, inexperiência materna associada às preocupações com a possibilidade de seu leite ser “fraco”^{16, 25,26,27}.

Para as mães aqui estudadas, de maneira geral, o “comer bem” significava que o bebê deveria aceitar uma quantidade suficiente de alimentos para suprir as necessidades nutricionais. Falas como: “filho, não acredito que você não vai comer o que a mamãe fez” (Caso IV), exemplificam expectativas maternas frustradas diante da prevalência do desejo do bebê em não atendê-las. Mesmo diante destes relatos das mães, todas descreveram que as refeições se tornaram mais prazerosas e houve aumento da aceitação do alimento pelo bebê após a atuação fonoaudiológica.

Sendo assim, a ação da fonoaudióloga/pesquisadora foi a de intermediar a interação entre a diáde ao promover situações favoráveis durante a alimentação com vistas ao desmame progressivo e introdução de novas consistências alimentares¹⁶.

Os resultados obtidos com a média da aplicação do Instrumento III (antes e após a atuação fonoaudiológica) demonstraram uma diferença estatisticamente significativa e sublinham que a conduta fonoaudiológica nesses casos deve considerar aspectos relacionados à interação da diáde mãe-bebê durante a cena alimentar de maneira a intervir precocemente, contribuindo para que o desenvolvimento infantil não seja perturbado por efeitos de um processo de desmame conturbado. Para isto, é fundamental contemplar na formação do fonoaudiólogo que atua na área de deglutição, a investigação de fatores biopsíquicos, que podem influenciar na alimentação.

Conclusão

Nas díades estudadas, a abordagem biopsíquica que norteou a atuação fonoaudiológica nos casos promoveu benefícios. Sugerem-se futuros estudos sobre o tema com casuística ampliada, para efeitos de generalizações teórico metodológicas.

Referências

1. Asha.org. Rockville: American Speech-Language Hearing Association (ASHA), Pediatric Dysphagia, acessado em 10/abril/2016, Disponível: <<http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934965§ion=Assessment>>.
2. Fussi, CC; Romero, SB. Disfagia: desmistificando dúvidas na prática da equipe de enfermagem. In: Matsuba, CST; Magnon, D. Enfermagem em Terapia Nutricional. 1ª edição. São Paulo: SAVIER, 2009; 196 – 219.
3. Silva-Munhoz, LF; Bühler, KEB. Achados fluoroscópicos da deglutição: comparação entre recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de termo. *Revi Soc Bras Fonoaudiol*, 2011, (23): 206-13.
4. Madureira, DL. Deglutição em Neonatos. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. *Tratado de Fonoaudiologia*. 2ª edição. São Paulo: Roca, 2004. 587-96.
5. Caladol, DFB; Souza, R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Revista CEFAC*. 2012; 14(1): 176-80.
6. Silva, ASG; Tanigute, AC; Tessitore, A. A necessidade da avaliação fonoaudiológica no protocolo de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. *Revista CEFAC*. 2014; 16(5): 1655-68.
7. Pedrosa, C; Caçola, P; Carvalho, MIMM. Fatores preditores do perfil sensorial de lactentes dos 4 aos 18 meses de idade. *Rev Paul de Pediatría*. 2015; 33(2): 160-166.
8. Rodvalho, JC; Braga, AK; Formiga CK. Difference in growth and neuropsychomotor development in children attending child education centers in Goiana/GO. *REv Eletr Enf*. 2012;14:122-32. Acessado em 01 de junho de 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10382/15564>
9. Schaaf, RC; Miller, LJ. Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with development disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2005; 11: 143-8.
10. Sinder, CB; Ferreira, MC. Oportunidades do ambiente domiciliar e desenvolvimento motor de lactentes entre dez e 18 meses de idade Juiz de Fora: UFJF; 2010.
11. Gusmão, MH. Os transtornos e as dificuldades de alimentação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2002; 5(1): 44-60.
12. Kerzner, B; Milano, K; Maclean JR, WC; Glenn, B; Stuart, S; Chatoor, I. Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *PEDIATRICS*. 2015; 135(3): 344-56.
13. Chatoor, I; Getson, P; Menvielle E; Brasseaux, X; O'Donnell, R; Rivera, Y; Mrazek, DA. A Feeding Scale for Research and Clinical Practice to Assess Mother – Infant Interactions in the First Three Years of Life. *Infant Ment Health J*, 1997; 18(1): 76-91.
14. Zavaroni, DML; Rodrigues, RL; Samarcos, ALH. Entre o insuportável da recusa e o excesso da anorexia: a ética da oralidade e as queixas alimentares na clínica psicanalítica com crianças. Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, Fortaleza/CE, Anais do Congresso – Mesas Redondas, 2012: 1-8.
15. Sotero, AM; Cabral, PC; Silva, GAP. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr*. 2015; 33(4): 445-52.
16. Carascoza, KC; Costa Júnior, AL; Moraes, ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*, 2005, 22(4): 433-40.
17. Ramos, CV; Almeida, JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J. Pediatr*. 2003; 79(5): 385-30.
18. Winnicott, DW. O desmame. In: Winnicott, DW. *A criança e o seu mundo*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977:89-94.
19. Junqueira, P; Maximino, P; Ramos, CC; Machado, RHV; Assumpção, I; Fisberg, M. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. *Revista CEFAC*, 2015; 17(3): 1004-11.
20. Vendruscolo, JF; Bolzan, GM; Crestani, AH; Souza, APR; Moraes, AB. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 2012; 24(1): 41-52.
21. Palladino, RRR; Cunha, MC; Souza, LAP. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: coocorrências ou coincidências? *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 2007; 19(2):205-14.
22. Palladino, RRR; Souza LAP, Cunha, MC. Transtornos alimentares em crianças. *Psicanálise e Universidade*. 2004; 2(21): 95-108.



23. Cunha, MC. Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território. 1ª edição. São Paulo: Plexus, 1997.
24. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2008; 14: 118-127.
25. Barbosa, MB; Palma, D; Domene, SMA; Taddei, JAAC; Lopez, FA. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27(3): 272-81.
26. Escobar, AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista brasileira de saúde materno infantil*. 2002; 2 (3): 253-61.
27. Rotenberg, S; Vargas, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2004; 4(1): 85-94.



Anexo 1

Instrumento 1

Avaliação da Disfagia Infantil

Adaptado em: Madureira, DL. Deglutição em Neonatos. In: Ferreira, LP et al. Tratado de Fonoaudiologia. 2ª edição. São Paulo: Editora Roca, 2004: 587-96.

Exame do paciente:

Controle da postura/tônus geral

Tônus muscular global: Normal Hipotônico Hipertônico Flutuante
 Alinhamento da cabeça/pescoço/tronco: Sim Não Descreva: _____
 Controle independente de cabeça: Sim Não Descreva: _____
 Estabilidade pélvica: Sim Não Descreva: _____
 Estabilidade de tronco: Sim Não Descreva: _____

Status respiratório

Dentro dos limites normais _____ Respirações por minuto
 Difícil/ruidosa
 Estridor
 Respirador oral
 Apnéia: descreva _____

Padrões Respiratórios Anormais

Expansão da caixa torácica
 Respiração invertida
 Irregular/superficial
 Depressão do esterno
 Respiração abdominal

Histórico de aspiração

Traqueostomia: Sim Não Tipo _____ Tamanho _____

Avaliação dos nervos cranianos motores-orais

Reflexos orais primitivos: + = adequadamente presente; - = inadequadamente presente; 0 = ausente.

Pontos	Reflexo	Estímulo	Diminui por volta de
	Gag	Toque em região posterior da língua	Permanece
	Mordida fásica	Toque em gengiva	9-12 meses
	Língua transversa	Batidas nas laterais da língua	6 meses
	Protrusão de língua	Toque em ponta de língua	6 meses
	Procura	Toque nas bochechas ou margens da boca	3 meses
	Suckling/sucção	Toque no palato duro e/ou na língua	6-24 meses

Triagem de pares cranianos

Par craniano	Sintomas
V (trigêmeo) VII (facial) X (vago) XII (hipoglosso)	Redução dos movimentos mandibulares Assimetria facial, redução de movimentos faciais, vedamento labial insuficiente Paralisia de pregas vocais, choro fraco, hipernasalidade, escape nasal Redução dos movimentos de língua, sucção débil

Avaliação da Deglutição/alimentação

Formas de alimentação

Seio materno /mamadeira
Tipo de mmd: Tipo de líquido: • Líquido <input type="checkbox"/> • Líquido engrossado <input type="checkbox"/> Tipo de bico: Tempo de ref.: Posicionamento: Comentários: _____ _____

Status fisiológico

	AR	PR
Respiração		
Batimento cardíaco		
Saturação de O ²		

AR = antes das refeições PR = pós-refeições

Estágios de alerta	AR	PR	Coloração	AR	PR
Estágio 1			Normal		
Estágio 2			Cianótico		
Estágio 3			Corado		
Estágio 4			Escurecimento		
			Perioral		
			Periorbital		
Estágio 5			Cinzento		
Estágio 6			Palidez ao redor das narinas		
			Manchas espalhadas		
			Vermelhidão		

Sinais de estresse durante a refeição

	Olhar fixo
	Aterrorizado, preocupado
	Silencioso/choro fraco
	Startle
	Cochilo
	Olhar flutuante
	Olhar vidrado
	Deixar escapar um sorriso

Aspecto motor

	Caretas
	Contrações
	Hiperextensão do pescoço, braços, mãos ou pernas
	Tônus flutuando do padrão normal ao flácido
	Hipertonicidade(arqueamento, dedos expandidos, mãos fechadas)
	Movimentos difusos em excesso

Alteração do sistema autônomo: grau moderado

	Ofegar
	Suspirar
	Espirrar
	Transpirar
	Soluçar
	Tremer

Alteração do sistema autônomo: grau severo

	Tosse
	Náusea
	Refluxo
	Mudança na coloração
	Pausa respiratória
	Respiração irregular



Padrão motor oral

P = peito; MMD = mamadeira; CAN = canudo; CO = copo; COL = colher; TD = todos.

	Mov. de lábios e bochechas	Mov de língua	Mov. de mandíbula	Deglutição e ausculta cervical
Líquidos	<input type="checkbox"/> Mantém o vedamento <input type="checkbox"/> Ved. Labial insuficiente <input type="checkbox"/> Mordida/mast <input type="checkbox"/> Puxa ativa/e o bico <input type="checkbox"/> Retraído <input type="checkbox"/> Contraído <input type="checkbox"/> Escape unil. <input type="checkbox"/> Escape bilat. <input type="checkbox"/> Baba	<input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Sucção com atraso <input type="checkbox"/> Mobilidade reduzida <input type="checkbox"/> Canolamento reduzido <input type="checkbox"/> Sucção adequada <input type="checkbox"/> Resíduos <input type="checkbox"/> Salivação intensa <input type="checkbox"/> Projeção <input type="checkbox"/> Retração <input type="checkbox"/> Limpa os lábios <input type="checkbox"/> TTO	<input type="checkbox"/> Excusão mandibular <input type="checkbox"/> Projeção <input type="checkbox"/> Reflexo de mordida <input type="checkbox"/> Trancamento <input type="checkbox"/> Bruxismo <input type="checkbox"/> Graduação de abertura <input type="checkbox"/> Ausência de mov. antecipatório de abertura de boca <input type="checkbox"/> Morder o bico <input type="checkbox"/> Movimentos mastigatórios	<input type="checkbox"/> ADDF <input type="checkbox"/> Ausência DDF <input type="checkbox"/> Deglute por bolo <input type="checkbox"/> Qualidade vocal molhada antes da deglutição <input type="checkbox"/> Qualidade vocal molhada pós-deglutição <input type="checkbox"/> Tosse antes da deglutição <input type="checkbox"/> Tosse durante a deglutição <input type="checkbox"/> Tosse depois da deglutição

TTO = tempo de trânsito oral

ADDF = atraso no disparo da deglutição faríngea

Anexo 2

Instrumento 2

Histórico Clínico e Alimentar¹

Adaptado de: Madureira, DL. Deglutição em Neonatos. In: Ferreira, LP et al. Tratado de Fonoaudiologia. 2ª edição, p.587-596, Editora Roca, São Paulo, 2004

Histórico

Nome da criança _____
DN: _____ Idade cronológica: _____
Nome da mãe: _____ Idade: _____
Escolaridade: _____
Nome do pai: _____ Idade: _____
Escolaridade: _____
Endereço: _____

Aspecto Social

Com quem a criança está morando? _____
Nome e idade dos irmãos _____
Irmãos tiveram alguma dificuldade alimentar? _____
Quem são os principais cuidadores _____
Quem normalmente alimenta a criança? _____

Histórico Médico

Dados da gestação e do parto _____
Problemas ocorridos durante a gravidez: _____
Problemas ocorridos durante o parto: _____
Notas APGAR _____

Dados do bebê

A criança precisou de suporte ventilatório ao nascimento? Sim Não
Quais os medicamentos que a criança recebe atualmente? _____
A criança já foi submetida a alguma cirurgia? Sim Descreva: _____ Não
A criança já apresentou alguma dessas doenças?
 Infecções de ouvido Convulsões Alergia/asma Picos febris Pneumonia
 Infecções frequentes do trato respiratório superior Outras infecções
A criança apresenta constipação frequente? _____

Histórico Alimentar

Seu bebê é ou foi amamentado? Sim Não
Por quanto tempo? _____
Dificuldades? _____
Faz ou já fez uso de mamadeira? Sim Não
Por quanto tempo? _____
Duração média das refeições:
 Menos de 10 minutos
 10-20 minutos
 10-30 minutos
 Mais que 30 minutos
Quantidade de comida aproximada consumida por dia: _____
O bebê consome alimentos pastosos? Sim Não
Há quanto tempo? menos de 2 semanas um mês mais de um mês²
Como a criança é normalmente posicionada durante as refeições?
 No colo Cadeira infantil "Cadeirão" Deitada Cadeira elevada
 Cadeira adaptada Cadeira sobre a mesa Outros _____
Que utensílios são normalmente utilizados e em qual idade foram introduzidos?
Mamadeira _____ Copo _____ Copo com canudo _____ Outros _____
Que tipo de alimento o seu bebê consome na maior parte do tempo? _____
 Leite materno Fórmula Alimento infantil peneirado
 Pastoso Outros _____
Como você sabe quando o seu bebê está com fome? _____
Como você sabe quando o seu bebê está satisfeito? _____

¹. Foram desconsiderados os seguintes aspectos do instrumento original: alguns fatores do Status Atual; Histórico Médico; Desenvolvimento Motor e de Linguagem/Comunicação e Histórico Alimentar.

². Dados inseridos por mim (*)



Durante as refeições, você observa algum dos itens listados abaixo?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sufocamento | <input type="checkbox"/> Náusea |
| <input type="checkbox"/> Alimento sai pelo nariz | <input type="checkbox"/> Choro |
| <input type="checkbox"/> Come em excesso | <input type="checkbox"/> Come muito pouco |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade para engolir | <input type="checkbox"/> Refluxo durante ou após refeições |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar | <input type="checkbox"/> Agitação |
| <input type="checkbox"/> Dorme | <input type="checkbox"/> Alimento cai da boca |
| <input type="checkbox"/> Recusa do alimento | <input type="checkbox"/> Corpo fica duro (enrijecimento) |
| <input type="checkbox"/> Bebê joga a cabeça para trás (hiperextensão) | |

Respiração ruidosa: antes, durante ou após as refeições? _____

O bebê apresenta dificuldade para ganhar peso? Sim Não

O bebê usa chupeta? Sim Não

O bebê tem aversão ao ser tocado ao redor da boca? Sim Não

O que parece ajudar (ou não ajudar) a criança durante as refeições? _____

Anexo 3

Instrumento 3

Roteiro de Desmame

Adaptado de: Madureira, DL. Deglutição em Neonatos. In: Ferreira, LP et al. Tratado de Fonoaudiologia. 2ª edição, p.587-596, Editora Roca, São Paulo, 2004

Adaptado de: Chatoor, I; Getson, P; Menvielle E; Brasseaux, X; O'Donnell, R; Rivera, Y; Mrazek, DA. A Feeding Scale for Research and Clinical Practice to Assess Mother – Infant Interactions in the First Three Years of Life. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 18(1) 76-91, Michigan, 1997.

Fatores a serem avaliados pelo fonoaudiólogo com relação ao comportamento do bebê durante a oferta do alimento pastoso e questionadas à mãe (Encontro 3 e 4):

Obs.: Cada variável recebeu uma classificação e uma pontuação, a saber: CFD = comportamento frequente desejável, 2 pontos; CE = comportamento esporádico, 1 ponto; CFI = comportamento frequente indesejável, zero ponto.

1 - Durante as refeições com alimento pastoso:

	CFD	CE	CFI
A refeição é ofertada num local calmo			
A posição do bebê está adequada durante as ofertas			
Há controle de velocidade nas ofertas realizadas pela mãe			
A mãe interagiu com o bebê durante as ofertas			
O bebê cospe o alimento			
O bebê permanece agitado			
O bebê chora			
O bebê apresentou náuseas			
O bebê engasgou			
O bebê tossiu			
O bebê vomitou			

Para conhecermos melhor sobre os motivos pelos quais seu bebê não aceita alimentos pastosos, listamos alguns fatores que podem estar relacionados a isto. Pedimos que responda levando em consideração o que realmente acontece durante as refeições com alimento pastoso (papinha).

Ao responder o questionário, considere a frequência que estas situações ocorrem durante a alimentação. Ou seja: **sempre, às vezes ou nunca.**

Observação.: cada variável recebeu uma classificação e uma pontuação, a saber: CFD = comportamento frequente desejável, 2 pontos; CE = comportamento esporádico, 1 ponto; CFI = comportamento frequente indesejável, zero ponto. Marcados com 'X' – os comportamentos frequentes desejáveis.



2 - Durante as refeições com papinha para o meu bebê, EU:

	Sempre	Às vezes	Nunca
Vejo que os momentos de refeição são prazerosos.	X		
Insisto até conseguir que ele coma toda refeição, mesmo que ele não queira.			X
Alimento o meu bebê sem ritmo ou horário (inclusive quando ele está dormindo).			X
Meu bebê só come alguns alimentos com determinado utensílio. Por exemplo, não come na colher, mas toma o mesmo alimento na mamadeira.			X
Se meu bebê não quer comer, tento ofertar outro tipo de comida.			X
Eu me sinto frustrada por não conseguir fazer com que meu bebê coma.			X
Faço com que outra pessoa oferte o alimento em meu lugar.			X
Tento distrair o meu bebê com brinquedos ou jogos para induzi-lo a comer.			X
Não suporto ver o meu bebê sem comer e ofertado o seio.			X

Há algum outro aspecto que não foi colocado acima que você queira colocar? Por favor, descreva: