

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas

Bruna Franciele Guimarães

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS DE DOIS A
CINCO ANOS**

Belo Horizonte
2023

Bruna Franciele Guimarães

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS DE DOIS A CINCO ANOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Brandão de Oliveira e Britto

Coorientadora: Profa. Dra. Amélia Augusta de Lima Friche

Belo Horizonte
2023

Guimarães, Bruna Franciele.
G963a Análise do comportamento alimentar de crianças de dois a cinco anos
[manuscrito]. / Bruna Franciele Guimarães. - - Belo Horizonte: 2023.
97f.: il.

Orientador (a): Denise Brandão de Oliveira e Britto.
Coorientador (a): Amélia Augusta de Lima Friche.
Área de concentração: Ciências Fonoaudiológicas.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Fonoaudiologia. 3. Seletividade Alimentar. 4. Fatores Sociodemográficos. 5. Comportamento Alimentar. 6. Dissertação Acadêmica. I. Britto, Denise Brandão de Oliveira e. II. Friche, Amélia Augusta de Lima. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: GT 2850



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS DE DOIS A CINCO ANOS

BRUNA FRANCCIELE GUIMARÃES

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia 11 de dezembro de 2023, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós- Graduação Ciências Fonoaudiológicas da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

DENISE BRANDÃO DE OLIVEIRA E BRITTO- ORIENTADOR

UFMG

AMÉLIA AUGUSTA DE LIMA FRICHE- COORIENTADOR

UFMG

CARLA MENEZES DA SILVA

PUC-MG

ALINE MANSUETO MOURÃO

UFMG

Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Carla Menezes da Silva**, **Usuária Externa**, em 13/12/2023, às 08:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: prof.a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof.^a Isabela Almeida Pordeus

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Fernando Marcos dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretora da Faculdade de Medicina: Prof.a Alamanda Kfoury Pereira

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Prof.^a Cristina Gonçalves Alvim

Coordenador Geral do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora: Prof.^a Eli Lola Gurgel Andrade

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

Coordenadora: prof.^a Luciana Macedo de Resende

Subcoordenadora: prof.^a Patrícia Cotta Mancini

COLEGIADO

Sirley Alves da Silva Carvalho – Titular	Stela Maris Aguiar Lemos – Suplente
Ana Cristina Cortes Gama – Titular	Aline Mansueto Mourão – Suplente
Luciana Macedo da Resende – Titular	Letícia Caldas Teixeira – Suplente
Amélia Augusta de Lima Friche – Titular	Renata Maria Moreira Moraes Furlan – Suplente

Dissertação apresentada em 11 de dezembro à banca examinadora constituída
pelas professoras:

Profa. Dra. Denise Brandão de Oliveira e Britto
(Orientadora)

Profa. Dra. Amélia Augusta de Lima Friche
(Coorientadora)

Profa. Dra. Carla Menezes da Silva
(Membro da banca)

Profa. Dra. Aline Mansueto Mourão
(Membro da banca)

Profa. Dra. Thamara Suzi dos Santos
(Membro suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, pelo amor incondicional, por iluminar meu caminho e dia após dia, fortalecer minha fé.

Agradeço meus pais, por todo amor e apoio. Agradeço a minha mãe por todos os dias que se disponibilizou a cuidar do Francisco com o maior carinho para que eu pudesse realizar esse sonho.

Agradeço a minha orientadora Denise, pela oportunidade de mais uma vez vivenciar a vida acadêmica ao seu lado. Obrigada por toda experiência e aprendizados compartilhados e pelo apoio e compreensão em todo o processo.

Agradeço a minha coorientadora Guta, por todos conhecimentos compartilhados e por tanta compreensão durante esses anos. Foram muitos desafios, mas você soube me direcionar com excelência para que conseguíssemos chegar até aqui.

Agradeço as minhas irmãs pelo incentivo diário, pelas conversas intermináveis e por não me deixar desistir.

Agradeço ao Marcos, por todo amor, carinho e paciência durante todos esses anos. Pelo cuidado com nosso pequeno e por acreditar mais em mim do que eu mesma.

Agradeço ao meu filho, Francisco, por ter despertado em mim o amor maior do mundo. Filho, a mamãe se abdicou de muitos momentos com você para realizar esse sonho. Muitas vezes que pensei em desistir, você foi meu maior combustível. Você participou de cada etapa dessa dissertação junto a mamãe e essa conquista é nossa!

Agradeço a todos professores do ppg pela qualidade do ensino, ao colegiado pela compreensão e direcionamento nos contratempos e à secretaria pela boa vontade e auxílio.

Agradeço as professoras Carla Menezes, Aline Mourão e Thamara dos Santos por aceitarem a participar da banca e pelas contribuições enriquecedoras.

RESUMO

Introdução: Nos primeiros anos de vida, é imprescindível que a criança tenha uma boa alimentação a fim de favorecer o desenvolvimento físico, motor, cognitivo e intelectual. O processo de aprendizado do comer depende de fatores genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturais, familiares e ambientais que podem interferir no desenvolvimento de hábitos e comportamentos alimentares saudáveis. Para a maioria das crianças, comer é um dos momentos mais prazerosos e rotineiros, porém algumas crianças podem apresentar sinais de dificuldades alimentares na infância. As dificuldades alimentares caracterizadas por comportamentos de recusa e seletividade alimentar acometem cerca de 20 a 35% de crianças com desenvolvimento típico. Em crianças com atrasos ou transtornos do neurodesenvolvimento, essa prevalência é ainda maior, ultrapassando 80%. Com isso, é importante analisar os fatores de risco e comorbidades associadas a dificuldade alimentar. **Objetivo:** Analisar os comportamentos alimentares de crianças de dois a cinco anos e 11 meses atendidas em um serviço de referência em atenção à saúde da criança do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal. Participaram 113 crianças de dois anos a cinco anos e 11 meses cadastradas no SUS cidade de Itaguara, Minas Gerais. Foram aplicados o questionário de caracterização da amostra, Escala EBAI, CCEB, Escala CARS e protocolo AMIOFE. Foram realizadas entrevistas com as famílias e avaliação das crianças para aplicação as escalas e protocolos. A análise descritiva dos dados, foi realizada por meio da distribuição de frequência das variáveis categóricas e associação pelos os testes Qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney ($p < 0,05$) e multivariada com regressão logística (VIF) $< 10,00$ e $> 0,1$. **Resultados:** Foi observada tendência das crianças de dois e três anos apresentarem dificuldades alimentares. Além disso, crianças prematuras e com sinais de TEA apresentaram maior chance de apresentar dificuldade alimentar. As crianças com dificuldades alimentares demonstraram maior dificuldade durante o processo de introdução alimentar, dificuldade alimentar nos dois primeiros anos de vida e mais sinais de alterações sensoriais. Não foi encontrada associação entre dificuldades alimentares e funções estomatognáticas. **Conclusão:** Crianças com TEA apresentam maior risco para apresentarem dificuldades alimentares. Aspectos como: prematuridade, dificuldades na introdução alimentar, dificuldades alimentares até os dois anos e

sinais de incomodo sensorial são fatores de risco para dificuldades alimentares na infância.

Descritores: transtorno do espectro autista; fonoaudiologia; seletividade alimentar; fatores sociodemográficos.

ABSTRACT

Introduction: In the first years of life, it is essential that the child has a good diet in order to promote physical, motor, cognitive and intellectual development. The process of learning to eat depends on genetic, biological, psychological, sociocultural, family and environmental factors that can interfere with the development of healthy eating habits and behaviors. For most children, eating is one of the most pleasurable and routine moments, however some children may show signs of eating difficulties in childhood. Eating difficulties characterized by food refusal and selectivity behaviors affect approximately 20 to 35% of children with typical development. In children with neurodevelopmental delays or disorders, this prevalence is even higher, exceeding 80%. Therefore, it is important to analyze the risk factors and comorbidities associated with eating difficulties. **Objective:** To analyze the eating behaviors of children aged two to five years and 11 months treated at a reference child health care service within the Unified Health System. **Methods:** This is an observational, analytical and cross-sectional study. 113 children aged between two years and five years and 11 months registered with the SUS in the city of Itaguara, Minas Gerais, participated. The sample characterization questionnaire, EBAI Scale, CCEB, CARS Scale and AMIOFE protocol were applied. Interviews were carried out with families and children were assessed to apply the scales and protocols. The descriptive analysis of the data was carried out using the frequency distribution of categorical variables and association using the Pearson chi-square and Mann-Whitney tests ($p < 0.05$) and multivariate logistic regression ($VIF < 10.00$ and > 0.1). **Results:** A tendency was observed for two and three year old children to have eating difficulties. Furthermore, premature children and those with signs of ASD were more likely to have feeding difficulties. Children with eating difficulties demonstrated greater difficulty during the food introduction process, feeding difficulties in the first two years of life and more signs of sensory changes. No association was found between feeding difficulties and stomatognathic functions. **Conclusion:** Children with ASD are at greater risk of experiencing eating difficulties. Aspects such as: prematurity, difficulties in introducing food, eating difficulties up to two years of age and signs of sensory discomfort are risk factors for eating difficulties in childhood.

Keywords: autism spectrum disorder; speech therapy; food fussiness; sociodemographic factors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Métodos

Quadro 1. Renda Familiar por Classes (CCEB, 2021)	36
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AMIOFE	Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BLW	Baby Led Weaning
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
EBAI	Escala Brasileira de Alimentação Infantil
MCH-FS	Montreal Children's Hospital Feeding Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
TARE	Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Nutrição do bebê	16
2.2	Nutrição e funções estomatognáticas	17
2.3	Introdução Alimentar	18
2.4	Dificuldades alimentares	20
2.5	Transtorno do espectro do autismo e dificuldades alimentares	24
	REFERÊNCIAS	27
3	OBJETIVOS	33
3.1	Objetivo geral	33
3.2	Objetivos específicos	33
4	MÉTODOS	34
4.1	Tipo e local do estudo	34
4.2	Amostra do estudo	34
4.3	Coleta de dados	35
4.4	Instrumentos destinados aos pais	35
4.5	Instrumentos destinados às crianças	36
4.6	Procedimentos	37
4.7	Análise estatística	39
5	RESULTADOS	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	ANEXOS	43
	Anexo 1 – Instrumento de caracterização da amostra	44
	Anexo 2 – Escala Brasileira de Alimentação Infantil EBAI	48
	Anexo 3 – Childhood Autism Rating Scale (CARS)	50
	Anexo 4 – Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores (AMIOFE)	55
	Anexo 5 – Critério de Classificação Econômica do Brasil	57
	Anexo 6 – Parecer Consubstanciado do CEP	59

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde o ano de 2020, a dificuldade alimentar na infância vem sendo meu objeto de estudo. Me lembro da ligação que recebi nesse mesmo ano, de uma mãe, pediatra, desesperada com a situação do filho de 3 anos que apresentava recusa alimentar grave. Naquela época o filho estava se alimentando apenas pelo leite na mamadeira. Ela já havia tentado todas as técnicas que tinha conhecimento, realizado cursos e consultado com diversos médicos especialistas, mas sem sucesso. Até que um médico encaminhou para terapia alimentar com profissional fonoaudiólogo, assim chegou até mim. Até aquele momento, pouco havia lido sobre as dificuldades alimentares, mas sempre observei que era um relato frequente durante as sessões de anamnese “meu filho come muito mal”. Aquela mãe desesperada veio até mim e me propôs esse desafio, eu aceitei e assim iniciei essa difícil jornada nas dificuldades alimentares da infância.

Durante as sessões de terapia sempre ficava me perguntando: de onde vem essa recusa? O que pode estar influenciando nesse comportamento? O que ocorreu lá nos primeiros anos de vida que pode ter ocasionado ou influenciado essa dificuldade? Todas essas perguntas foram me levando a querer estudar e entender mais. Em alguns momentos me deparei com perguntas nas quais não encontrei respostas. Com o passar dos meses, outras famílias me procuraram com a mesma queixa e vi esse número aumentar consideravelmente. A primeira mãe que me procurou, era pediatra do serviço de atenção a saúde da criança da cidade, sempre relatava a alta frequência de mães queixando da alimentação dos filhos durante as consultas de pediatria e sobre sua dificuldade em orientá-las.

Todos esses fatores me levaram a uma decisão, realizar um estudo sobre as dificuldades alimentares na infância na cidade onde trabalho e com as crianças que atendo. Tive a oportunidade em ingressar no Programa de Pós Graduação da UFMG no ano de 2021. Para mim, finalizar essa pesquisa é mais do que apenas uma dissertação de mestrado, é o momento de colheita de frutos que foram gerados de uma só sementinha plantada pela aquela mãe desesperada com a alimentação de seu filho.

Para defesa da dissertação o presente volume está em consonância com a Resolução 10/2020 de 04 de junho de 2020 que regulamenta o formato de dissertações do Curso de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da

Faculdade de Medicina da UFMG. Deste modo, optou-se por apresentar o volume organizado da seguinte forma: referencial teórico, objetivos, métodos, resultados e considerações finais. No capítulo de resultados serão apresentados dois manuscritos para submissão em periódicos da área, a saber:

Manuscrito 1: DIFICULDADE ALIMENTAR INFANTIL E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA

Manuscrito 2: DIFICULDADE ALIMENTAR INFANTIL, SINAIS DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISMO E FUNÇÕES ESTOMATOGNÁTICAS

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Nutrição do bebê

Os primeiros mil dias de vida de um bebê é considerado um período sensível para o desenvolvimento de hábitos alimentares durante a infância e a vida adulta. Esse período inicia desde a concepção até os dois anos de idade e é um período chave para a saúde ao longo da vida ^(1,2). Durante esse período crítico, as mudanças alimentares do bebê ocorrem de forma rápida, iniciando com a alimentação pelo cordão umbilical durante a gestação, passando para a alimentação oral com leite materno ou fórmulas lácteas e por fim, iniciando a alimentação complementar ^(3,4).

No período intrauterino o feto recebe a nutrição necessária para o desenvolvimento por meio da placenta. A placenta transfere nutrientes, oxigênio e outras substâncias para o bebê pela corrente sanguínea da mãe. Durante o período intrauterino, inicia o desenvolvimento e funcionamento dos sistemas sensorial, olfativo e gustativo, devido aos sabores e odores voláteis presentes no líquido amniótico ^(5,6).

A ativação das papilas gustativas inicia-se a partir da 30ª semana de gestação, quando o líquido amniótico e as variações da composição, causadas pela dieta materna, podem estimular os receptores gustativos fetais ^(3,5,7). Essa ativação é considerada o primeiro passo no desenvolvimento da memória sensorial gustativa, que irá influenciar a preferência pelo sabor doce, azedo ou salgado, afetando assim as escolhas alimentares do bebê durante a infância e toda vida ⁽⁸⁾. Essa aptidão para a percepção de sabores se inicia na vida intrauterina e continua durante a amamentação, pelo leite materno.

Após o nascimento, o leite materno é a fonte primária de nutrição para o bebê e é composto por proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas e minerais importantes para o crescimento e desenvolvimento de forma saudável ⁽²⁾. O aleitamento materno exclusivo é recomendado nos primeiros seis meses de vida e depois associado a uma alimentação complementar adequada até os dois ou mais anos de idade.

A amamentação também influencia significativamente a alimentação futura de uma criança ⁽⁹⁾. O leite materno fornece ao bebê uma gama de sabores e cheiros, pois os nutrientes e compostos da alimentação da mãe são transferidos para o leite.

Isso interfere no desenvolvimento das papilas gustativas da criança e influencia a tolerância a diferentes sabores. Pesquisas ^(10,11) mostram que mães que consomem uma variedade de alimentos saudáveis durante a gravidez e a lactação, proporcionam aos bebês a oportunidade de aprender a gostar desses sabores ⁽¹⁰⁾ e facilita a transição para alimentos sólidos ⁽¹¹⁾. Dessa forma, é de suma importância que as mães tanto no período gestacional, quanto na lactação, se alimentem de forma saudável ingerindo grande variedade de alimentos.

O aleitamento materno é orientado como sendo o alimento único e exclusivo para o bebê até os seis meses de idade. Porém é comum famílias que optam pela introdução da fórmula láctea como substituto do leite materno. Estudos mostram ^(3,8) uma diferença notável quanto as experiências sensoriais gustativas em bebês amamentados em comparação a bebês alimentados com fórmula. Essa diferença é caracterizada pelo sabor monótono da fórmula, carecendo dos sabores voláteis dos alimentos da dieta da mãe ^(2,3,8). Além da amamentação favorecer a construção da memória gustativa pelo leite materno, também cria uma ligação positiva entre a mãe e o bebê, o que ajuda a estabelecer um vínculo saudável com a alimentação e evitar problemas futuros ⁽¹²⁾.

2.2 Nutrição e funções estomatognáticas

A atividade muscular exercida pelo bebê durante a amamentação é fundamental para o desenvolvimento orofacial, proporcionando a estimulação do tônus muscular e o crescimento equilibrado do sistema estomatognático. O sistema estomatognático é responsável pela execução das funções orais de sucção, mastigação, respiração e deglutição ^(1,13).

A sucção reflexa é um movimento instintivo que ocorre quando o bebê sente o contato com o seio materno ou o bico de uma mamadeira. A sucção nutritiva tem como função extrair o leite materno ou o leite artificial para satisfazer as necessidades nutricionais do bebê e também a função de acalento para o bebê. A sucção é importante para o desenvolvimento dos músculos da boca e da língua, que são importantes para o desenvolvimento futuro da fala e da mastigação ⁽¹³⁾. Estudos mostram ^(13,14) que a sucção em utensílios como mamadeiras e chupetas, desenvolvem um padrão que sobrecarrega a musculatura orofacial, acarretando em

alterações músculos esqueléticas negativas. Essas alterações, futuramente, podem ocasionar problemas oclusais, alterações no padrão respiratório como também alterações de fala ⁽¹⁴⁾.

À medida que o bebê se desenvolve, ocorre desenvolvimento das estruturas e da musculatura oral, devido as experiências diárias de sucção juntamente a maturação neurológica. Essas mudanças influenciam a capacidade de se alimentar de forma eficiente e segura que irá favorecer posteriormente o aprendizado de funções mais complexas, como a mastigação ⁽¹⁵⁾.

Juntamente ao desenvolvimento motor oral ocorre o desenvolvimento motor global, que estão estreitamente relacionados ⁽¹⁶⁾. Estudo mostra ⁽¹⁷⁾ associação entre o controle postural e o sistema estomatognático, e a influência recíproca da postura corporal sobre as estruturas orais. Afirma também que crianças com distúrbios sensorio motores necessitam de adequado controle para êxito na alimentação ⁽¹⁷⁾. A maturação das habilidades motoras grossas tais como equilíbrio, coordenação e força, podem influenciar a capacidade de realizar movimentos precisos e controlados da boca e língua, que são necessários para a alimentação, fala e outras atividades orais.

Por volta do sexto mês de vida, o bebê atinge o desenvolvimento fisiológico global e oral das habilidades necessárias para alimentação, sendo o momento oportuno para iniciar a oferta de alimentos ⁽¹⁸⁾. A alimentação complementar é o período que introduz alimentos na dieta dos lactentes e conseqüentemente há redução gradativa da ingestão de leite, até aproximar do modelo de alimentação familiar ⁽⁷⁾. Para o início da introdução de alimentos é imprescindível que bebê apresente os sinais de prontidão para iniciar a alimentação complementar de forma segura e efetiva. A literatura relata que a introdução alimentar realizada antes dos seis meses e quando não apresenta os sinais de prontidão, gera prejuízos a saúde da criança ^(13,18).

2.3 Introdução Alimentar

Os sinais de prontidão para a introdução alimentar, estão relacionados ao desenvolvimento motor global como sentar-se sem apoio, apresentar controle de cabeça e tronco, ser capaz de pegar alimentos com a mão e levar até a boca. Também relacionados ao desenvolvimento motor oral, como amadurecimento do

paladar, desaparecimento do reflexo de protrusão da língua e a outros aspectos como maturação das funções gastrointestinais e renais ^(7,15,19).

No processo de introdução alimentar, é iniciado o aprendizado da função mastigatória, pois trata-se de uma função oral, motora e sensorial que é aprendida e não inata como a sucção ⁽⁶⁾. No início da alimentação complementar a textura é uma das habilidades sensoriais que irá propiciar a percepção do alimento dentro da boca, permitindo que o bebê realize a função de mastigação e engula o alimento. Estudos mostram ^(4,6,10) que 1 a cada 4 bebês apresentando dificuldade na introdução de novas texturas, no entanto tais dificuldades não devem levar os responsáveis a atrasar a introdução das texturas e consistências mais sólidas.

A literatura ⁽¹¹⁾ descreve a importância de a família ofertar grande diversidade de alimentos para o bebê desde o início da introdução alimentar, para ter a vivência necessária com todos os grupos alimentares. Além disso, o bebê terá maiores chances de receber uma dieta equilibrada e nutrição adequada. Estudos mostram ^(3,7,20) que oferecer variedade de alimentos durante a introdução alimentar, ajuda a modular a aceitação de novos alimentos no primeiro ano de vida, enquanto que se a exposição for no segundo ano de vida pode ter um impacto mais limitado. Com isso, a criança terá que experimentar novos sabores e consistências, expandir o paladar, desenvolver hábitos alimentares saudáveis e ter um relacionamento positivo com a comida.

A introdução alimentar deve ocorrer de forma lenta e gradual, respeitando a individualidade do bebê e da família. Sobre os modos de introdução alimentar se destaca a introdução alimentar tradicional e o método denominada Baby Led Weaning (BLW) ⁽²¹⁾.

A introdução alimentar tradicional é realizada inicialmente na consistência pastosa, com os alimentos amassados com garfo e ofertados separados, em forma de papas e purês. Posteriormente evoluindo a consistência e adaptando para papas com pedaços maiores de alimentos, até chegar à consistência da família, por volta dos doze meses de idade. Essa recomendação favorece o desenvolvimento do paladar e olfato, possibilita experiências sensoriais e o aprendizado da mastigação ⁽²¹⁾.

O BLW preconiza a oferta de alimentos em pedaços maiores e autonomia da criança para ingeri-los, não sendo, portanto, utilizados talheres. Dentre as vantagens deste método citam-se a maior possibilidade de exploração de sabor, textura, cor e

cheiro de cada alimento, maior autonomia da criança e desenvolvimento da coordenação visuomotora ⁽²¹⁾.

Independente da forma que a família adotar para a introdução alimentar, é de extrema importância que os pais ou cuidador respeite a autonomia da criança, permita que ela manipule os alimentos, que esteja nos momentos e ambientes de refeição em família ⁽²²⁾. A família tem um papel primordial na educação alimentar de seus filhos, sendo considerada a primeira educadora alimentar da criança.

Diversos estudos tem descrito sobre o estilo parental, que é definido como a forma que os pais interagem com a criança em termos de atitudes e comportamentos na alimentação e o quanto isso pode influenciar o comportamento alimentar da criança ^(4,7,11,20). O ambiente familiar é considerado o primeiro microssistema a influenciar o comportamento alimentar do indivíduo ⁽²³⁾. Com isso, os pais desempenham um papel de estruturação da alimentação da criança, pois são eles os responsáveis por preparar o ambiente alimentar para as primeiras experiências das crianças com comida e alimentação. Além disso, os pais também influenciam a alimentação de seus filhos, modelando seus próprios comportamentos alimentares, preferências de gosto e escolhas alimentares ^(22,23).

2.4 Dificuldades alimentares

O comportamento alimentar é descrito como um conjunto de cognições e afetos que influenciam as ações e condutas alimentares. A infância é um período desafiador, pois é caracterizada por diversas transformações cognitivas, sociais e emocionais que influenciam o desenvolvimento do comportamento alimentar ao longo dessa fase ⁽²⁵⁾. Estudos mostram que os hábitos alimentares construídos na infância, refletem de forma significativa ao longo da vida ^(4,24). Com isso, ao mesmo tempo em que a promoção da alimentação saudável durante a infância é importante para o crescimento e desenvolvimento da criança, ela também representa uma forma de prevenir doenças na vida adulta.

A família tem um papel fundamental na formação do comportamento alimentar infantil, pois é responsável pelo cuidado, desde a preparação até a oferta dos alimentos, e pelas interações psicossociais e culturais às quais a criança está exposta ^(11,15,23). O ato de comer é um processo considerado tanto instintivo quando aprendido ^(4,25). O instinto alimentar é um comportamento inato do indivíduo e

ordenado pelo mecanismo biológico que o leva a buscar alimentos quando sente fome. Por outro lado, a alimentação também é um comportamento aprendido, pois desde o nascimento, as crianças aprendem com seus pais, familiares e cuidadores sobre o que, quando e como comer ^(15,24,25,26). Pelo modelo familiar, aprendem a associar os alimentos pelo sabor, textura, aroma e sobre as preferências e aversões alimentares do meio em que vive.

A aprendizagem do comer exerce papel importante na aquisição dos conhecimentos sobre os alimentos e no estabelecimento das preferências e hábitos alimentares ⁽²⁴⁾. Estudos mostram que é comum, durante o primeiro e segundo ano de vida, que crianças apresentem sinais de seletividade alimentar e medo em experimentar novos alimentos ou alimentos que não são consumidos com frequência ^(4,27).

Após a introdução de alimentos sólidos, aproximadamente aos doze meses de vida, as crianças podem desenvolver preferências e rejeições alimentares ^(24,27). Estudos mostram que as preferências e aversões alimentares podem ser relacionadas ao produto dos vários sistemas sensoriais, como o paladar e olfato, no qual apresentam a função de proteger o indivíduo, quando for decidir em aceitar ou rejeitar determinado alimento ⁽²⁸⁾. Outros estudos descrevem que determinados sabores são inicialmente preferidos pelas crianças, como o doce e salgado, e maior rejeição pelo sabor amargo, comparado a outros sabores ^(15,29) e a relação entre a idade e a percepção e preferência do paladar ⁽²⁹⁾. O ganho de independência nessa fase da infância, também é um fator descrito como desencadeador para escolha alimentar do bebê e possível seletividade ^(24,27).

Considerando crianças, nas quais, as experiências prévias tenham sido positivas e prazerosas; e tenham vivências com variedade de grupos alimentares, sabores e texturas; há maiores chances de aceitação de alimentos ⁽⁴⁾. Além disso, maior prazer em se alimentar e demonstrar comportamentos positivos no momento da refeição. Porém, quando essas experiências são associadas a comportamento inadequados como pressionar a criança comer, podem desencadear comportamentos negativos de recusa durante a alimentação em relação a aceitação dos alimentos, caracterizada como dificuldades alimentares.

A dificuldade alimentar na infância é descrita na literatura como todo problema que afeta negativamente o processo dos pais ou cuidadores de ofertarem alimento à criança. Essa nomenclatura é utilizada como “guarda- chuva”, pois abrange diversos

conceitos relacionados as dificuldades alimentares ⁽³⁰⁾ como recusa, seletividade, neofobia, alimentação exigente, transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE), com distintos níveis de gravidade.

A neofobia alimentar foi identificada como um traço de personalidade adaptativo e definida como a rejeição de alimentos que são novos ou desconhecidos para a criança ^(4,31). A alimentação "exigente" foi considerada como rejeição de uma grande proporção de alimentos familiares, resultando em uma dieta habitual caracterizada pelo consumo de uma variedade particularmente baixa de alimentos ⁽³²⁾.

A literatura descreve a dificuldade em distinguir entre a evitação de alimentos clinicamente relevante com comportamentos de seletividade alimentar, pois a maioria das crianças, inicialmente, demonstra neofobia alimentar. Sendo que, em casos de seletividade alimentar, a criança irá aceitar os alimentos com maior facilidade, por meio de exposições repetidas. Porém, em casos de transtornos clinicamente relevantes, as crianças não demonstram evolução significativa com as exposições repetidas, sendo necessária intervenção ⁽³³⁾.

Crianças que apresentam comportamento de recusa alimentar, podem ser considerados "*picky eaters*", descrito pela literatura como comedores exigentes. Para essas crianças, comer pode ser doloroso, assustador ou até mesmo impossível ^(34,35). Esse comportamento limita severamente suas escolhas alimentares impedindo-a de atingir um estado nutricional adequado. A recusa alimentar, pode acometer crianças em diferentes níveis de gravidade, podendo causar problemas médicos, comprometimento no crescimento, e desenvolvimento, além do efeito nas relações familiares e sociais ⁽³⁰⁾.

As dificuldades alimentares acometem grande parte dos bebês e crianças até a primeira infância, sendo de 20 a 35% em crianças típicas e em crianças com distúrbios neurológicos, transtornos do neurodesenvolvimento ou prematuros, pode ocorrer em até 80% dos casos ^(27,34,36). Hoje, estudiosos concordam que as dificuldades alimentares são de natureza biopsicossocial, pois tanto fatores fisiológicos quanto psicossociais contribuem para sua iniciação e permanência ⁽³⁴⁾.

Estudos ^(34,36,37) analisaram os relatos das famílias em relação as dificuldades alimentares de seus filhos. Nessa pesquisa ⁽³⁷⁾ os autores avaliaram a presença de dificuldades alimentares a partir da percepção dos pais e encontraram que mais de 50% das mães afirmam que pelo menos um de seus filhos comem pouco, o que

correspondem a 20 a 30% das crianças avaliadas. Outro estudo nacional ⁽³⁰⁾ realizado com 302 crianças de dois a seis anos de escolas públicas e privadas da cidade de Natal, a dificuldade alimentar foi encontrada em 37,2% dos casos analisados, sendo que 25,4% dos participantes apresentaram “ingestão altamente seletiva”, segundo relato dos pais. Esses dados mostram o quanto a dificuldade alimentar é frequente na infância sendo uma queixa comum entre os pais ^(30,35).

A dificuldade alimentar é caracterizada por comportamentos inadequados durante as refeições, ausência da autoalimentação ou dependência para alimentar, incapacidade aceitar diferentes texturas alimentares, recusa de alimentos ou aceitação apenas de pequenas quantidades. Como também, dificuldade ou negação em provar novos alimentos, comer devagar, ansiar ou vomitar durante as refeições, tempo de alimentação prolongado e necessidade de uso de distratores para aumentar a ingestão ^(27,34,36).

Além desses sinais, as crianças com dificuldades alimentares podem apresentar comportamentos aversivos aos pais ou cuidadores no momento da refeição. Comportamentos negativos como a presença de choro, irritabilidade, agitação, ansiedade e birra, podem estar presentes em uma ou mais refeições. Esses comportamentos podem ser desencadeados pelas experiências prévias que foram negativas, pela fobia da criança em ver ou tocar alimentos que não consome ou pela insistência dos pais em fazer com que a criança se alimente. Em alguns casos a criança pode apresentar sinais fisiológicas como: ânsia, vômitos e diarreia, devido o momento de estresse devido à dificuldade alimentar ^(34,38,39).

Em relação as causas das dificuldades alimentares, sabe-se que há uma variedade de fatores envolvidos. Na literatura são descritos diversos estudos ^(39,40) que relacionam o ambiente familiar, traços de personalidade da criança, aspectos sensoriais e aspectos antecedentes a alimentação associada as dificuldades alimentares. Sabe-se que crianças que são pressionadas a experimentarem novos alimentos são mais propensas a comportamentos de recusa. Crianças que apresentam sinais de ansiedade podem tem maiores chances de desenvolver comportamento de fobia alimentar, pois necessitam de conhecer e explorar as características do alimento para reduzir os níveis de ansiedade ⁽⁴⁰⁾.

Em relação aos aspectos sensoriais, é relatado que crianças com maior sensibilidade tátil apresentam mais dificuldades em tocar alimentos e apresentam aversões em relação ao formato, textura, consistência, odor e temperatura ⁽⁴¹⁾.

Considerando a história pregressa, fatores como desmame e introdução alimentar precoce, aumentam a chance de dificuldades alimentares ⁽⁴⁾. Pode-se considerar que as causas são de natureza psicossociais, pois tanto os fatores fisiológicos, quanto os psicossociais, contribuem para o início quanto continuidade da dificuldade alimentar ^(27,42).

As dificuldades alimentares desencadeiam consequências negativas tanto para a criança quanto para sua família e/ou cuidadores, sendo primordial o diagnóstico e a intervenção precoce. No entanto, como as dificuldades alimentares são de caráter multifatorial, o diagnóstico deve ser realizado considerando diversos aspectos, como história pregressa, histórico alimentar, funções estomatognáticas e questões comportamentais e interacionais ^(24,32).

Em razão da alta prevalência e das consequências negativas das dificuldades alimentares, no ano de 2021, foi realizada a tradução e validação escala Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS) para a língua portuguesa ⁽³⁴⁾. Essa escala é considerada um instrumento de rastreamento e de classificação das dificuldades alimentares, válido e confiável, de aplicabilidade clínica, que identifica rapidamente as queixas dos pais ou responsáveis sobre as dificuldades alimentares de seus filhos. Aborda questões sobre o apetite, aspectos sensoriais e sobre o desenvolvimento motor oral; as preocupações parentais sobre a alimentação da criança, comportamento da criança na hora da refeição, estratégias e reações usadas pelos cuidadores/alimentadores em relação à alimentação da criança. Esses aspectos são pontuados pelos pais, e a pontuação final possibilita classificar o grau de dificuldade na alimentação como leve, moderado ou severo. A escala MCH-FS é considerada uma ferramenta útil para pesquisa de problemas alimentares ⁽³⁴⁾.

2.5 Transtorno do espectro do autismo e dificuldades alimentares

Comportamentos de seletividade alimentar ou comer exigente são frequentemente observados em crianças pequenas e causa de preocupação dos pais. As dificuldades alimentares são mais frequentes em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, prematuridade e doenças crônicas ^(43,44). Quando se trata de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), a prevalência é ainda maior, podendo ocorrer até 80% mais do que em crianças típicas ⁽⁴²⁻⁴⁵⁾.

O Transtorno do Espectro do Autismo é classificado pela Associação

Americana de Psiquiatria (APA) como um transtorno do neurodesenvolvimento, de caráter sociocomunicativo e comportamental com prejuízos nas habilidades de interação social, linguagem, comunicação e imaginação. Além disso, inclui padrões limitados, repetitivos e estereotipados de comportamento, atividade e interesse ⁽⁴⁶⁾.

As crianças com TEA são mais propensas a dificuldades alimentares, como recusar e selecionar determinados alimentos, apresentarem disfunção sensório motora oral e problemas comportamentais ⁽⁴⁵⁾. Também apresentam maior restrição em grupos alimentares, desejo persistente em comer o mesmo alimento e extrema seletividade, caracterizada por menos de 20 alimentos no repertório alimentar ⁽⁴³⁾.

Estudos mostram ^(41,44) que pais e cuidadores de crianças com autismo, relatam um repertório de alimentos mais restrito e a preferência por determinadas apresentações dos alimentos. As crianças com TEA podem apresentar inflexibilidade em relação ao formato dos alimentos, em utensílios utilizados durante as refeições, marcas e embalagens, dificuldades sensoriais relacionadas a textura, temperatura e sabor ⁽⁵⁰⁾ ^(44,46). Essas dificuldades não costumam não ser transitórias, requerendo um longo tempo de acompanhamento e suporte para os pais.

Um estudo ⁽⁴⁷⁾ foi realizado com o objetivo de analisar a inadequação nutricional e variedade alimentar em crianças com TEA e foi identificado que dois terços da amostra recusavam todos os vegetais e 27% recusavam todas as frutas. Também foi identificado, no mínimo, uma alteração nutricional em todas as crianças do estudo. Esse estudo confirmou que a baixa ingestão de vegetais pode proporcionar desequilíbrio de micronutrientes ocasionando alterações nutricionais.

As crianças com TEA também apresentam dificuldades comportamentais relacionadas ao momento da refeição. Dentre elas, dificuldades com previsibilidade de saber os horários das refeições e permanecer sentada na mesa por tempo prolongado e se alimentar junto a família. Um estudo ⁽⁴⁴⁾ relatou que famílias com crianças com TEA utilizam com maior frequência de aparatos de alta tecnologia como uma das formas de desviar a atenção da criança do alimento. A criança enquanto assiste telas, não demonstra atenção em relação ao sabor, cheiro e aparência do alimento, sendo utilizado o desenho/jogo como a motivação para se alimentar. Sabe-se que desviar a atenção da criança no momento da refeição para garantir a ingestão de alimentos pode agravar ainda mais os problemas alimentares ⁽⁴⁴⁾.

O Transtorno do Espectro do Autismo impacta negativamente tanto no

desenvolvimento social, comunicativo, cognitivo e físico das crianças, quanto no bem-estar e na dinâmica familiar. Dessa forma, é importante que as crianças com risco para autismo sejam diagnosticadas de forma precoce, permitindo o direcionamento para especialistas e posteriormente realizadas as intervenções terapêuticas necessárias. O diagnóstico de TEA é clínico, ou seja, é realizado por meio de observação da sintomatologia e do comportamento da criança e deve ser complementado com escalas e questionários específicos para rastreio de comportamentos autísticos. Como instrumento para triagem na identificação de crianças com sinais de autismo, destaca-se a escala Childhood Autism Rating Scale (CARS) ⁽⁴⁹⁾.

A escala CARS é composta de 15 itens que auxiliam na identificação de crianças com sinais de autismo e as distingue de crianças que apresentam prejuízos do desenvolvimento, mas que não se enquadram no TEA. Essa escala permite a diferenciação do autismo de grau leve-moderado do autismo grave. É considerada um instrumento breve, de rápida aplicação e apropriado para uso em qualquer criança acima de 2 anos de idade. A escala avalia o comportamento em 14 domínios geralmente afetados no autismo. Dentre os 15 domínios incluem: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. Os escores são classificados em: sem autismo (escore de 0 a 29), leve ou moderado (escore entre 30 e 36) ou autismo severo (escore entre 37 e 60) ⁽⁴⁹⁾.

Na literatura são descritos diversos estudos ^(39,50,52) que utilizaram a escala como instrumento de triagem para TEA. No estudo de Dantas ⁽⁵²⁾ que tinha como objetivo identificar os instrumentos de investigação do TEA mais utilizados por fisioterapeutas e revelou que dentre os questionários de avaliação, o mais aplicado devido à sua versatilidade é o CARS. O autor aponta a escala como sendo a mais bem documentada e fidedigna e reforça sua capacidade em estabelecer graus de comprometimento. Em outro estudo ⁽⁴⁸⁾, concluíram que a escala é efetiva e proporciona a avaliação de 2.1 Nutrição do bebê campos de comprometimento, possibilitando um diagnóstico precoce para facilitar uma intervenção adequada.

REFERÊNCIAS

1. Moreno JMV, Collado MC, Larqué E, Leis Trabazo R, Saenz De Pipaón M, Moreno LAA. The first 1000 days: an opportunity to reduce the burden of non-communicable diseases. *Hospital Nutrition*.2019; 36(1): 218-232.
2. Vasconcelos IN, Brito IMVP, Arruda SPM, Azevedo DV. Breastfeeding and infant feeding guidelines: dietary patterns and potential effects on the health and nutrition of children under two years of age. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2021; 21(2): 419–28.
3. De Cosmi V, Scaglioni S, Agostoni C. Early taste experiences and later food choices. *Nutrients*. 2017 9(2).
4. Nicklaus S. The role of food experiences during early childhood in food pleasure learning. *Appetite*. 2016; 104(1): 3-9.
5. Paglia L. Taste development and prenatal prevention. *Eur J Paediatr Dent*.2019; 20(4): 257.
6. Abanto, DF. Baby's first thousand days and oral health). Quintessência Publisher. Spain. 2019; 19.
7. Elke Loureiro Da Mata. Influence of diet in the first 1000 days of a baby's life – narrative review. Fernando Pessoa University Faculty of Health Sciences Porto, 2021
8. Menella JA. Ontogeny of taste preferences: basic biology and health implications. *Am J Clin Nutr*. 2014; 99(3): 704S-11.
9. Terra NO, Góes FGB, Souza AN, Ledo BC, Campos BL, Barcellos TMT. Intervening factors in adherence to breastfeeding in the first hour of life: integrative review. *Rev. Eletr. Nurse*. 2020; 22: 62254.
10. Forestell CA. Taste perception and preference development in human infants. *Ann Nutr Metab*.2017;70 3:17-25.

11. Ergang, B C. Association Between Breastfeeding Duration and Eating Behavior in Early Childhood: IVAPSA Cohort. 2020.
12. Paula MKFS, Silva JSLG, Souza AS, Silva EA, Gomes ENF, Silva CMSD. The importance of the mother-baby emotional bond for their development. *Pró-UniverSUS Magazine*. 2022; 13(2).
13. Norris FJ, Larkin MS, Williams CM, Hampton SM, Morgan JB. Factors affecting the introduction of complementary foods in the preterm infant. *Eur J Clin Nutr*. 2002 May;56(5):448-54.
14. Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Natural breastfeeding, artificial breastfeeding, sucking habits and malocclusions in Brazilian preschoolers. *Rev. Salud Public*. 2017; 9(2): 194-204.
15. Benjasuwantep B, Rattanamongkol G, Ramsay M. The Thai version of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS): psychometric properties. *J Med Assoc Thai*. 2015; 98:163-9.
16. Oliveira TRS, Souza LSS, Dornelas R, Domenis DR, Silva K, Guedes RB. Association between breastfeeding, food introduction and neuropsychomotor development in the first six months of life. *Common Disorder, São Paulo*. 2017; 29(2): 262-273.
17. Telles MS, Macedo CS. Relationship between body motor development and acquisition of oral skills. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2008; 20(2): 117–22.
18. Leão B, Silva J, Brito L, Evangelista T. Food Introduction: An Important Look at Child Development. *Ânima University Repository*, 2021. Available at: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/19216>
19. Araújo MT, Silva CAP. Complementary feeding and oral sensorimotor development. Dissertation. Postgraduate Program in Nutrition, Federal University of

Pernambuco, Recife, 2004.

20. Bernardi, J, Neves, R. Analysis of child feeding practices and their impact on growth in children exposed to different intrauterine environments. Porto Alegre, RS. Postgraduate Program in Child and Adolescent Health. Federal University of Rio Grande do Sul. 2019
21. Scarpatto CH, Forte GC. Conventional food introduction versus food introduction with baby-led weaning (BLW): Literature review. Clin Biomed Res 38(3). 2018. Available at: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/83278>
22. Oliveira PL. Processamento sensorial e alimentação em crianças com desenvolvimento típico e com transtorno do espectro autista. Dissertação de Mestrado. Rio Grande do Sul. 2019.
23. Moreira, PR. Parental feeding style and eating behavior at 12 months. Federal University of Rio Grande do Sul. Faculty of Medicine. Postgraduate Program in Food, Nutrition and Health. 2021
24. Nicklaus, S. The Role of Dietary Experience in the Development of Eating Behavior During the First Years of Life. Annals of Nutrition & Metabolism. 2017; 70:3.
25. Rotenberg S, De Vargas S. Food practices and health care: from child nutrition to family nutrition. Rev Bras Saúde Materno Infant. 2004; 4(1):85–94.
26. Lima, R S; Neto F, Ambrósio F; Farias P, Rita De Cássia. Food, food and culture: the exercise of commensality. DEMETRA: Food, Nutrition & Health. 2015; 10(3): 507-522.
27. Benjasuwantep B, Chaithirayanon S, Eiamudomkan M. Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. Pediatr Rep. 2013; 5(2): 38-42.
28. Forestell CA, Mennella JA. The ontogeny of taste perception and preference throughout childhood. In: Doty RL, ed. Manual on smell and taste. 3rd ed.

Wilmington, DE: John Wiley & Sons. 2013; 823–46.

29. Mennella JA. Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health. *Am J Clin Nutr*. 2014; 99(3):704S-11.
30. Maranhão H de S, Aguiar RC de, Lira DTJ de, Sales MUF, Nóbrega NA do N. Eating difficulties in preschool children, previous eating practices and nutritional status. *Paulista Journal of Pediatrics*. 2017; 36(1): 45–51.
31. Dovey TM, Kumari V, Blissett J; Mealtime Hostage Parent Science Gang. Eating behavior, behavioral problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? *Eur Psychiatry*. 2019; 61: 56-62.
32. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2017; (2-3):181-93.
33. Dovey TM, Kumari V, Blissett J; Mealtime Hostage Parent Science Gang. Eating behavior, behavioral problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? *Eur Psychiatry*. 2019 ;61:56-62.
34. Diniz PB, Fagundes SC, Ramsay M. Cross-cultural adaptation and validation of the montreal children's hospital feeding scale into brazilian portuguese. *Rev paul pediatric*. 2021; 39.
35. Siqueira, BNF. Feeding difficulties among preschoolers and associated factors. 2018. 92 f. Dissertation (Master's in Nutrition Sciences) - Federal University of Sergipe, São Cristóvão, SE, 2018.
36. Yang HR. How to approach feeding difficulties in young children. *Korean J Pediatr*. 2017; 60(12): 379-84. 2017.
37. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a

longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav.* 2010; 11(4): 253-7.

38. Fishbein M, Benton K, Struthers W. Mealtime Disruption and Caregiver Stress in Referrals to an Outpatient Feeding Clinic. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2016; 40(5): 636-45.

39. Ramsay M, Martel C, Porporino M, Zygmuntowicz C. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatr Child Health.* 2011; 16(3): 147-e17.

40. Dovey TM, Kumari V, Blissett J. Mealtime Hostage Parent Science Gang. Eating behavior, behavioral problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? *Eur Psychiatry.* 2019 Sep; 61:56-62.

41. Smith AM, Roux S, Naidoo NT, Venter DJ. Food choice of tactile defensive children. *Nutrition.* 2005Jan; 21(1): 14-9.

42. Ramsay M, Martel C, Porporino M, Zygmuntowicz C. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatr Child Health.* 2011 Mar;16(3):147-e17.

43. Magagnin T, Silva MA, Nunes RZS, Ferraz F, Soratto J. Food and nutritional aspects of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Physis [Internet].* 2021; 31(1): e310104.

44. Brzóśka A, Kazek B, Kozioł K, Kapinos-Gorczyca A, Ferlewicz M, Babraj A, Makosz-Raczek A, Likus W, Paprocka J, Matusik P, Emich-Widera E. Eating Behaviors of Children with Autism-Pilot Study. *Nutrients.* 2021 Aug 3; 13(8): 2687.

45. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak S, Evans EW, Scampini R, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr.* 2010 Aug;157(2):259-64.

46. Carneiro ACS, Moreira ES, Lisboa CS. Influence of eating habits in children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Research, Society and Development*. 2022; (11): 8.

47. Rocha, GJ, Lima F, Silva N, Machado M, Pereira M, Lima I, Pessoa M, Rocha N, Silva S. Analysis of food selectivity in people with Autism Spectrum Disorder. *Electronic Magazine Acervo Saúde*. 2019; 538(10): 25248.

48. Rocha JGO, Gigonzac AD, Vieira TC. Analysis of the CARS interview and ADI-R questionnaire in Autism Spectrum Disorder (ASD). *Proceedings of the 5th Congress of Teaching, Research and Extension of the State University of Goiás (CEPE/UEG) Science to reduce inequalities*. 2018; 5.

49. Souza TM, Brandão LFP, Del-Fiacco NV, Oliveira KMS, Rodrigues SJM, Oliveira RC. Use of m-chat and cars tools to assist in the early diagnosis of autism spectrum disorder (ASD). *Ibero-American Journal of Humanities, Sciences and Education*. 2022; 8(11), 2034–2044.

50. Rapin I, Goldman S. The Brazilian CARS: a standardized screening tool for autism. *J Pediatr*. 2008; 84(6):473-475.

51. Souza, T M, Brandão, L F P, Del-Fiacco, N V, Oliveira, K M S, Rodrigues, S J M, Oliveira R C. Use of the m-chat and cars instruments to help in the early diagnosis of autism spectrum disorder. *Ibero-American Journal of Humanities, Sciences and Education*. 2022; 8(11): 2034–2044.

52. Dantas, K G. Questionnaires used by physiotherapists to assess people with autism spectrum disorder. *References in Health Magazine*. 2021; 4(2): 51-57.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os comportamentos alimentares de crianças de dois a cinco anos e 11 meses atendidas em um serviço de referência em atenção à saúde da criança do Sistema Único de Saúde (SUS)

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes segundo idade, sexo, idade e nível de escolaridade parental e classificação econômica;
- Identificar a ocorrência de dificuldades alimentares dos participantes;
- Descrever o risco para o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA);
- Verificar associação entre a dificuldade alimentar e aspectos sócio demográficos, econômicos, percepção da família sobre as dificuldades alimentares;
- Verificar a associação entre a dificuldade alimentar com o risco de TEA e funções estomatognáticas.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de estudo observacional analítico de delineamento transversal com amostra probabilística, constituída por crianças de dois a cinco anos e 11 meses cadastradas no sistema único de saúde da cidade de Itaguara, Minas Gerais. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais CAAE: 53389421.0.0000.5149, sob o parecer: 5.211.897.

O estudo foi realizado no serviço de referência em atenção à saúde da criança da cidade de Itaguara, Minas Gerais. O serviço é referência nos atendimentos de crianças na faixa etária de zero a 12 anos, com consultas previamente agendadas, por livre demanda. A equipe é composta por dois médicos pediatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem. São realizados aproximadamente 400 atendimentos por mês.

4.2 Amostra do estudo

Trata-se de uma amostra composta por crianças na faixa etária de 2 anos a 5 anos e 11 meses, atendidas no serviço de referência a saúde da criança. Foi realizado cálculo amostral tendo como referência estudos de prevalência sobre dificuldades na alimentação em crianças, nível de significância de 5% e poder de 90%. A população de referência para o cálculo amostral foi constituída pelo número de 608 crianças, na faixa etária de 2 anos a 5 anos e 11 meses, que foram atendidas no referido serviço no ano de 2019.

Foram incluídas as crianças de cadastradas no serviço de referência a saúde da criança, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as crianças que apresentaram sinais clínicos de disfagia, que faziam uso de via alternativa de alimentação e cujos responsáveis não responderam por completo ao questionário de caracterização da amostra e a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI), crianças com outras comorbidades associadas como síndromes, malformações genéticas e sinais de comprometimento neurológico, relatadas no prontuário médico, além das crianças com as quais não foi possível concluir a aplicação completo dos protocolos.

4.3 Coleta de dados

As fontes de obtenção de dados foram a aplicação de protocolos e escalas, observação da interação da criança com a pesquisadora e filmagem durante a avaliação funcional da alimentação da criança. Os dados foram coletados em duas etapas. Primeiramente, com o preenchimento do protocolo de caracterização da amostra, Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) e Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB 2021). Posteriormente foi realizada a aplicação da escala Childhood Autism Rating Scale (CARS) e o Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores (AMIOFE) destinados às crianças.

4.4 Instrumentos destinados aos pais

Questionário de caracterização da amostra

Esse questionário foi desenvolvido pela pesquisadora para a coleta dados de identificação da criança e de seus pais, dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade dos pais), dados sobre história pregressa, amamentação, introdução alimentar, práticas alimentares, preferências alimentares, aspectos sensoriais, rotina familiar e percepção da família quanto a alimentação da criança. O questionário é de autoaplicação para os pais ou responsáveis da criança, com questões de múltipla escolha.

Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB 2021)

Esse instrumento foi construído com utilização de técnicas estatísticas, para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação por poder aquisitivo. O questionário pode ser respondido diretamente pelos pais ou responsáveis ou aplicado em forma de entrevista. O questionário apresenta uma lista de itens domésticos de modo que o indivíduo sinalize a quantidade que tem em sua casa. As opções são: *não possui*, 1, 2, 3, 4+ (4 ou mais). Além disso, também investiga condições de saneamento na moradia, pavimentação e o grau de instrução do chefe da família - o provedor principal de renda

Quadro 1. Renda Familiar por Classes (CCEB, 2021)

Classe	Pontuação	Renda média
A	45 a 100	22.749,24
B1	38 a 44	10.788,56
B2	29 a 37	5.721,72
C1	23 a 28	3.194,33
C2	17 a 22	1.894,95
D-E	0 a 16	862,41

Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)

Essa é uma escala adaptada, validada e oriunda da Escala de Alimentação do Hospital Pediátrico de Montreal (Montreal Children's Hospital Feeding Scale – MCH-FS) que auxilia na rápida identificação das dificuldades alimentares. Se trata do primeiro instrumento validado na língua portuguesa, produzido de acordo com o modelo biopsicossocial que classifica as dificuldades alimentares de acordo com a gravidade.

A escala é composta de 14 itens de rastreio, entre eles: apetite, envolvimento sensorial oral e desenvolvimento motor oral; os seguintes refletem preocupações parentais sobre a alimentação da criança em geral, comportamento da criança na hora da refeição, estratégias usadas pelos cuidadores/alimentadores, e reações dos cuidadores/alimentadores em relação à alimentação da criança.

A escala fornece a gravidade dos sintomas apresentados e determina o grau da dificuldade alimentar e das preocupações dos pais/cuidadores. A pontuação de cada questão é somada chegando em um total bruto, que é colocado em uma tabela para verificar o score total (T-score). A escala classifica pontuações de abaixo de 60 pontos, como ausência de dificuldades alimentares, de 61 a 65 como dificuldades leves, 66 a 70 dificuldades moderadas, e acima de 70 como dificuldades graves.

4.5 Instrumentos destinados às crianças

Childhood Autism Rating Scale (CARS)

É uma escala padronizada que auxilia na identificação de crianças com TEA e na diferenciação de crianças com prejuízo do desenvolvimento sem TEA, também permite distinguir os níveis de gravidade entre leve, moderado e grave. Atualmente é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de crianças com TEA que torna

mais fácil o reconhecimento e classificação do transtorno do espectro autismo. O avaliador observa a criança e examina as informações relevantes dos pais, depois pontua.

Essa escala é composta por 15 itens, entre eles estão relações pessoais, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. Em cada item há quatro alternativas que podem expressar as habilidades da criança, cada alternativa tem uma pontuação específica, compreendida de um a quatro. A pontuação varia de 15 a 60, o ponto de corte para autismo é 30. Uma pontuação menor do que 29 pontos é considerado ausência de autismo, de 30 a 36 pontos é classificado como autismo leve-moderado e 36 a 60 pontos, autismo grave¹⁵.

Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores (AMIOFE)

Esse é um protocolo que avalia alterações miofuncionais orofaciais como alterações/disfunções do aspecto, postura de lábios, língua, bochechas, palato duro e face, mobilidade de lábios, língua e bochechas. A pontuação é de acordo com a execução e as funções de respiração, deglutição e mastigação.

Para essa pesquisa, a avaliação das estruturas orofaciais não era determinante no estudo, por isso não foi realizada a aplicação completa do protocolo. Foi utilizada apenas a avaliação das funções, pois o objetivo era verificar a presença de alteração nas funções estomatognáticas de respiração, mastigação e deglutição e como a pontuação ocorre de forma isolada em cada aspecto, não interferiu na obtenção dos resultados. Para a avaliação foi realizada a filmagem com a câmara posicionada a um metro de distância do indivíduo. Para avaliar as funções de mastigação e deglutição foram ofertados 25g de pão francês e para deglutição de líquido 50ml de água em um copo de plástico descartável¹⁷.

4.6 Procedimentos

O estudo ocorreu em duas etapas

PRIMEIRA ETAPA: A primeira etapa da coleta de dados foi realizada na sala de espera do serviço de referência à saúde da criança, enquanto as famílias

aguardavam a consulta com a médica pediatra. As famílias que estavam presentes e que suas crianças se enquadravam na faixa etária da pesquisa, eram convidadas a participar da pesquisa. Após explicação sobre a pesquisa, os responsáveis que manifestaram interesse e concordaram com sua participação e a do filho, assinaram o TCLE. Em seguida responderam ao questionário de caracterização da amostra, o CCEB e escala EBAI. Também foi explicado que posteriormente os questionários seriam analisados pelas pesquisadoras e caso a criança se enquadrasse nos critérios de inclusão, seria agendado um horário para a aplicação dos demais protocolos destinados às crianças.

Devido ao fato de os questionários serem extensos e o curto tempo de espera para atendimento de pediatria, muitas famílias não conseguiram preencher por completo o formulário e o que acarretaria a desistência de participar da pesquisa. Com isso, foi enviado às famílias o TCLE, o questionário de caracterização da amostra, o CCEB e a escala EBAI por meio das agentes comunitárias de saúde (ACS). As ACS realizaram uma capacitação e receberam orientações sobre o estudo, do que se tratava, como deveriam explicar e convidar as famílias a participarem. Após o preenchimento, as ACS devolveram os protocolos preenchidos para a pesquisadora.

Todos os protocolos foram analisados e separados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos no estudo. As crianças que se enquadravam no estudo, foram convidadas a participar da segunda etapa de aplicação dos protocolos.

SEGUNDA ETAPA: A segunda etapa foi realizada em dois âmbitos, em consultório com consulta agendada para as crianças que não estavam em idade escolar e na Escola Municipal da cidade, para as crianças ali matriculadas.

Para aplicação dos testes nas crianças em idade escolar, foi realizada a identificação das crianças de acordo com ano escolar e a turma que frequentava, a fim de organizar e otimizar o tempo no momento da avaliação. As professoras foram avisadas previamente da data em que seriam realizadas as avaliações de sua turma e quais crianças iriam participar. As crianças foram chamadas por ordem alfabética e foram levadas, de forma individual, com supervisão da pesquisadora, até a sala para a realização da avaliação. Antes do início a aplicação dos protocolos, a criança recebia a orientação sobre o que se tratava e sobre o que seria realizado naquele momento. Como estratégias para estimular a participação das crianças, foram

utilizados jogos de encaixe e miniaturas. Nesse momento era realizada a observação e o preenchimento dos aspectos descritos na escala CARS. Posteriormente foi realizada a aplicação do protocolo AMIOFE. Para o preenchimento do AMIOFE, foi realizada a avaliação das funções estomatognáticas e a filmagem da mastigação e deglutição dos alimentos sólido e o líquido ofertados. Para a filmagem foi utilizado smartphone Iphone 7 plus e as imagens foram armazenadas em HD externo.

Para aplicação dos protocolos nas crianças abaixo da idade escolar, na faixa etária de dois e três anos, as avaliações foram agendadas pelo telefone, com data e horário definidos de acordo com a disponibilidade dos responsáveis e realizadas no consultório particular da pesquisadora. O preenchimento da escala CARS e do protocolo AMIOFE, foram realizados de forma semelhante ao das crianças no âmbito escolar.

Após a finalização da aplicação dos protocolos com todas as crianças, os dados foram organizados em uma base de dados no programa Excel 21.0. Em relação aos dados obtidos pelo protocolo AMIOFE, foi realizada a análise minuciosa de todas as filmagens e realizado o preenchimento das informações extraídas diretamente na base de dados.

4.7 Análise estatística

Os dados coletados foram tabulados e analisados no programa SPSS – Statistical Package for Social Sciences Incorporation 53 – versão 21.0. Foi realizada análise descritiva dos dados, por meio da distribuição de frequência das variáveis categóricas e medidas de síntese numérica das variáveis contínuas.

Para as análises de associação foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney, sendo considerados como significantes os que apresentaram valor de $p < 0,05$. A escolha do último teste deve-se ao fato das variáveis contínuas “idade do pai” e “idade da mãe” não apresentarem uma distribuição normal, confirmada por meio dos testes dos testes Shapiro Wilk e Kolmogorov-Smirnov, cujos valores-p encontrados foram menores que 0,05.

Para a análise multivariada, optou-se pela regressão logística binária, visto que a variável resposta é dicotômica. Dessa forma, entraram no modelo todos os resultados com valores de $p < 0,20$ na análise univariada. Inicialmente, foram

analisados os pressupostos para utilização do teste, ou seja, o de multicolineariedade (se uma variável explicativa apresenta influência sobre a outra) e ausência de outliers. Todos os pressupostos foram cumpridos, visto que o valor do fator de inflação da variância (VIF) foi menor que 10,00 e o de tolerância maior que 0,1 para todas as variáveis. Além disso, não houve a presença de outliers ao final do modelo.

Para a análise multivariada foi realizada recategorização de algumas variáveis: idade da criança - 1) de dois a três anos e 2) de quatro a cinco anos; idade dos pais: 1) até 40 anos e 2) mais de 40 anos; escolaridade dos pais: 1) Analfabeto/Fundamental Incompleto, 2) Fundamental completo/Médio incompleto e 3) Médio completo/Superior. Quanto a amamentação, foi considerado período 1) menor do que seis meses e 2) maior que seis meses. Em relação a Escala EBAI, as crianças foram classificadas como 1) sem dificuldades e 2) com dificuldades. No aspecto com dificuldades, foram incluídas crianças que apresentavam dificuldades leves, moderadas e graves. No questionário CCEB, as classes foram recategorizadas como 1) A/B e 2) C/D-E. Por fim, quanto a escala CARS, as crianças foram agrupadas como 1) sem risco e 2) com risco para autismo, sendo consideradas com risco todas as crianças que obtiveram pontuação acima de 30 pontos, segundo os critérios de referência do instrumento.

A variável resposta foi a ocorrência de dificuldade alimentar. As variáveis explicativas foram: idade da criança, idade e escolaridade dos pais, classificação socioeconômica, percepção da família quanto às dificuldades alimentares da criança, risco para autismo, amamentação, idade gestacional, introdução alimentar, aspectos sensoriais, alterações miofuncionais.

5 RESULTADOS

O artigo 1 está submetido na revisa CoDAS.

O artigo 2 será submetido na CoDAS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades alimentares são recorrentes durante a infância, tanto em crianças típicas quanto em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. Esses comportamentos de recusa e seletividade alimentar geram grandes prejuízos, tanto nutricionais para a saúde e desenvolvimento da criança, quanto socioemocionais para seus pais e cuidadores. É extremamente importante que instrumentos de triagem como a escala EBAI e escala CARS sejam utilizados pelos profissionais que acompanham a criança, tanto em serviços públicos quanto privados, a fim de rastrear e encaminhar crianças que apresentam sinais de risco para dificuldades alimentares e autismo de forma precoce.

Esse trabalho fornece um retrato do comportamento alimentar de uma população específica, atendida em um serviço de atenção à saúde da criança na faixa etária de dois a cinco anos e fatores que se associam a dificuldade alimentar. Novos estudos devem ser realizados com outras faixas etárias e grupos específicos para avaliar e comparar semelhanças entre si, para assim, adquirir dados mais precisos e estratégias mais assertivas.

A finalização dessa dissertação é resultado de quatro anos de dedicação ao estudo e atendimento de crianças com dificuldades alimentares na infância. Durante os dois anos de estudo, pesquisa e elaboração desse manuscrito, foi possível nutrir de muito conhecimento teórico e científico que enriquecerá significativamente minha prática clínica.

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de caracterização da amostra

Questionário de amostra

Nome completo da criança: _____ Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nascimento: ____/____/____

Ordem de nascimento do filho: () 1º filho () 2º filho () 3º filho () 4º ou mais

Pediatra responsável:

Nome do pai: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Escolarização: () analfabeto () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior

Nome da mãe: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Escolarização: () analfabeto () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior

Dados sobre a gestação:

Houve intercorrência durante a gestação: () não () sim

() hipertensão () eclampsia () diabetes gestacional () síndromes hemorrágicas

() anemia () hepatite () toxoplasmose () infecção do trato urinário () sífilis () HIV

() Trabalho de Parto () epilepsia

Parto: () normal () cesária

Semanas: () 26 a 29 sem () 30 a 33 sem () 34 a 36 sem () 37 a 41 sem () 42 sem

Seu filho apresenta:

Amamentação: () não () sim Tempo: () menos de 1 mês () até 3 meses

() até 6 meses () até 1 ano () até 2 anos

Amamentação exclusiva () sim () não Tipo: () fórmula () leite animal

Introdução alimentar:

Quando iniciou: () antes de 6 meses () de 6 a 9 meses () 9 a 12 meses

() após 12 meses

Utilizou algum método: () tradicional/papinha () BLW () BLISS () Participativa

Você tinha dúvidas sobre a introdução alimentar: () não () sim

Você recebeu informações sobre a introdução alimentar: () não () sim

Na sua percepção, como foi a introdução alimentar: () muito difícil () difícil () fácil

() muito fácil

Na sua percepção, como era a alimentação do seu filho até os 2 anos:

() comia muito bem e nunca teve queixas quanto a alimentação

() comia bem mas as vezes apresentava fases de recusa

() não comia bem, já sentia preocupação quanto a alimentação

() apresentava recusa de alimentos com frequência e a alimentação era muito desafiadora

Hoje você considera que seu filho se alimenta: () muito bem () bem () mal () muito mal

Desenvolvimento comunicativo e motor:

Seu filho teve atraso na fala: () sim () não

Quando surgiram as primeiras palavras: () antes de 1 ano () até 1 ano e 6 meses

() até os 2 anos () até os 2 anos e 6 meses () mais de 3 anos

Quando começou a andar: () antes de 1 ano () () até 1 ano e 6 meses

() até os 2 anos () até os 2 anos e 6 meses () mais de 3 anos

Comorbidades:

Seu filho apresenta: () Refluxo Mantido () Constipação Intestinal

() Diarreia com frequência () Vômito com frequência () Gases e inchaços abdominais

() Alergia alimentar (Ex: amendoim, frutos do mar) () Intolerância ao glúten

() Intolerância à lactose () Intolerância à proteína do leite

Hábitos deletérios:

Hábitos deletérios: () roe unhas () chupa dedo

() mania de morder objetos (lápis, tampa de caneta) () range os dentes durante a noite

() respira pela boca () chupa chupeta () usa mamadeira

Uso de mamadeira: () não () sim

Desde () nascimento () acima de 3m () acima de 6m () acima de 1 ano

Ainda faz uso de mamadeira: () sim () não

Quando parou: () 1 a 2 anos () 2 a 3 anos () 3 a 4 anos () 4 a 5 anos

Uso de chupeta: () sim () não

Usou até quando: () até 1 ano () até 2 anos () até 3 anos () até 4 anos () até 5 anos

Qualidade do sono:

() dorme com facilidade () tem dificuldades para adormecer

() não acorda ou acorda raramente durante a noite () acorda com frequência

() tem sono tranquilo () sono é agitado Horas de sono durante a noite:

() mais de 12 horas () 10 a 12 horas () 8 a 10 horas () menos de 8 horas

Aspectos sensoriais:

Incomoda-se com barulhos (ex: som alto, voz, liquidificador, etc...)

() sim () não

Incomoda-se com cheiros fortes (ex: comida, gasolina, tinta, perfume, etc.)

() sim () não

Incomoda-se com coisas pegajosas (ex: hidratante, tinta, massa de modelar)

() sim () não

Incomoda-se em ser tocado por outras pessoas

() sim () não

Incomoda-se em trocar de roupas, tomar banho, etiqueta e costura na roupa

() sim () não

Rotina familiar: (considere a maioria dos dias da semana)

Quem está presente no momento da refeição da criança: () mãe () pai () cuidador

() irmãos () avós () outros

A família se alimenta: () todos juntos () separados

() a criança primeiro e depois a família

() no mesmo momento, mas em locais separados

A criança se alimenta: () na mesa junto com a família () na mesa separado da família

() no cadeirão próximo a família () no cadeirão longe da mesa da família () no sofá

() não tem local específico

A criança se alimenta assistindo TV, celulares, tablets: () não () sim

Frequência que se alimenta assistindo TV/celular/tablet:

- () todos os dias em todas as refeições () todos os dias em algumas refeições
- () alguns dias em todas na maioria das refeições () alguns dias em algumas refeições
- () não assiste e usa eletrônicos enquanto come

Quando a criança se alimenta assistindo TV/celular/ Tablet:

- () come menos quantidade e variedade de alimentos do que quando não assiste ou usa TV/celular/ Tablet
- () come mesma quantidade e variedade de alimentos do que quando não assiste ou usa TV/celular/ Tablet
- () come mais quantidade e variedade de alimentos do que quando não assiste ou usa TV/celular/ Tablet

Você acha prejudicial se alimentar usando TV/celular/ Tablet:

- () sim, não permito () sim, porém meu filho ainda tem esse hábito
- () sim, mas permito pois é a única forma para ele comer bem () não acho prejudicial

Anexo 2 – Escala Brasileira de Alimentação Infantil EBAI

Data ____/____/____ Nome da criança _____

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

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

EBAI – Escala Brasileira de Alimentação Infantil

Nome da criança: _____ Data de nascimento: __/__/__

Data da triagem: __/__/__

Idade: _____

Para obter o escore bruto total:

1. Insira as pontuações dos 7 itens com asterisco na primeira coluna.
2. Inverta as pontuações dos itens com asterisco na 1ª coluna (1 ➔ 7, 2 ➔ 6, 3 ➔ 5, 4 ➔ 4, 5 ➔ 3, 6 ➔ 2, 7 ➔ 1) e insira as pontuações invertidas na 2ª coluna.
3. Insira as pontuações dos 7 itens sem asterisco na segunda coluna.
4. Insira as pontuações dos 14 itens na segunda coluna para obter a pontuação total bruta (escore total bruto).

Itens:

- | | | |
|-----|-------|-------|
| 1* | _____ | _____ |
| 2 | _____ | _____ |
| 3* | _____ | _____ |
| 4* | _____ | _____ |
| 5 | _____ | _____ |
| 6 | _____ | _____ |
| 7 | _____ | _____ |
| 8* | _____ | _____ |
| 9 | _____ | _____ |
| 10* | _____ | _____ |
| 11 | _____ | _____ |
| 12* | _____ | _____ |
| 13* | _____ | _____ |
| 14 | _____ | _____ |

Total do escore bruto: _____

Total T escore _____

Escore Bruto	Escore T	Escore Bruto	Escore T	Varição do Escore T	Interpretação
14	35	56	68	61 a 65	Dificuldades leves
15	36	57	69	66 a 70	Dificuldades moderadas
16	37	58	70		
17	38	59	71	Acima de 70	Dificuldades severas
18	39	60	72		
19	39	61	72		
20	40	62	73		
21	41	63	74		
22	42	64	75		
23	43	65	76		
24	43	66	76		
25	44	67	77		
26	45	68	78		
27	46	69	79		
28	46	70	80		
29	47	71	80		
30	48	72	81		
31	49	73	82		
32	50	74	83		
33	50	75	83		
34	51	76	84		
35	52	77	85		
36	53	78	86		
37	54	79	87		
38	54	80	87		
39	55	81	88		
40	56	82	89		
41	57	83	90		
42	57	84	91		
43	58	85	91		
44	59	86	92		
45	60	87	93		
		88	94		
46	61	89	94		
47	61	90	95		
48	62	91	96		
49	63	92	97		
50	64	93	98		
51	65	94	98		
52	65	95	99		
53	66	96	100		
54	67	97	101		
55	68	98	102		

Anexo 3 – Childhood Autism Rating Scale (CARS)

I. Relações pessoais	
1	Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: O comportamento da criança é adequado à sua idade. Alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico;
2	Relações levemente anormais: A criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímida, não responder ao adulto como esperado ou agarrar-se ao pais um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade;
3	Relações moderadamente anormais: Às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto). Outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança. O contato iniciado pela criança é mínimo;
4	Relações gravemente anormais: A criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo. Ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto. Somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito
II. Imitação	
1	Imitação adequada: A criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade;
2	Imitação levemente anormal: Na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso;
3	Imitação moderadamente anormal: A criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; frequentemente imita apenas após um tempo (com atraso);
4	Imitação gravemente anormal: A criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com estímulo e assistência.
III. Resposta Emocional	
1	Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta;
2	Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. Às vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor;
3	Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra sinais claros de resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bastante inibidas ou excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção;
4	Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas à situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou
IV. Uso corporal	
1	Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade;

2	Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns;
3	Uso corporal moderadamente anormal: Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, auto-agressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés;
4	Uso corporal gravemente anormal: Movimentos intensos ou freqüentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal. Estes comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças a fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.
V. Uso de objetos	
1	Uso e interesse adequados por brinquedos e outros objetos: A criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada;
2	Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo);
3	Uso e interesse moderadamente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos, ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do brinquedo, tornar-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele;
4	Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior frequência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.
VI. Resposta e mudanças	
1	Respostas à mudança adequadas à idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva;
2	Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais;
3	Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade e é difícil de distraí-la. Ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada;
4	Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva
VII. Resposta Visual	
1	Resposta visual adequada: O comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade. A visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo;
2	Resposta visual levemente anormal: A criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos olhos;

3	Resposta visual moderadamente anormal: A criança deve ser lembrada frequentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos;
4	Resposta visual gravemente anormal: A criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima
VIII. Resposta Auditiva	
1	Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos;
2	Respostas auditivas levemente anormais: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons externos;
3	Respostas auditivas moderadamente anormais: As respostas da criança aos sons variam. Frequentemente ignora o som nas primeiras vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano;
4	Respostas auditivas gravemente anormais: A criança reage exageradamente e/ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som
IX. Resposta e uso do paladar, olfato e tato	
1	Uso e resposta normais do paladar, olfato e tato: A criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando. Paladar ou olfato podem ser usados quando adequados. Ao reagir a pequenas dores do dia a dia, a criança expressa desconforto, mas não reage exageradamente;
2	Uso e resposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis. Pode ignorar ou ter reação levemente exagerada à uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto;
3	Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir demais ou muito pouco;
4	Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal dos objetos. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos leves
X. Medo ou nervosismo	
1	Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade;
2	Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante
3	Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação similar

4	Medo ou nervosismo gravemente anormais: Medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos. É extremamente difícil acalmar ou confortar a criança. A criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.
XI. Comunicação verbal	
1	Comunicação verbal normal, adequada à idade e à situação;
2	Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente;
3	Comunicação verbal moderadamente anormal: A fala pode estar ausente. Quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma linguagem peculiar, tais como jargão, ecolalia ou inversão pronominal. As peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular;
4	Comunicação verbal gravemente anormal: Fala significativa não é utilizada. A criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais ou bizarros, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso bizarro e persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases
XII. Comunicação não-verbal	
1	Uso normal da comunicação não-verbal adequado à idade e situação;
2	Uso da comunicação não-verbal levemente anormal: Uso imaturo da comunicação não verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou esticar-se para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gesticular mais especificamente para indicar o que deseja;
3	Uso da comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros;
4	Uso da comunicação não-verbal gravemente anormal: A criança utiliza somente gestos bizarros ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento dos significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.
XIII. Nível de atividade	
1	Nível de atividade normal para idade e circunstâncias: A criança não é nem mais nem menos ativa que uma criança normal da mesma idade em uma situação semelhante;
2	Nível de atividade levemente anormal: A criança pode tanto ser um pouco irrequieto quanto um pouco "preguiçosa", apresentando, algumas vezes, movimentos lentos. O nível de atividade da criança interfere apenas levemente no seu desempenho;
3	Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser bastante ativa e difícil de conter. Ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à noite. Por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se;
4	Nível de atividade gravemente anormal: A criança exhibe extremos de atividade ou inatividade e pode até mesmo mudar de um extremo ao outro.
XIV. Nível e consistência da resposta intelectual	
1	A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns;

2	Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas;
3	Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais
4	Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.
XV. Impressões gerais	
1	Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo;
2	Autismo leve: A criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo;
3	Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo;
4	Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo

Escore por categoria

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Total	

Resultado:

15-30: sem autismo

30-36: autismo leve-moderado

36-60: autismo grave

Anexo 4 – Protocolo de Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores (AMIOFE)

FUNÇÕES

Respiração		Escores
Respiração nasal	Normal	(3)
Respiração oronasal	Leve	(2)
	Severa	(1)
Resultado do sujeito avaliado		

Deglutição: Comportamento dos lábios		Escores
Vedam a Cavidade Oral	Sem aparentar esforço	(3)
Vedam a Cavidade Oral, mas apresentam contração além do normal	Leve	(2)
	Severa	(1)
Não vedam a Cavidade Oral	Não cumpre a função	(1)
Resultado do sujeito avaliado		

Deglutição: Comportamento da língua		Escores
Contida na cavidade oral	Normal	(3)
Interposta aos arcos dentários	Adaptação ou disfunção	(2)
	Protruída em excesso	(1)
Resultado do sujeito avaliado		

Deglutição: Outros comportamentos e sinais de alteração		
		Escores
Movimentação da cabeça	Ausente	(1)
	Presente	(0)
Tensão dos Músculos Faciais	Ausente	(1)
	Presente	(0)
Escape de alimento	Ausente	(1)
	Presente	(0)
Resultado do sujeito avaliado		

Deglutição Eficiência		Escores
Bolo sólido ou líquido		
Não repete a deglutição do mesmo bolo		(3)
Uma repetição		(2)
Deglutições múltiplas		(1)
Bolo Líquido		
Não repete a deglutição do mesmo bolo		(3)
Uma repetição		(2)
Deglutições múltiplas		(1)
Resultado		
Resultado Total da Deglutição		

Mastigação - Mordida		Escore
Incisivos	Normal	(3)
Caninos-pré-molares		(2)
Molares		(1)
Não Morde		(0)
Resultado do sujeito avaliado		
Mastigação – Trituração		Escore
Bilateral	Alternada	(4)
	Simultânea (vertical)	(3)
Unilateral	Preferencial (66%)	(2)
	Crônica (95%)	(1)
Anterior (Frontal)		(1)
Não realiza a função	Não tritura	(1)
Resultado do sujeito avaliado		
Outros comportamentos e sinais de alteração		Escore
Movimentação da cabeça ou outras partes do corpo	Ausente	(1)
	Presente	(0)
Postura alterada	Ausente	(1)
	Presente	(0)
Escape de alimento	Ausente	(1)
	Presente	(0)
Resultado do sujeito avaliado		
Resultado Total da Mastigação		
Tempo gasto para ingerir o alimento =		
Alimento utilizado =		

Anexo 5 - Critério de Classificação Econômica do Brasil

ITENS DE CONFORTO	QUANTIDADE QUE POSSUI				
	NÃO POSSUI	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO É PROVENIENTE DE?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Nomenclatura Atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto / Primário incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário completo / Ginásio incompleto
Fundamental completo / médio incompleto	Ginásio completo / Colegial incompleto
Médio completo / Superior incompleto	Colegial completo / Superior incompleto
Superior completo	Superior completo

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada / Pavimentada
2	Terra / Casacalho

Anexo 6 – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS 								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: Terapia Fonoaudiológica: diferentes intervenções e uso da Classificação Internacional de Funcionalidade nos transtornos da linguagem, da fala e da fluência. Pesquisador: Denise Brandão de Oliveira e Brito Área Temática: Versão: 2 CAAE: 02470618.1.0000.5149 Instituição Proponente: Departamento de Fonoaudiologia Patrocinador Principal: Financiamento Próprio DADOS DO PARECER Número do Parecer: 3.172.707 Apresentação do Projeto: O presente estudo tem como objetivo analisar a eficácia de proposta de terapia fonoaudiológica intensiva nos transtornos do desenvolvimento da linguagem, nos transtornos da fala, nos transtornos da fluência e nos transtornos da linguagem associados a outras condições a partir da caracterização do perfil dos pacientes atendidos em um Ambulatório de Linguagem. Pretende-se levantar dados acerca do tratamento fonoaudiológico e da funcionalidade comunicativa de pacientes atendidos em ambulatório para a partir destes dados propor terapia fonoaudiológica intensiva por meio de atendimentos em grupo ou individuais e de orientações aos familiares destas crianças. Os dados coletados antes e após a intervenção serão comparados qualitativa e quantitativamente com vistas à análise da eficácia da proposta. O projeto será realizado em três etapas: Será realizado em tres etapas: A primeira ETAPA: Será realizada a coletados dados nos prontuários dos pacientes atendidos no serviço: idade, sexo, escolaridade, hipótese diagnóstica, data do diagnóstico, data inicial do atendimento ambulatorial, número de sessões realizadas, número de faltas ao atendimento, história progressa, dados dos pais (idade e escolaridade). Os dados serão tabulados em planilha construída no programa Excel.								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª And 2005</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: Unidade Administrativa II</td> <td style="border: none;">CEP: 31.279-901</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: MG</td> <td style="border: none;">Município: BELO HORIZONTE</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (31) 3409-4352</td> <td style="border: none;">E-mail: ceps@proq.ufmg.br</td> </tr> </table>	Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª And 2005		Bairro: Unidade Administrativa II	CEP: 31.279-901	UF: MG	Município: BELO HORIZONTE	Telefone: (31) 3409-4352	E-mail: ceps@proq.ufmg.br
Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª And 2005								
Bairro: Unidade Administrativa II	CEP: 31.279-901							
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE							
Telefone: (31) 3409-4352	E-mail: ceps@proq.ufmg.br							

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Formulário 3.153.707

A segunda Etapa: A segunda etapa será a aplicação do check list construído com base na eleição de qualificadores da CIF para delinear o perfil de funcionalidade comunicativa dos pacientes de maneira mais detalhada e fidedigna.

A terceira Etapa: 3ª Etapa do Estudo

A terceira etapa do estudo refere-se à implantação dos programas de terapia intensiva nos diferentes modelos propostos após convite para participação das mesmas. Estas crianças e jovens serão selecionados no "Ambulatório de Avaliação Fonoaudiológica", e a coleta dos dados iniciará após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de assentimento (TA), se possível. Inicialmente aplicaremos o Questionário de Percepção da Linguagem Oral. Serão aplicados, de acordo com a queixa e a faixa etária dos participantes, as seguintes avaliações para diagnóstico fonoaudiológico.

Serão 03 quatro questionários: a) Avaliação da Linguagem da Criança (ADL); b) Teste de Linguagem Infantil nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluidez e Pragmática – ABFW; c) Denver II: Teste de Triagem do Desenvolvimento para crianças de até 6 anos com queixas de alterações no desenvolvimento global. Depois de identificadas as alterações e demandas fonoaudiológicas organizar-se-ão as intervenções de acordo com o diagnóstico com vistas às estimulações e/ou orientações necessárias, segundo os seguintes critérios:

1. Grupos de orientação do pai de crianças até 2 anos, sem manifestação oral da linguagem.
2. Intervenção para estimulação da linguagem de crianças até 2 anos, sem manifestação oral da linguagem, e sem diagnóstico de transtorno primário- Atraso global do neurodesenvolvimento.
3. Intervenção para estimulação de crianças com Transtornos da Fala.
4. Intervenção para estimulação de crianças com Transtorno do Desenvolvimento da Linguagem (TDL).
5. Intervenção para estimulação de crianças e jovens com Transtorno da Fluidez.

Em seguida serão elaboradas as tarefas a serem estimuladas em cada encontro totalizando pelo menos 30 horas de estimulação e orientação. Ao término das 30 horas de intervenção os pacientes serão reavaliados por meio do (s) mesmo (s) instrumento (s) utilizados na avaliação. As famílias receberão certidão de orientação específica acerca da alteração e orientadas a retornar em 6 meses para acompanhamento. As avaliações e as terapias serão realizadas no Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG e no Laboratório de Pesquisa do Departamento de Fonoaudiologia de acordo com a disponibilidade de salas.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º And 3006

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31) 3408-4552

E-mail: cep@proa.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Projeto: 3-173-757

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar a eficácia de proposta de terapia fonoaudiológica intensiva nos transtornos do desenvolvimento da linguagem, nos transtornos da fala, nos transtornos da fluência e nos transtornos da linguagem associados a outras condições a partir da caracterização do perfil dos pacientes atendidos em um Ambulatório de Linguagem.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil dos pacientes atendidos em um Ambulatório de Linguagem.
- Aplicar a CIF para caracterizar a funcionalidade da comunicação dos pacientes atendidos em um Ambulatório de Linguagem.
- Descrever a funcionalidade comunicativa, o perfil e as características do processo terapêutico fonoaudiológico dos pacientes atendidos em um Ambulatório de Linguagem.
- Elaborar um "checklist" com códigos e qualificadores que caracterizam aspectos da comunicação em crianças e jovens com transtornos da linguagem, da fala e da fluência.
- Verificar as principais demandas fonoaudiológicas no Ambulatório de Linguagem.
- Descrever os recursos e estratégias terapêuticas utilizadas na terapia intensiva.
- Comparar a eficácia da terapia intensiva diária, 3 vezes por semana, 2 vezes por semana e a terapia convencional – 1 vez por semana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pesquisa não oferece riscos para os pacientes envolvidos. Se houver manifestação de cansaço ou desconforto relacionados à estimulação intensiva, as atividades serão interrompidas e retomadas no encontro seguinte.

Benefícios:

Os benefícios supostos são relacionados ao conhecimento do perfil do paciente do Ambulatório de Linguagem, o que possibilitará um atendimento mais eficaz à população. Além disso, possibilitará o atendimento de grande parte da população residente fora de grandes centros, sem existência de serviços de Fonoaudiologia, que podem se beneficiar do tratamento no período de férias escolares e/ou dos pais, e mesmo de pacientes residentes nas

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 31º And. 36 2026

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31) 3436-4592

E-mail: ccpq@ccpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.151.007

proximidades sem possibilidades de frequentar atendimento fonoaudiológico semanal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância e exequível e de interesse da área da saúde. Trata-se de um projeto de pesquisa, importante com os pacientes dificuldade da fala e um cronograma compatível que prevê a coleta de dados após aprovação do COEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados foram: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1200028.pdf,

ParecerGEPHC.pdf, AnuencialHC.pdf, Foliademostrassinada.PDF, Termo Assentimento.docx,

TermoComp.JPG, TCLE.docx, Projeto de Pesquisa CIF DeniseBrendaoOBrito.docx, e uma carta pendência COEP que relata de forma geral que as alterações solicitadas foram atendidas.

Foram acrescentados o endereço do COEP, os riscos como cegueira no TALE e na TCLE.

Nas informações básicas não houve alteração.

Recomendações:

Recomendamos inserir no TCLE e no TALE a seguinte frase: Todas as pesquisas oferecerem um risco mínimo segundo a RESOLUÇÃO 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este comitê confia que será inserida a frase sugerida sobre os riscos. Embora tenha relatado a questão de cegueira.

Considerações Finais e critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	09/12/2018		Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Andar 3000

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31270-901

UF: MG Estado: BRASIL HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4362

E-mail: coep@proq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.172.107

Bases do Projeto	ETO_1230928.pdf	10:13:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assência	TermoAssentimento.docx	06/12/2018 10:12:27	Denise Brandão de Oliveira e Brito	Aceito
Outros	CartaPendenciaCOEP.docx	06/12/2018 10:12:52	Denise Brandão de Oliveira e Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assência	TCLE.docx	06/12/2018 10:11:34	Denise Brandão de Oliveira e Brito	Aceito
Outros	ParecerCOEPHC.pdf	07/11/2018 13:35:59	Denise Brandão de Oliveira e Brito	Aceito
Outros	AnuenciaHC.pdf	07/11/2018 13:35:29	Denise Brandão de Oliveira e Brito	Aceito
Folha de Rosto	Folhadecostaassinada.PDF	07/11/2018 13:34:38	Denise Brandão de Oliveira e Brito	Aceito
Outros	TermoComp.JPG	01/10/2018 12:06:11	Denise Brandão de Oliveira e Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisaCifDeniseBrandaoO Brito.docx	01/10/2018 11:49:58	Denise Brandão de Oliveira e Brito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 28 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Elisane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Adm 3000

Bairro: Universidade Administrativa 9

CEP: 31.275-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3429-4392

E-mail: conep@ppsq.ufmg.br