

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE NUTRIÇÃO

MESTRADO EM NUTRIÇÃO



**DESENVOLVIMENTO ALIMENTAR INFANTIL E SUAS
REPERCUSSÕES PARA DIFICULDADES ALIMENTARES**

EUGENIA DE MEDEIROS ALMEIDA NASCIMENTO

**MACEIÓ, AL
2021**

EUGENIA DE MEDEIROS ALMEIDA NASCIMENTO

**DESENVOLVIMENTO ALIMENTAR INFANTIL E SUAS
REPERCUSSÕES PARA DIFICULDADES ALIMENTARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas como requisito à obtenção do título de Mestre em Nutrição.

Orientadora: **Profa. Dra. Monica Lopes de Assunção**
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas

Coorientadora: **Profa. Ma. Camila Alexandra Vilaça Ramos**
Universidade Federal Minas Gerais

**MACEIÓ, AL
2021**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

N244d Nascimento, Eugenia de Medeiros Almeida.
Desenvolvimento alimentar infantil e suas repercussões para dificuldades alimentares / Eugenia de Medeiros Almeida Nascimento. – Maceió, 2021.
59 f. : il.

Orientadora: Monica Lopes de Assunção.
Co-orientadora: Camila Alexandra Vilaça Ramos.
Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas.
Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió.

Bibliografia: f. 43-48.

Apêndices: f. 50-56.

Anexos: 58-59.

1. Transtornos de alimentação na infância. 2. Seletividade alimentar. 3. Nutrição da criança. I. Título.

CDU: 613.22

AGRADECIMENTO

A Deus e a Nossa Senhora, por terem me dado força para concluir mais esta batalha, a minha fé foi maior que tudo e do que todos, e foi graças a isso que cheguei ao final dessa jornada. Aos meus pais, Antônio (saudades imensas) e Joana, por tudo o que são em minha vida, e fizeram por mim em todos os momentos. Aos meus filhos, Maria Clara e Heitor, vocês me dão forças para lutar todos os dias. É por vocês e pra vocês sempre. Ao Adriano, meu amor, companheiro de todas as horas, de todas as aflições e angústias, obrigado por sempre estar ao meu lado, pelo carinho, amor e confiança sempre depositados em mim.

A tia Cicera e Eduardo por todo apoio e oportunidades concebidas desde a minha vinda para Maceió. Aos amigos, alguns bem perto e outros mais longe, foram anjos em diversas fases dessa trajetória sempre apoiando, estimulando a continuar seguindo em frente, quero vocês por toda vida.

A minha orientadora, professora Monica Assunção, pessoa na qual sempre procurei me espelhar, e que auxiliou de maneira ímpar para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada por sempre acreditar em mim, me apoiar e estimular. A toda ajuda crucial do professor Jorge Arthur Coelho de maneira deliberada em prol da ciência e das famílias que tem seus filhos passando por dificuldades alimentares. Aos pais que se dispuseram a contribuir com a ciência participando da coleta com intuito de ajudar a todas as famílias que passam pelas mesmas dificuldades e angústias de ter um filho sem se alimentar bem a terem um direcionamento correto e precoce. Aos meus pacientes pelo aprendizado diário e por me permitir ajudá-los no seu desenvolvimento alimentar. Só nós sabemos quanto o vínculo terapêutico significa para nossas vidas.

Aos autores dos estudos utilizados no meu trabalho que dedicaram suas vidas a ciência e parte do seu tempo respondendo aos meus questionamentos. Quanto à ciência da nutrição e da fonoaudiologia, a elas o meu amor, o meu respeito e o meu compromisso de continuar sendo uma profissional responsável, estudiosa, compromissada e acima de tudo ética, na certeza de um livre e verdadeiro exercício da profissão.

Viva a Ciência, viva o SUS.

A todos meu muito obrigada!

RESUMO

O desenvolvimento alimentar infantil é representado por todas as formas de convívio com o alimento, envolvendo desde a preferência até a ingestão, não somente pelo que comemos, mas pelos demais elementos relacionados, como o ambiente das refeições, habilidades motoras e cognitivas para se alimentar, a forma e o tempo com que se alimenta e os motivos pelos quais as pessoas comem. Percebe-se que comer não é simples, comer é complexo e aproximadamente 25% de todas as crianças experimentam algum tipo de problema alimentar durante os primeiros anos de vida, prevalência esta que pode ser de até 80% em crianças com desenvolvimento atípico como autista e portadores de síndromes com acometimentos neurológicos. Pesquisas indicam que o início das dificuldades alimentares ocorre antes do primeiro ano de vida em 50% das crianças e aos 18 meses de idade, ou antes, em até 75% das crianças. Considerando o exposto, esta dissertação tem como objetivo traçar o perfil de mães de crianças com queixas de dificuldades alimentares com idade entre 6 a 36 meses. Os resultados foram apresentados sob a forma de um artigo científico, que é precedido de um capítulo de revisão de literatura, no qual consta o referencial teórico acerca da temática em questão. O artigo é intitulado “Perfil parental sobre dificuldades alimentares em crianças de 06 a 36 meses”. Levou-se em consideração a percepção materna sobre o comportamento alimentar de seus filhos ao longo do tempo e em diferentes situações. Nesse artigo obtiveram-se informações relevantes sobre as dificuldades alimentares das crianças, as quais fundamentaram um perfil parental vislumbrando os fatores de risco associados às dificuldades alimentares visando identificar crianças sob maior risco de modo que, uma vez assim distinguidas, sejam encaminhadas ao profissional competente a fim de realizar o diagnóstico preciso e intervir de forma precoce e oportuna. Conclui-se que as mães das crianças analisadas tem idade entre 30 a 39 anos, ensino superior, renda familiar entre 4 a 10 salários mínimos, criança do sexo masculino nascido a termo, amamentado exclusivo por 06 meses mantendo amamentação entre 24 a 30 meses com manifestações alérgicas sem diagnóstico de refluxo gastroesofágico, iniciando recusa alimentar aos 10 meses com procura do profissional aos 20 meses. As mães apresentam dificuldades em perceber se existem problemas de mastigação e de distinguir os sinais de saciedade. O estilo parental predominante foi indulgente recorrendo à distração nas horas das refeições.

Palavras-chave: Transtorno alimentar infantil, Seletividade Alimentar, Nutrição Infantil.

ABSTRACT

Child food development is represented by all forms of interaction with food, ranging from preference to ingestion, not only for what we eat, but for other related elements, such as the meal environment, motor and cognitive skills to eat, the way and the time with which it eats and the reasons why people eat. It is noticed that eating is not simple, eating is complex and approximately 25% of all children experience some type of eating problem during the first years of life, a prevalence that can be up to 80% in children with atypical development such as autistic and patients with syndromes with neurological involvement. Research indicates that the onset of eating difficulties occurs before the first year of life in 50% of children and at 18 months of age, or earlier, in up to 75% of children. Considering the above, this dissertation aims to outline the profile of mothers of children with complaints of feeding difficulties aged between 6 and 36 months. The results were presented in the form of a scientific article, which is preceded by a literature review chapter, which contains the theoretical framework on the subject in question. The article is entitled “parental profile on feeding difficulties in children aged 6 to 36 months”. The maternal perception of their children's eating behavior over time and in different situations was taken into account. In this article, relevant information was obtained about children's eating difficulties, which supported a parental profile, envisioning the risk factors associated with eating difficulties, in order to identify children at greater risk so that, once distinguished, they are forwarded to the competent professional to in order to make an accurate diagnosis and intervene in an early and timely manner. It is concluded that the mothers of the analyzed children are aged between 30 and 39 years, with higher education, family income between 4 and 10 minimum wages, a full-term male child, exclusively breastfed for 06 months, maintaining breastfeeding between 24 and 30 months with allergic manifestations without a diagnosis of gastroesophageal reflux, starting with food refusal at 10 months of age and seeking a professional at 20 months. Mothers have difficulties in perceiving if there are chewing problems and in distinguishing signs of satiety. The predominant parenting style was indulgent, resorting to distraction at mealtimes.

Keywords: childhood eating disorder, food selectivity, child nutrition.

LISTA DE QUADROS

Quadro	Título	Pág.
1	Características do distúrbio alimentar pediátrico.	13
2	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.	15
3	Características das respostas sensoriais em relação aos alimentos.	17
4	Aspectos principais do estilo parental autoritativo.	20

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DA	Dificuldade alimentar.
DAP	Distúrbio Alimentar Pediátrico.
CDC	Center for Disease Control (Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América).
CID	Classificação Internacional de Doenças.
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.
GC	Grupo Controle.
QEPA	Questionário de Estilo Parental na Alimentação.
SMO	Sistema Miofuncional Orofacial.
SNG	Sonda Nasogástrica.
VO	Via oral.
TARE	Transtorno Alimentar Evitativo/Restritivo.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.1	CONCEITUAÇÃO.....	13
2.2	FORMAS DE CLASSIFICAÇÃO.....	14
2.3	EPIDEMIOLOGIA DAS DIFICULDADES ALIMENTARES NA INFÂNCIA.....	15
2.3.1	Estilo Parental.....	19
2.3.2	Tratamento preconizado para as dificuldades alimentares.....	21
3	RESULTADOS.....	25
3.1	ARTIGO ORIGINAL	26
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS.....	59
	APÊNDICES.....	66
	ANEXO.....	78

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento alimentar infantil é representado por todas as formas de convívio com o alimento, envolvendo desde a preferência até a ingestão, não somente pelo que se come, mas pelos demais elementos relacionados, como o ambiente das refeições, habilidades motoras e cognitivas para se alimentar, a forma e o tempo como que se alimenta e os motivos pelos quais as pessoas fazem suas escolhas. (VAZ; BENNEMANN, 2014).

As crianças representam um grupo que passam por diversas mudanças devido ao rápido e intenso processo de crescimento corporal associado à imaturidade fisiológica. A nutrição adequada nos primeiros mil dias de vida (da gestação até os dois anos de idade) é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável. Inadequações no consumo de nutrientes nesse período podem comprometer o estado nutricional com repercussões danosas à saúde infantil (CARVALHO et al., 2015). Entre esses danos, consta o Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP), definido por Goday et al. (2019) como a ingestão alimentar oral prejudicada, que não é apropriada para a idade, sendo levados em consideração os aspectos em quatro áreas de domínios estreitamente relacionados e complementares: orgânico, psicossocial, alterações sensório motoras orais condicionando as habilidades para se alimentar e complicações nutricionais.

Esse termo de diagnóstico unificador - DAP - usa a estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003). A CIF propõe que a incapacidade ocorre quando as deficiências interagem com fatores pessoais e ambientais, resultando em limitações de atividade ou restrição de participação, sendo estruturada e embasada pela Classificação Internacional de Doenças (CID), enfatizando uma compreensão holística do DAP.

Dentro dessa concepção integral sobre o comportamento alimentar entende-se a forte influência de fatores sociais e individuais. O aspecto social inclui a unidade familiar da criança, as atitudes de pais e amigos perante modos alimentares, os conhecimentos de nutrição por parte dos cuidadores, além da quantidade de comida disponibilizada para a criança. A interação entre pais e/ou cuidadores e filhos no momento da alimentação é um dos principais fatores que influencia no desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais (ABREU, 2010; MAYER, 2011). Os estudos têm destacado importantes associações entre os estilos parentais e o desempenho das crianças em diversas áreas, em que se destaca o padrão alimentar (PATRICK; HENNESSY; CIARROCHI, 2013).

Segundo Hughes et al. (2005), os estilos parentais relacionados à alimentação são classificados de acordo com as dimensões responsividade e exigência parental. A dimensão exigência refere-se ao controle do comportamento da criança e das técnicas disciplinares utilizadas, enquanto a dimensão responsividade corresponde ao afeto transmitido à criança e a resposta às suas necessidades. Para os autores, essas duas dimensões combinadas entre si resultam em quatro estilos parentais: autoritativo, autoritário, indulgente e negligente.

A motivação para a realização deste estudo resultou da compreensão da complexidade do processo que envolve alimentação nos seus aspectos nutricionais, emocionais e comportamentais. Desse modo, tem-se a seguinte questão norteadora: quais os principais fatores de interferência dos pais na percepção dos primeiros sinais de dificuldade alimentar de suas crianças?

Para responder essa questão, elaborou-se um artigo que teve por objetivo traçar o perfil parental dos genitores de crianças de 6 a 36 meses acompanhados em uma clínica especializada para dificuldades alimentares em Maceió-AL, Nordeste do Brasil.

Este artigo encontra-se apresentados na seção de Resultados e são precedidos por uma revisão da literatura que objetivou consolidar o referencial teórico acerca dessa temática.

Diante do exposto, esta dissertação apresenta os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Investigar a percepção parental sobre as dificuldades alimentares em crianças de 6 a 36 meses.

Objetivos Específicos

- Realizar a caracterização socioeconômica das crianças e famílias;
- Identificar os sinais iniciais da recusa alimentar infantil;
- Caracterizar as texturas mais recusadas nessa faixa etária;
- Verificar quais as principais estratégias que os pais realizaram para melhorar a aceitação alimentar das crianças;
- Caracterizar o estilo parental na alimentação por meio do Questionário de Estilo Parental na Alimentação (QEPA).

REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONCEITUAÇÃO

Apesar dos múltiplos mecanismos subjacentes e da necessidade de cuidados interdisciplinares, o diagnóstico de distúrbios alimentares foi abordado, ao longo de seu desenvolvimento, de modo unilateral, com cada ciência sugerindo sua própria abordagem sendo que a unilateralidade deixou de captar a complexidade dos distúrbios alimentares (SHARP et al., 2010).

Neste sentido, Kerzner, et al. (2015) refletem que a denominação vaga para as dificuldades associadas sugere um termo guarda-chuva visando cobrir uma variedade de sinais e de comportamentos alimentares variados, mas sem fechar um diagnóstico específico. Simplesmente, indica que existe algum problema de alimentação podendo ser em graus variados de leve a grave.

O *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* publicou um artigo intitulado *Pediatric Feeding Disorder-Consensus Definition and Conceptual Framework* de Goday et al. (2019) propondo a definição mais atual para o DAP definido como ingestão oral prejudicada que não é apropriada para a idade com duração de pelo menos duas semanas e associado a um ou mais dos seguintes aspectos: alteração médica (orgânico), alteração nutricional, alteração nas habilidades básicas para alimentação e alterações psicossociais.

No Quadro 1 consta um resumo das características dos principais domínios definidos para o DAP.

Quadro 1 - Características do distúrbio alimentar pediátrico definidos.

Domínios	Características
Alteração médica (orgânica)	Qualquer alteração de origem orgânica como comprometimento cardiorrespiratório, desconforto gastroesofágico, alterações no sistema neurológico, alteração metabólica derivado ou não de alguma doença de base.
Alteração nutricional	Desnutrição, deficiência nutricional específica ou ingestão significativamente restrita de um ou mais nutrientes resultantes da diminuição da diversidade alimentar, dependência de alimentos entéricos ou suplementos orais para sustentar a nutrição e/ou hidratação.
Alteração nas habilidades básicas para alimentação	Abrange questões como sensibilidade oral gustativa e sensibilidade tátil intraoral, dificuldades proprioceptivas orais, ou seja, perceber e organizar as características dos alimentos como texturas, quantidade,

	temperatura dentro da boca, organização do bolo alimentar e coordenação de movimentos laterais de língua durante a mastigação e mastigação inadequada para idade.
Alteração psicossocial	Comportamento de prevenção passivo da criança ao se alimentar ou sendo alimentado por cuidadores com atitudes de fuga, luta ou medo quando os alimentos são apresentados. Manejo inadequado pelo cuidador da alimentação da criança e/ou necessidades nutricionais. Perturbação do funcionamento social da criança e família dentro de um contexto alimentar. Estilo parental dos pais.

Fonte: Goday et al. (2019).

Ferriolli (2010) verificou uma associação entre dificuldade alimentar infantil e as alterações de fala e linguagem, em especial o distúrbio articulatório. Pesquisas demonstraram existir associação entre controle postural, sistema estomatognático e influência recíproca da postura corporal sobre as estruturas orais (VAL, 2005; TELLES; MACEDO, 2008). Crianças com distúrbios sensorio motoras, por exemplo, necessitam de adequado controle para êxito na alimentação (WEST et al., 2004).

Segundo Power (2011) esses atrasos geralmente resultam em uma incompatibilidade entre as habilidades alimentares da criança e as expectativas alimentares dos cuidadores adultos responsáveis pela alimentação da mesma. Essa incongruência pode contribuir para experiências aversivas de alimentação que resultam em pontes cognitivas negativas em relação ao alimento e ao momento das refeições, principalmente, se o cuidador persistir na tentativa de alimentar a criança de maneira cronologicamente típica da idade sem que a mesma esteja em condições de se alimentar (GODAY et al., 2019).

2.2 FORMAS DE CLASSIFICAÇÃO

Historicamente, os distúrbios alimentares foram definidos usando uma dicotomia: orgânica/não orgânica. Nesta linha, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) apresenta como código de diagnóstico para distúrbio alimentar o F98.2 com conotação psicológica e comportamental; o código R63.3 abordando dificuldades de alimentação com erros na administração de alimentos; e o F50 como transtornos da alimentação de maneira global incluindo a anorexia e bulimia.

Em setembro de 2020, a *Feeding Matters*, primeira organização no mundo dedicada a estudar o DAP publicou na imprensa que o Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC) aprovou oficialmente o este distúrbio alimentar como um

código de diagnóstico autônomo (código R) para ser adicionado na próxima edição classificatória da (CID 10) em 2021. Os códigos abaixo foram aprovados para entrarem em vigor a partir de outubro de 2021.

Quadro 2 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Código	Nome CID-10
R63.30	Distúrbio alimentar pediátrico não especificado.
R63.31	Distúrbio alimentar pediátrico agudo.
R63.32	Distúrbio alimentar pediátrico crônico.
R63.39	Outras dificuldades alimentares. Dificuldades alimentares (adulto/infantil) nos comedores exigentes-Picky eater.

Fonte: CID 10

A normatização deste distúrbio pela CID é crucial no desenvolvimento de instrumentos de triagem para identificação precoce em consultas de puericultura, visando melhores práticas de atendimento, qualificação dos profissionais para intervenção precoce, cobertura dos seguros de saúde e financiamento federal para pesquisas (LOLLAR; SIMEONSON, 2005).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) define o Transtorno Alimentar Evitativo/Restritivo (TARE) como um distúrbio caracterizado por constantes perturbações alimentares que induzem a um aporte nutricional e energético insuficientes sendo definido como comportamento de esquiva (recusa) ou restrição (seletividade) na ingestão alimentar, ocorrendo a perturbação alimentar devido à falta de interesse e o comportamento de fugas perante o alimento. Registra-se que este transtorno alimentar não inclui a imagem corporal distorcida (como ocorre na anorexia nervosa) ou a preocupação com a imagem corporal (como ocorre na bulimia nervosa).

Outro distúrbio encontrado na população infantil que precisa fazer parte do diagnóstico diferencial nos quadros de recusa alimentar é a disfagia, sendo considerado um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais decorrente de uma doença de base (ASHA, 2004). No Brasil, o profissional competente para avaliar, diagnosticar e tratar os sinais e os sintomas dos distúrbios de alimentação e de deglutição dentro de uma equipe multidisciplinar é o fonoaudiólogo (RESOLUÇÃO CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, nº 383).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DAS DIFICULDADES ALIMENTARES NA INFÂNCIA

Pesquisas indicam que crianças pequenas constituem um grupo em pleno desenvolvimento de maturação e crescimento fisiológico. Com base nesse espelhamento, considera-se a relevância da nutrição adequada nos primeiros dois mil dias de vida, compreendendo da gestação até os dois anos de idade. Este período é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável na primeira infância. Em consonância, a inadequação no consumo de nutrientes neste ciclo de vida pode afetar o estado nutricional com repercussões deletérias às crianças (CARVALHO et al., 2015).

Aproximadamente 25% de todas as crianças experimentam algum tipo de problema alimentar durante os primeiros anos de vida, mas essa prevalência pode ser de até 80% em crianças com desenvolvimento atípico como autista e síndromes com acometimentos neurológicos (MANIKAM; PERMAN, 2000).

A desnutrição é definida como a ingestão de nutrientes insuficiente para atender às necessidades nutricionais, resultando em déficits cumulativos de energia, proteína ou micronutrientes, que podem impactar negativamente o crescimento, desenvolvimento e a saúde (MEHTA et al., 2013). A desnutrição afeta de 25% a 50% das crianças com transtorno alimentar pediátrico (AMMANITI et al., 2012) e é mais prevalente entre aqueles com doença crônica ou perturbações do desenvolvimento neurológico (BECKER et al., 2015).

A restrição dietética de um ou mais grupos alimentares, comum em crianças com DAP, acarreta inúmeros prejuízos nutricionais, exclusões de grupos alimentares inteiros como frutas e legumes podem resultar em deficiência de micronutrientes apesar da ingestão de macronutrientes adequada (CHANDRAN et al., 2015). As crianças com a ingestão excessiva de alimentos específicos, bebidas, ou suplementos alimentares podem experimentar excesso de micronutrientes ou, raramente, toxicidade (SHARP et al., 2013). A escolha de textura alimentar de conforto pode tender aos carboidratos e alto consumo de energia excessiva podendo resultar em obesidade (SHMAYA et al., 2015).

A nutrição insuficiente ou de má qualidade pode ter como consequência atraso no desenvolvimento neurológico se tornando evidente em qualquer momento nos primeiros anos de vida acarretando em déficit nas mudanças estruturais e musculares que podem ocorrer na anatomia da orofaringe e coordenação neuromuscular, alterações nas transições das texturas alimentares, uso prolongado de utensílios não adequado para fase da criança (DODRILL, 2014).

Essas alterações específicas no funcionamento sensorial motor oral e faríngeo podem também inibir o desenvolvimento nas habilidades para alimentação, como também, experiências orais negativas decorrentes de lesões estruturais na boca, défices neurológicos, experiência adversa ou limitada (MUSSATTO et al., 2014), influenciando diretamente no desenvolvimento alimentar.

A criança que tem prejuízo no funcionamento sensorial oral com uma alteração na modulação sensorial, ou seja, na interpretação pelo sistema nervoso central das propriedades sensoriais dos alimentos pode ter limitação na aceitação e tolerância de líquidos e texturas alimentares esperadas para sua idade. Tal ocorrência pode estar associada com características específicas tais como o sabor, a temperatura, o tamanho de bolo alimentar, viscosidade, textura e aparência (FARROW; COULTHARD, 2012).

Ainda segundo estes autores as respostas neurológicas percebidas pelo corpo e cavidade oral são automáticas e se apresentam como hipo ou hipersensibilidade, sendo descritas por algumas características como demonstradas no quadro a seguir.

Quadro 3 - Características das respostas sensoriais em relação aos alimentos.

Característica I	Ausência de consciência dos alimentos na boca se assemelhando a uma incoordenação com os movimentos e percepções de lábios, língua e dentes com o alimento.
Característica II	Formação limitada do bolo alimentar podendo deglutir alimentos em pedaços maiores causando desconforto e insegurança alimentar.
Característica III	Escape de alimentos quando coloca na boca.
Característica IV	Falta de noção do tamanho do alimento que cabe na boca (porções grandes ou pequenas).
Característica V	Náusea ou recusa de líquidos/texturas de alimentos que proporcionam desconforto ao comer a depender dessas interpretações sensoriais.

Fonte: Farrow e Coulthard (2012).

Estas crianças podem buscar aumento do tamanho do bolo alimentar, sabores, temperaturas e texturas exageradas ou necessitarem de sabores suaves. A variedade da resposta de hiper ou hiposensibilidade é geralmente caracterizada por preferência com texturas alimentares específicas, mastigação alterada e variedade limitada de ingestão alimentar (NAISH; HARRIS, 2012).

Crianças com habilidades sensório motoras orais alteradas podem se apresentar como alguém com dificuldades para consumir líquidos e alimentos com texturas apropriadas à idade, necessitando de comida com algumas adaptações com presença de fluido, processadas misturando-se os sólidos como um purê, preferindo o alimento naturalmente liso sem grumos podendo também apresentar déficit no uso de utensílios de alimentação (garfo, colher, copo, canudo) e/ou habilidades de autoalimentação (BENFER et al., 2013), prolongamento das refeições com duração maior que 30 minutos ou ingestão oral inadequada necessitando de equipamentos especiais para se alimentarem e estratégias específicas para a oferta do alimento ou suplementação nutricional (DODRILL, 2014).

Nesse contexto, destaca-se que entre 40% e 70% das crianças com histórico médico complexo experimentam dificuldades de alimentação. Essas condições médicas são frequentemente associadas à alimentação com reações desagradáveis, ou melhor, dor, náusea e/ou fadiga, que são repetidamente associadas a reações negativas ao ato de comer, e isso promove aversão alimentar condicionada (LUKENS; SILVERMAN, 2014).

Outra problemática a ser destacada é que crianças que desenvolvem transtornos alimentares aprendem a evitar contato com alimentos, envolvendo-se em comportamentos disfuncionais na hora das refeições, como choro, acessos de raiva e/ou empurrar a comida para longe. Elas passam a ser consideradas com maior risco para o desenvolvimento de inabilidades sensórias motoras orais baseadas na experiência negativa devido à falta de exposição sistemáticas dos alimentos (VOLKERT; PATEL; PETERSON, 2016).

Field et al., (2003) conduziu a primeira avaliação em grande escala, com foco nas habilidades sensório motoras orais, apontando sinais que são manifestados como problemas em torno da mastigação, do movimento da língua e do fechamento dos lábios. O estudo incluiu 349 crianças (com idades entre 01 mês e 12 anos) encaminhadas a um programa multidisciplinar para avaliação da alimentação. Atrasos sensório motor oral foi o achado mais proeminente documentada neste estudo, ocorrendo em 44% da amostra (155 participantes).

Mais recentemente, Crapnell et al., (2013) realizaram um estudo longitudinal investigando os primeiros fatores médicos e familiares associados a dificuldades de alimentação em 80 bebês prematuros (≤ 30 semanas de gestação). Dezoito crianças (23% da amostra) apresentaram problemas com alimentação por volta de 2 anos de idade, com maior risco associado com hipotonia (redução de tônus muscular) durante a infância.

Os autores postularam que a hipotonia pode prejudicar o desenvolvimento das habilidades motoras orais necessárias para a transição alimentar tornando a ingestão de alimentos sólidos mais desafiantes. Esta afirmação é consistente com a pesquisa que identifica

que certos subgrupos pediátricos apresentavam risco aumentado para dificuldades de ingestão de alimentos sólidos e disfunção sensorio motora oral quando apresenta tônus muscular rebaixado (hipotonia) associado à síndrome de Down, hipotonia congênita ou condições neurológicas, como paralisia cerebral (SHARP et al., 2016).

2.3.1 Estilo Parental

As influências sociais incluindo interações cuidador/criança e as expectativas culturais dentro de um contexto na hora das refeições pode afetar o comportamento de uma criança. Por exemplo, as estratégias de um cuidador para o manejo do comportamento disruptivo na hora da refeição pode não ser eficaz provocando repetição disfuncional do que se considera por mau comportamento (VENTURA; BIRCH, 2008).

Os cuidadores podem interpretar mal os sinais de fome e saciedade da criança, atrapalhando mesmo que de maneira inconsciente o desenvolvimento da aprendizagem positiva sobre comer. Finalmente, crenças culturais de um cuidador sobre alimentação e nutrição pode não ser consistente com a forma como ele alimenta a criança e como a criança responde (RAMOS; STEIN, 2000).

Intervenção interdisciplinar intensiva no tratamento diário é cada vez mais reconhecida como prática baseada em evidência sendo padrão de cuidado para crianças com alimentação complexa (SHARP et al., 2017).

Destaca-se uma importante associação vista em estudos na área entre os estilos parentais e o desempenho das crianças, considerando diversos aspectos relativos ao padrão alimentar (PATRICK et al., 2013). Parte-se do princípio de que o comportamento alimentar recebe forte influência de fatores sociais e individuais.

Neste cenário, inclui-se toda unidade familiar, considerando a atitude dos cuidadores (pais, avós, amigos...) perante os aspectos alimentares, bem como seus conhecimentos prévios sobre a nutrição infantil. Com base em Abreu (2010) e Mayer (2011) tem-se uma importante constatação, de que a interação entre pais e filhos (ou considerando cuidadores e crianças) no momento da alimentação é um dos principais fatores que intervêm na construção de comportamentos alimentares disfuncionais.

Sobre os estilos parentais, Hughes et al., (2005) apresentam uma classificação com base nas dimensões responsividade e exigência parental. A primeira possui relação ao eixo afeto, o qual é transmitido à criança e, conseqüentemente, a resposta às suas necessidades. Já a dimensão que trata da exigência, alude-se ao controle do comportamento da criança e das técnicas disciplinares utilizadas pelos adultos. Para esses autores, a integração dessas

dimensões resulta em quatro estilos parentais: 1) autoritativo; 2) autoritário; 3) indulgente; e 4) negligente.

Quadro 4 – Aspectos principais do estilo parental autoritativo.

Conceito	Divisão de responsabilidade.
Ação (cuidadores/alimentadores)	Determinam onde, quando e o que a criança é alimentada e a criança determina quanto comer.
Dimensão (cuidadores/alimentadores)	Responsividade guiando a criança para comer em vez de controlá-la.
Comportamento (cuidadores/alimentadores)	Estabelecem limites, modelam a alimentação apropriada, falam positivamente sobre comida e respondem à criança aos sinais de saciedade.
Organização (cuidadores/alimentadores)	Organiza a programação para induzir o apetite ou recompensa pelos objetivos concluídos, mas não recorre a técnicas coercitivas desagradáveis.
Resultado	Neste estilo de conduta para a alimentação percebe crianças comendo mais frutas, vegetais e laticínios e menos "comida não saudável", com menor risco de ficar acima do peso.

Fonte: Hughs et al. (2005).

Os três estilos parentais restantes (autoritário, indulgente e negligente) geralmente têm consequências negativas. O estilo parental autoritário é mais comum, aproximadamente, metade de todas as mães e uma proporção maior de pais empregam esses métodos. Esses cuidadores ignoram os sinais de fome e saciedade da criança e podem usar força, punição ou recompensas inadequadas para coagir a criança a comer (CONRADE; HO, 2001). Inicialmente, essas práticas podem parecer eficazes, mas são paliativas no decorrer do tempo e tornam-se contraproducentes. O resultado é um ajuste inadequado da ingestão calórica com menos consumo de frutas e vegetais e um maior risco de sobrepeso (HUGHES et al., 2005).

O estilo indulgente atende à criança alimentando-a quando e como ela exige, geralmente preparando alimentos especiais ou múltiplos. Este alimentador sente que é importante conhecer a criança satisfazendo todas as suas necessidades, mas, ao fazê-lo, ignora os sinais de fome/saciedade e não estabelece limites. As consequências dessas práticas alimentares incluem menor consumo de alimentos apropriados (leite, frutas, proteínas) que contêm nutrientes importantes e um consumo desproporcional de itens ricos em gordura, aumentando o risco de excesso de peso (PATRICK; NICKLAS, 2005).

Alimentadores negligentes terceirizam a responsabilidade de alimentar a criança e podem deixar de oferecer comida ou estabelecer limites. Ao alimentar seus bebês no momento da amamentação, eles podem evitar o contato visual e parecer desapegados. Pais negligentes ignoram a criança não somente nos sinais de fome, como em outras necessidades emocionais e físicas. Eles podem ter problemas emocionais, depressão ou outras condições

que tornam difícil para alimentarem seu filho efetivamente. A negligência pode ser grave o suficiente para resultar em falha no desenvolvimento. Em pelo menos um estudo de crianças mais velhas foi constatado um maior risco de obesidade associado a essas práticas alimentares (RHEE et al., 2006).

2.3.2 Tratamento preconizado para as dificuldades alimentares

A primeira infância é um período longo e estruturante para o desenvolvimento de uma vida saudável. É crucial ficar atento aos sinais de alerta sugestivo para um evento potencialmente grave que podem levar a um problema alimentar sério como o distúrbio alimentar pediátrico, sendo determinante para o encaminhamento precoce ao tratamento correto.

A alimentação infantil é influenciada por vários aspectos desde o período fetal com dieta materna influenciando o aroma e odor do líquido amniótico (DOMÍNGUEZ, 2014). Segundo Ventura e Worobey (2013), a presença dos sistemas gustativo e olfativo no útero iniciando por volta das 16 semanas proporciona a oportunidade para um aprendizado sensorial precoce, o qual pode preparar o feto para experiências pós-natal sendo neste período que o bebê conhece o primeiro alimento, leite materno, o qual apresenta influente papel no desenvolvimento do comportamento alimentar.

A criança que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas (prematura) é considerada apresenta imaturidade anatomofisiológica que predispõe a uma série de dificuldades para adaptação e evolução na vida pós-natal. A redução da morbimortalidade neonatal e, conseqüentemente, o aumento significativo da sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo levaram vários autores a identificar esse grupo de crianças como sujeito a desenvolver problemas importantes relacionados à alimentação (PICKLER et al., 2012).

A descrição das dificuldades iniciais e dos padrões de sucção e deglutição nos bebês pré-termo durante o período de hospitalização é conhecida na literatura como imaturidade dos reflexos orais, força reduzida de sucção, grupo reduzido de sucções por pausa, descoordenação da sucção, deglutição e respiração, engasgo, dificuldade de aceitar todo volume alimentar por via oral (VO). As morbidades associadas à prematuridade, como presença da instabilidade clínica do padrão respiratório, do tempo prolongado de intubação e da imaturidade do sistema gastrointestinal, tornam esses bebês incapazes de receber, inicialmente, a alimentação exclusiva por VO. Dessa forma, o uso de via opcional de alimentação, por meio de uso de sonda nasogástrica (SNG) ou orogástrica, torna-se estritamente necessário (CALADO; SOUZA, 2012).

A experiência inicial do processo de alimentação, com o uso de SNG ao nascimento, pode ser precursora para dificuldades nesse processo, como alterações da sensibilidade oral e facial, principalmente em crianças prematuras extremas que a usaram por um período maior do que três semanas (BROWNE; ROSS, 2013). Essa pesquisa aponta que os problemas alimentares podem persistir nessas crianças após a alta hospitalar e podem ter consequências em longo prazo. Exposições frequentes a estímulos sensoriais nocivos que são submetidos como consequência da prematuridade, como intubação, aspiração de vias aéreas superiores, uso de sondas de alimentação, resultam em experiência negativa e, conseqüentemente, a aversão aos estímulos orais pode ser evidenciada nessa população (BROWNE; ROSS, 2013).

Johnson, et al. (2013) por meio de estudo de coorte, aplicou um questionário aos pais, referente ao desenvolvimento das habilidades alimentares, durante os três primeiros anos de vida, em 27 crianças prematuras e 29 crianças do grupo controle (GC). Foram excluídas crianças que apresentavam anormalidades congênitas ou doenças crônicas. O questionário foi aplicado inicialmente no período neonatal, logo após a alta hospitalar, no momento em que eram introduzidos os alimentos sólidos, e aos 36 meses de idade. Com a pesquisa foi possível verificar que 48% das crianças prematuras apresentaram dificuldades alimentares logo após a alta hospitalar, seguidas de tempo prolongado para alimentação (25%), vômitos (22%), pobre ganho de peso (19%) e recusa alimentar (15%).

Pagliari, et al. (2016) relatou no seu trabalho pesquisas que observaram por meio de um estudo exploratório, a associação entre a idade gestacional e o desenvolvimento motor global e a presença de sinais precoces de alteração do desenvolvimento do sistema Miofuncional Orofacial (SMO). O autor inferiu que as dificuldades encontradas no desenvolvimento motor global dos prematuros foram fatores importantes para os déficits do ganho do desenvolvimento do SMO, devido à falta de alongamento, simetria e sinergia dos músculos que compõem o tronco, a cintura escapular e a região cervical.

Já no desenvolvimento infantil durante a transição alimentar que inicia aos 06 meses até os 02 anos e meio pode ocorrer a neofobia alimentar, fenômeno bastante citado nos estudos da nutrição que é definido como uma relutância em comer alimentos desconhecidos (DAMSBO; SVENDSEN et al., 2017). O fenômeno levanta a hipótese de ocorrer devido ao dilema do onívoro, ou seja, na busca pela comida o ser humano se depara com novos alimentos. No entanto, ele tem que se proteger de alimentos potencialmente venenosos, restringindo assim a sua dieta (ARMELAGOS, 2014).

Abaixo, destacam-se alguns sinais importantes que merecem atenção imediata e encaminhamento para investigação aprofundada ou tratamento especializado (LEVINE et al., 2011):

- Atraso no desenvolvimento relacionado ao peso e estatura;
- Sintomas cardiorrespiratórios crônicos;
- Vômitos e diarreia;
- Disfagia por broncoaspiração;
- Dieta seletiva com extrema limitação;
- Tempo de amamentação ou mamadeira prolongado;
- Engasgos como gatilhos antecipatórios de uma incoordenação durante a alimentação;
- Alimentação noturna;
- Falta de alimentação autônoma apropriada a idade da criança;
- Dor ou desconforto aparente com a alimentação;
- Falha no avanço na gradação das texturas alimentares;
- Interrupção abrupta da alimentação após um evento adverso;
- Alimentação nociva (forçada e/ou pressionada);
- Horário das refeições perturbadores e estressante;
- Distração para aumentar a ingestão alimentar;
- Tempo de refeição prolongado acima de 30 minutos.

Ainda sobre o período de transição alimentar entre os 06 meses e os 02 anos e meio, o desenvolvimento motor da criança evolui de forma organizada, sendo cada etapa consequência da precedente e necessária à posterior (ARQUELES et al., 2001). Nos primeiros dois anos padrões progressivos de desenvolvimento motor global e fino e motor oral são pré-requisitos para habilidades de autoalimentação favorecendo o estado nutricional e o crescimento de lactentes (MORRIS, 1991).

Pesquisas demonstram, por exemplo, existir associação entre controle postural e sistema estomatognático e influência recíproca da postura corporal sobre as estruturas orais. Logo, crianças com desordens sensório motoras necessitam de adequado controle para êxito na alimentação (TELLES; MACEDO, 2008).

Segundo Volkert et al., (2019), uma criança que consome alimentos de textura regular deve ser capaz de realizar uma cadeia complexa de respostas interdependentes para ter um desenvolvimento alimentar de sucesso que deve ser iniciado aos 06 meses com estimulações alimentares sistemáticas finalizando com mastigação madura aos 2 anos e meio. Ela deve

fazer incisão (mordida) com os incisivos, mover o alimento para os molares com ajuda dos movimentos laterais de língua para ser mastigado após realizar os golpes mastigatórios bilaterais e direcionar o alimento pulverizado dos molares de volta para língua. Finalizando a etapa da mastigação deve elevar a língua impulsionando o bolo alimentar em direção a faringe para deglutir.

A falha em completar com sucesso uma resposta na cadeia afeta a capacidade da criança de completar as respostas subsequentes, por exemplo, se a mesma não consegue fazer incisão ou se for incapaz de mover os alimentos para os molares precisará fazer ajustes musculares e sensoriais para se alimentar e muitas delas com transtornos alimentares apresentam falhas ou ausência nas etapas que sincronizam a cadeia necessária para consumir alimentos de textura alimentar regular e esperada para idade.

Pesquisas demonstram que a intervenção multidisciplinar intensiva deve ser cada vez mais reconhecida como o padrão de atendimento a crianças com distúrbios alimentares complexos permanecendo a necessidade do desenvolvimento de abordagens e manuais padronizados de tratamento como um pré-requisito necessário para replicar e avaliar o tratamento em diferentes locais - clínicas, casa e hospitais (SHARP et al., 2017).

RESULTADO

#Casa

/Autor

Confirmação de envio

 Imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

ID do manuscrito RBSMI-2022-0336

Título PERFIL PARENTAL SOBRE DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE 06 A 36 MESES

Autores de medeiros almeida nascimento, eugenia
Assunção, Monica
Ramos, Camila Alexandra Vilaça Ramos

Data Enviada 17 de setembro de 2022

3 RESULTADO

3.1 ARTIGO ORIGINAL

PERFIL PARENTAL SOBRE DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE 06 A 36 MESES

Eugenia de Medeiros Almeida Nascimento

eugenia_154_@hotmail.com

Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió,
Alagoas, Brasil.

Monica Lopes de Assunção

monica.assuncao@fanut.ufal.br

Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de
Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil.

Camila Alexandra Vilaça Ramos

camilaramosfono@gmail.com

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente:

Eugenia de Medeiros Almeida Nascimento, Residencial monte verde, quadra T, lote 10, Antares, Maceió-AL. CEP 57048058. eugenia_154_@hotmail.com; 82991747043

NASCIMENTO, E. M. A.; ASSUNÇÃO, M. L.; RAMOS, C. V. A. PERFIL PARENTAL SOBRE DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE 06 A 36 MESES. Revista Científica na qual o artigo foi publicado: Revista Brasileira de saúde Materno Infantil (Classificação B1, segundo os critérios do sistema Qualis da CAPES/Área de Nutrição).

RESUMO

Desenvolvimento alimentar infantil é representado por todas as formas de convívio com o alimento, sendo os pais os observadores do comportamento alimentar em diferentes situações fornecendo informações significativas sobre as dificuldades na alimentação. Estudo objetivou avaliar a associação entre o perfil parental e as dificuldades alimentares em crianças de 6 a 36 meses correlacionando e fundamentando as atitudes para vislumbrar os sinais de alerta sobre problemas relacionados à alimentação nessa faixa etária. Estudo transversal com abordagem quali-quantitativa de 50 díades. Responderam a 51 questões semiestruturadas sobre dados sociodemográficos, perinatais, características específicas da alimentação e comportamental e QEPA-Escala de Estilos Parentais na Alimentação. Os resultados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel e para análise estatística utilizou-se o Jamovi versão 0.9. O perfil são mães com idade entre 30 a 39 anos, ensino superior, renda familiar entre 4 a 10 salários mínimos, criança do sexo masculino nascido a termo, amamentado exclusivo por 06 meses mantendo amamentação entre 24 a 30 meses com manifestações alérgicas sem diagnóstico de refluxo gastroesofágico, iniciando recusa alimentar aos 10 meses com procura do profissional aos 20 meses. Há dificuldade em perceber se existem problemas de mastigação e de distinguir os sinais de saciedade. O estilo parental predominante foi indulgente recorrendo à distração nas horas das refeições.

Palavras-chave: Seletividade alimentar, Estilo parental, Transtorno alimentar infantil.

ABSTRACT

Child feeding development is represented by all forms of living with food, with parents being the observers of eating behavior in different situations, providing significant information about feeding difficulties. A study aimed to evaluate the association between the parental profile and feeding difficulties in children aged 6 to 36 months, correlating and substantiating attitudes to glimpse warning signs about problems related to feeding in this age group. Cross-sectional study with a qualitative-quantitative approach of 50 dyads. They answered 51 semi-structured questions about sociodemographic and perinatal data, specific feeding and behavioral characteristics and the APF-Scale of Parenting Styles in Feeding. The results were tabulated in the Microsoft Office Excel program and for statistical analysis, Jamovi version 0.9 was used. The profile is mothers aged between 30 and 39 years, higher education, family income between 4 and 10 minimum wages, male child born at term, exclusively breastfed for 6 months, breastfeeding for 24 to 30 months with allergic manifestations without diagnosis of gastroesophageal reflux, starting with food refusal at 10 months of age and looking for a professional at 20 months. There is difficulty in noticing if there are problems with chewing and in distinguishing the signs of satiety. The predominant parenting style was indulgent, resorting to distraction at mealtimes.

Keywords: Food fussiness, Parenting styles, Feeding and Eating Disorders of Childhood.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento alimentar na infância é representado por todas as formas de convívio com o alimento, envolvendo desde a interação sem a ingestão até as preferências alimentares, constituindo-se não somente pelo que a criança come, mas pelos demais elementos relacionados e que interferem neste processo como o ambiente das refeições, quem alimenta, a forma como os alimentos são apresentados, o tempo gasto nas refeições; assim como as habilidades motoras e cognitivas adquiridas para o ato de se alimentar (VAZ; BENNEMANN, 2014).

As crianças representam um grupo em desenvolvimento alimentar prioritário devido ao rápido crescimento associado ao processo de maturidade fisiológica. A nutrição adequada nos primeiros dois mil dias de vida (da gestação até os dois anos de idade) é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável, portanto inadequações no consumo de nutrientes neste período podem comprometer o estado nutricional com repercussões danosas às crianças nesta faixa etária (CARVALHO et al., 2015).

A falta da nomenclatura universal para designar as alterações no desenvolvimento alimentar infantil interfere no desenvolvimento de pesquisas científicas, tratamentos preconizados e políticas públicas. Baseado nessa visão, Goday et al. (2019) propõe um termo universal denominado, Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP), tendo como definição a ingestão alimentar oral prejudicada, que não é apropriado para a idade, sendo levados em consideração os aspectos em quatro áreas de domínios estreitamente relacionados e complementares: orgânico, psicossocial, alterações sensório motoras orais condicionando as habilidades para se alimentar e complicações nutricionais, portanto no decorrer do texto onde aparecem dificuldade alimentar subentende-se ser distúrbio alimentar pediátrico.

Diniz et al. (2021) relata que a identificação de dificuldades alimentares são mais altas nas crianças a partir dos seis meses de idade, estando de acordo com o descrito em outros estudos que relatam o início precoce das recusas alimentares (ROMMEL, et al., 2003). De acordo com esses relatos, o início de tais dificuldades ocorrem antes do primeiro ano de vida em 50% das crianças, e aos 18 meses de idade, ou antes, em até 75% das crianças (ROMMEL et al., 2003; WILLIAMS, GIBBONS, SCHRECK, 2005).

Visto que os pais observam o comportamento alimentar de seus filhos ao longo do tempo e em diferentes situações, o relato dos genitores pode fornecer informações significativas sobre as dificuldades de alimentação das crianças (ARVEDSON, 2008).

Os estudos têm destacado importantes associações entre os estilos parentais e o desempenho das crianças em diversas áreas, entre elas a da alimentação (PATRICK;

HENNESSY; CIARROCHI, 2013). O comportamento alimentar sofre forte influência de fatores sociais e individuais incluindo a unidade familiar da criança, as atitudes de pais e amigos perante modos alimentares, os conhecimentos de nutrição por parte dos cuidadores, além da quantidade de comida disponibilizada para a criança. A interação entre pais e/ou cuidadores e filhos no momento da alimentação é um dos principais fatores que influencia no desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais (ABREU, 2010; MAYER, 2011) segundo Hughes et al. (2005), essa interação resulta em quatro estilos parentais: autoritativo, autoritário, indulgente e negligente.

Entendendo a complexidade do processo que envolve a alimentação nos seus aspectos nutricionais, emocionais e comportamentais, esse estudo objetivou traçar o perfil parental dos genitores de crianças de 6 a 36 meses acompanhados em uma clínica especializada para dificuldades alimentares em Maceió-AL, Nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal com abordagem quali-quantitativa. A amostra é não probabilística, isto é, de conveniência, tendo a participação dos pais (pai ou mãe) que, convidados, aceitaram colaborar voluntariamente. Foram recrutados 80 pais dentro dos critérios de inclusão responsáveis por crianças de 6 a 36 meses, com queixas de dificuldades alimentares em processo de avaliação, tratamento ou alta Fonoaudiológica, sendo atendidas centro de referência para dificuldade alimentar na cidade de Maceió/AL. Somente as mães decidiram participar do estudo justificando que eram cuidadoras principais responsáveis pelas crianças, havendo algumas desistências devido o período de pandemia Covid 19 totalizando 50 binômios mãe/crianças.

Os dados referentes aos resultados das variáveis qualitativas e a quantitativa discreta foram tabulados no programa Microsoft Office Excel e para análise estatística das medidas descritivas utilizou-se o Jamovi versão 0.9. O questionário foi elaborado pelas pesquisadoras principais baseados na prática clínica e na revisão de literatura sobre os 4 domínios que influenciam o desenvolvimento alimentar infantil descrito em Goday et al. (2019), totalizando 51 itens. Dos 51 itens coletados foram 8 dados de identificação e 3 de características sociodemográficas para caracterizar a amostra, 9 itens referindo às questões perinatais das crianças e 31 questões sobre alimentação sendo 18 questões sobre características específicas da alimentação e 13 questões referindo às características comportamentais pais/crianças durante a alimentação. As mães responderam a 51 questões semiestruturadas e a Escala de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA). Esta última tem como objetivo identificar o estilo

parental utilizado pelo respondente no momento da alimentação de seus filhos (CAUDURO; REPPOLD; PACHECO, 2017).

O QEPA é um questionário de autorrelato, composto por dezenove itens, dividido em duas partes sendo sete itens centrados na criança e doze centrados nos pais, avaliados por uma escala *likert* de cinco pontos (de nunca a sempre). Utilizando esse tipo de pontuação, são obtidos dois escores, de exigência e de responsividade, por meio de dois cálculos de médias. A exigência é calculada a partir da média dos resultados dos dezenove itens, enquanto a responsividade pode ser calculada pela média dos resultados de sete itens específicos (3, 4, 6, 8, 9, 15, 17) e dividida pela média geral do instrumento utilizando como pontos de corte 2,80, para dimensão exigência e 1,16, para a dimensão responsividade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CAEE 3.775.130), todas as mães incluídas na pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a participação no estudo.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Neste estudo, foram coletados dados de 50 binômios (mãe/criança) constituindo uma amostra homogênea já que todas as crianças apresentavam queixas de dificuldades alimentares em processo de avaliação, tratamento ou alta fonoaudiológica. As características sociodemográficas dos responsáveis pelas crianças investigadas constam na Tabela 1.

Tabela 1- Características sociodemográficas dos responsáveis pelas crianças atendidas em um Centro de Referência para Dificuldade Alimentar – Maceió/AL, Brasil 2020.

VARIÁVEL	N	%
Parentesco Mãe	50	100
Idade Materna		
20 a 29 anos	06	12
30 a 39 anos	39	78
40 a 49 anos	05	10
Escolaridade		
Ensino superior	50	100
Renda Familiar		
02 a 04 salários	03	06
04 a 10 salários	26	52
10 a 20 salários	14	28
Acima de 20 salários	07	14

Nº Membros da Família		
3	29	58
4	17	34
5 +	04	08
Idade gestacional		
A termo	47	94
Pré termo	03	06

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Características clínicas das crianças atendidas em um Centro de Referência para Dificuldade Alimentar em Maceió/AL revelam 56%(28) do gênero masculino com 92%(46) da amostra sem ter histórico de internação, 96%(48) sendo amamentada, 60%(30) com relatos de diagnósticos de alergias com manifestações dermatológicas, respiratórias ou gastrointestinais e 64%(32) sem diagnóstico de refluxo gastroesofágico.

A idade das crianças atendidas 42% (21) são maiores que 30 meses, 28% (14) são maiores ou igual a 24 e menores que 30 meses, 20% (10) são maiores ou igual a 12 e menores que 24 meses e por fim 10% (05) são menores que 12 meses mantendo média 25,87 meses, desvio 6,75 e mediana 32,5 meses.

Demonstrando a dificuldade entre o início da idade de recusa alimentar com o valor de mediana iniciando aos 10 meses, sendo que a idade em que os pais procuraram avaliação profissional foi próximo aos 21 meses, ou seja, essa disparidade entre início das recusas e a procura do profissional são determinantes para o prognóstico terapêutico.

Confirmando com o estudo de Rammel et al. (2003) que relata o início das dificuldades alimentares ocorre antes do primeiro ano de vida em 50% das crianças, e Williams et al. (2005) aos 18 meses de idade ou antes em até 75% das crianças.

Tabela 2 - Características alimentares das crianças atendidas em um Centro de Referência para Dificuldade Alimentar – Maceió/AL, 2020.

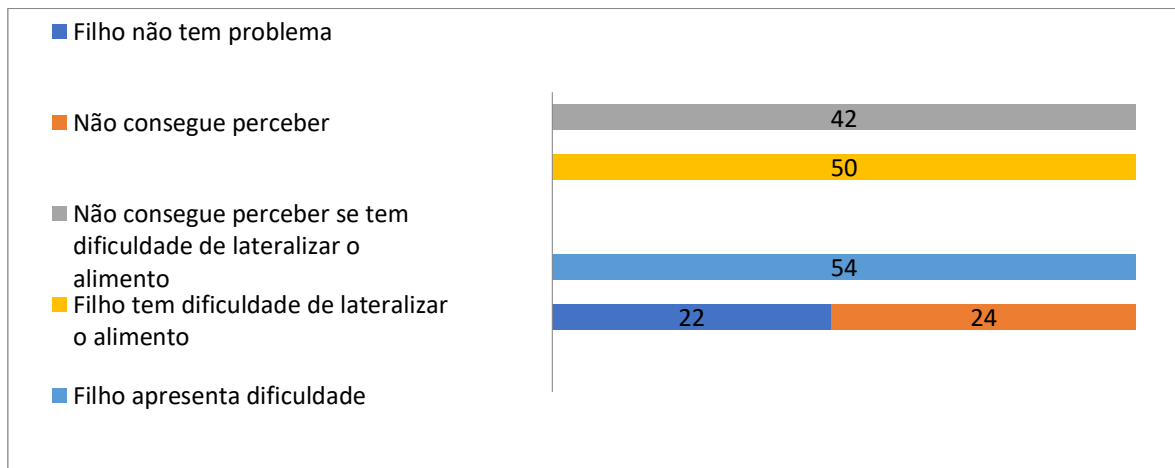
Variável	Desvio	Média	Mediana	Valor máx.	Valor mín.
Introdução alimentar	0,72	5,92	6	9	4
Idade iniciou recusa alimentares	6,24	12,46	10	30	6
Idade da avaliação	9,58	20,94	20,50	36	7

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

O resultado demonstra que 88% da amostra (44) apresenta amamentação exclusiva menor ou igual há 6 meses com DP (2,06), mediana (6) e média de 4,55 meses e 4% da

amostra manteve amamentação exclusiva acima de 6 meses e 6% com aleitamento misto desde início da vida. Em relação à idade que a criança permanece em amamentação 35,7% (05) foram maiores ou iguais 24 e menores que 30 meses no universo de 14 crianças e 19,04% (05) permanecem em amamentação com idade maior que 30 meses dentro do total de 21 crianças.

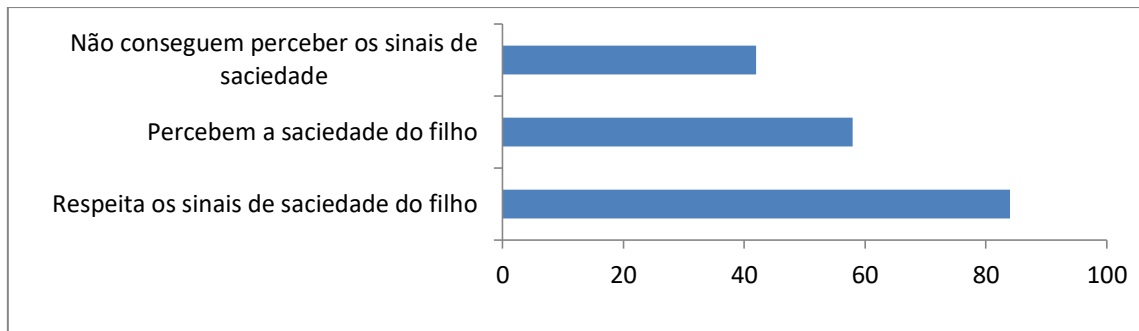
Figura 1- Percepção parental do padrão mastigatório do filho.



Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Diante da Figura 1 que demonstra relato parental de dificuldade mastigatória em 54% das crianças avaliadas pode-se concluir que há correlação direta entre as situações: filhos ingerem alimentos sem mastigar bastante (78%), selecionam alimentos pela consistência (98%) selecionam em maior proporção refeições com consistência molhadas pastosas/com caldos (98%). Em relação às reações infantis diante dos alimentos, as mesmas variam de náusea (34%) e cuspir a comida (78%), sendo a refeição do almoço referida como a mais difícil (64%) mantendo a mesma proporção para jantar e café da manhã (16%) com (74%) da amostra sem demonstrar prazer alimentar.

Figura 2 – Percepção parental sobre os sinais de saciedade do filho durante as refeições.



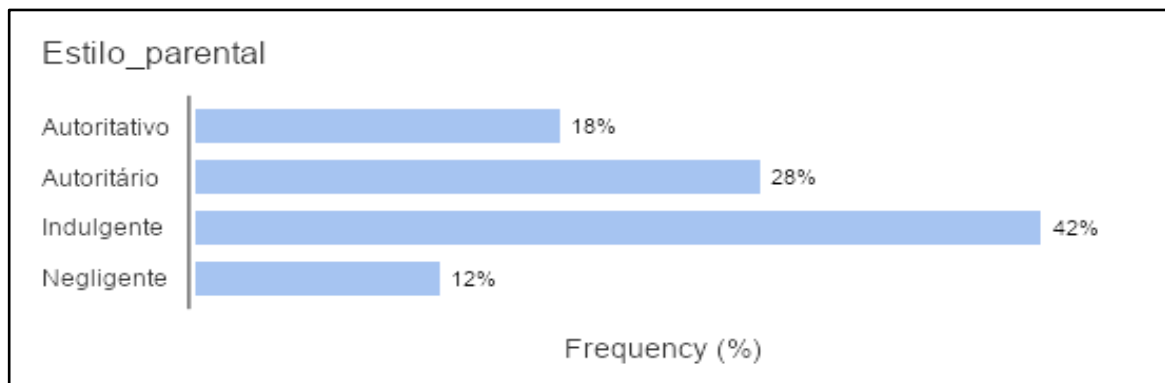
Fonte: dados da pesquisa, 2021.

As respostas próximas demonstradas na Figura 2 em perceber sinais de saciedade (58%), não conseguir perceber os sinais de saciedade (42%) e respeitar esses sinais de saciedade (84%) sem insistir, barganhar ou pressionar seus filhos para aumentar ingestão alimentar revela como é complexa a relação entre os aspectos comportamentais e culturais sobre as práticas parentais em relação à alimentação.

Nossa amostra revela que 74% de um familiar próximo (pai, mãe ou tio) apresentou dificuldade alimentar enquanto criança, portanto sabe-se que o comportamento alimentar recebe forte influência de fatores sociais e individuais, neste cenário, inclui-se toda a unidade familiar, considerando a atitude dos cuidadores (pais, avós, tios) perante os aspectos alimentares.

Ao solicitar uma nota dentro de uma escala de 0 a 10 diante dos momentos de refeição em família o valor máximo foi de 8, mínimo com valor de 0 e a média foi de 3,74.

Figura 3 - Estilo parental.



Fonte: dados da pesquisa, 2021.

O resultado demonstrado na figura 3 mostra a predominância do estilo parental indulgente (42%) apresentado pela genitora no momento da alimentação de seus filhos, podendo ter sofrido influência desses fatores individuais no desenvolvimento do seu comportamento alimentar.

Esse estilo parental Indulgente tende alimentar a criança quando ela exigir, geralmente preparando alimentos especiais ou múltiplos. Esta genitora sente que é mais importante conhecer a criança satisfazendo todas as suas necessidades, mas, ao fazê-lo, ignora os sinais de fome/saciedade e não estabelece limites (PATRICK; NICKLAS, 2005). As atitudes parentais diante das dificuldades alimentares demonstram que 76% dos Pais recorrem às distrações como celular, brinquedos e televisão durante as refeições.

Os achados demonstram a flutuação dentro dos estilos parentais confirmado no dado da amostra que 30% dos avaliados apresentaram mudanças na forma de alimentar seus filhos, sendo por ordem cronológica observada os seguintes ajustes parentais: liquidificou a comida, deixou de oferecer o alimento recusado, forçou aceitação alimentar, pressionou aceitação alimentar e por fim procurou ajuda de um profissional. Conhecer o estilo parental ajudará nas estratégias terapêuticas de enfrentamento da família diante das dificuldades alimentares de seus filhos.

CONCLUSÃO

O perfil da amostra aqui revelado se configura como mães com idade entre 30 a 39 anos, ensino superior, renda familiar entre 4 a 10 salários mínimos com família contendo 3 membros, criança do sexo masculino nascido a termo de parto cesariano, amamentado exclusivo por 6 meses mantendo amamentação entre 24 a 30 meses com manifestações alérgicas sem diagnóstico de refluxo gastroesofágico com média de idade de 32 meses iniciando recusa alimentar aos 10 meses com procura do profissional para avaliação aos 20 meses.

As mães apresentam dificuldade em perceber se seu filho tem problemas de mastigação e de distinguir os sinais de saciedade. O estilo parental predominante foi indulgente seguido de autoritário e negligente, ou seja, realiza práticas pouco produtoras diante das reações de recusa dos filhos durante as refeições ignorando os sinais de fome/saciedade ou não estabelece limites. Realiza mudanças na forma de alimentar diante da recusa como liquidificar a comida, deixar de oferecer o alimento recusado, forçar e pressionar

aceitação alimentar e por fim procurar ajuda de um profissional recorrendo à distração nas horas das refeições como celular, brinquedos e televisão. Apresentou um familiar próximo (pai, mãe ou tio) com dificuldade alimentar enquanto criança, classificando os momentos de refeição em família com média de 3,74 dentro de uma nota entre 0 a 10.

Esse perfil pode servir de base para construção de um protocolo de rastreio preventivo da DAP, o que é de grande importância como uma estratégia para promover intervenções adequadas de maneira precoce. Devido à alta prevalência e das consequências negativas das dificuldades alimentares, torna-se necessário que os profissionais da saúde tenham acesso a instrumentos de rastreio, válidos e confiáveis, de aplicabilidade clínica e que possam identificar rapidamente as queixas dos pais ou responsáveis sobre as dificuldades alimentares de seus filhos (BERLIM et al., 2010; RAMSAY et al., 2011). Dessa forma, o encaminhamento para especialistas poderá ser realizado o mais precocemente possível à medida que o problema for identificado (RAMSAY, 2011; VAN DIJK et al., 2011).

Conhecer o perfil parental é de fundamental importância para que os profissionais de saúde conheçam a família e identifiquem as dificuldades alimentares infantis promovendo de maneira precoce o direcionamento das crianças de maneira hábil e produtiva ao tratamento preconizado com intervenções específicas se alinhando a faixa etária mais próxima do conceito dos primeiros mil dias de vida.

Como orientação os autores desse estudo sugerem após detectar a queixa parental em DA, fazer anamnese detalhada do desenvolvimento infantil, aplicar o protocolo experimental realizando os direcionamentos preconizados e para a equipe especializada além das avaliações específicas multiprofissionais, aplicar o QEPA que será útil nas estratégias de intervenção e adesão ao tratamento pelos pais.

REFERÊNCIAS

- ARVEDSON, J. C. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. **Developmental Disabilities Research Reviews**, v.14, p. 118-27, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18646015/>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- BERLIN, K. S. et al. Assessing children's mealtime problems with the mealtime behavior questionnaire. **Child Health Care**, v. 39, p. 142-156, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02739611003679956>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- BHUTTA, Z. A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **Lancet**, v.371, p. 417-440, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18206226/>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- CAUDURO, G. N.; REPPOLD, C. T.; PACHECO, J. T. B. Adaptação transcultural do questionário de estilos parentais na alimentação (QEPA). **Avaliação Psicológica**, Londrina, v.16, n.3, p. 293-300, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v16n3/06.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- DINIZ, P. B.; FAGONDES, S. C.; RAMSAY, M. Cross-cultural adaptation and validation of the montreal children's hospital feeding scale into Brazilian Portuguese. **Revista Paulista de Pediatria**, v.39, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019377>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- ESTREM, H. H. et al. It's a long-term process: description of daily family life when a child has a feeding disorder. **J Pediatr Health Care**. 2018, 32:340-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.12.002>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- FISHBEIN, M.; BENTON, K.; STRUTHERS, W.P. Mealtime disruption and caregiver stress in referrals to an outpatient-feeding clinic. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 40, p. 636-645, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0148607114543832>. Acesso em: 29 out. 2021.
- GODAY, P.S. et al. Child eating disorder: definition of consensus and conceptual framework. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 68, n. 1, p. 124-129, jan. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_083919.pdf. Acesso em: 28 nov. 2019.
- JAAFAR, N. H. et al. Parent-report instruments for assessing feeding difficulties in children with neurological impairments: a systematic review. **Dev Med Child Neurol**, 61: 135-144, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dmcn.13986>. Acesso em: 28 nov. 2019.
- KERZNER, B. et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *pediatrics*. v. 135, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.portaped.com.br/wp-content/uploads/2018/02/Kerzner-e-Chattoor.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2021.
- LYNDA, A. A.; PETER, L. R.; DAVID L. S. The Children's Eating Behavior Inventory: Reliability and Validity Results. **Journal of Pediatric Psychology**, v.16, n.5, p.629-642, Oct. 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/16.5.629>. Acesso em: 29 out. 2021.

- MANIKAM, R.; PERMAN, J. A. Pediatric feeding disorders. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 30, n. 1, p. 34-36, jan. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10636208/>. Acesso em: 29 out. 2021.
- PADOS, B. F.; THOYRE, S. M.; PARK J. Age-based norm-reference values for the Pediatric Eating Assessment Tool. **Pediatric Research**, v. 84, p. 233-239, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41390-018-0067-z>. Acesso em: 29 out. 2021.
- RAMOS, C. C. et al. Delayed development of feeding skills in children with feeding difficulties: cross-sectional study in a Brazilian reference center. **Front Pediatr**. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00229>. Acesso em: 29 out. 2021.
- RAMSAY, M. et al. The Montreal children's Hospital feeding scale: a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. **Pediatric Child Health**, v. 16, p.147-151, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pch/16.3.147>. Acesso em: 29 out. 2021.
- ROMMEL, N. et al. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 37, p. 75-84, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005176-200307000-00014>. Acesso em: 29 out. 2021.
- SEIVERLING, L.; HENDY, H. M.; WILLIAMS, K. The screening tool of feeding problems applied to children (STEP-CHILD): psychometric characteristics and associations with child and parent variables. **Research in Developmental Disabilities**, v.32, p. 1122-1129, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.012>. Acesso em: 29 out. 2021.
- STEPHANIE L. A. et al. Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale in Young Children With Autism Spectrum Disorder: Psychometrics and Associations With Child and Parent Variables. **Journal of Pediatric Psychology**, v.40, n.6, p.581-590, Jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv006>. Acesso em: 29 out. 2021.
- THOYRE, S. M. et al. Development and content validation of the pediatric eating assessment tool (Pedi-EAT). **American Journal of Speech-Language Pathology**, v.23, p. 46-59, 2014. Disponível em: [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2013/12-0069\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2013/12-0069)). Acesso em: 29 out. 2021.
- THOYRE, S. M. et al. The pediatric eating assessment tool: factor structure and psychometric properties. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 66, p. 299-305, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001765>. Acesso em: 29 out. 2021.
- VAN DIJK, M. et al. Towards the development of the Dutch screening instrument for the detection of feeding problems in young children. **Netherlands Journal of Psychology**, v. 66, p. 112-120, 2011. Disponível em: <https://research.rug.nl/en/publications/towards-the-development-of-a-dutch-screening-instrument-for-the-d>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- VAZ, D. S. S.; BENNEMANN, R. M. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista Uningá Review**, v. 20, n. 1, out. 2014. Disponível em:

<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557>. Acesso em: 10 jun. 2021.

WILLIAMS, K. E.; GIBBONS, B.G.; SCHRECK, K. A. Comparing selective eaters with and without developmental disabilities. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, v.17, p. 299-309, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10882-005-4387-7>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se alta prevalência de distúrbios alimentares infantis que são percebidos ou diagnósticos de maneira tardiamente situação que necessita ser revertido o mais rápido possível, devido aos sérios prejuízos à saúde e qualidade de vida de crianças e pais interferindo no saudável desenvolvimento alimentar.

Assim, pode-se inferir que a identificação precoce por meio dos sinais de risco rastreados nas crianças e nas percepções parentais são cruciais para os encaminhamentos profissionais a fim de iniciar precocemente o tratamento preconizado para os distúrbios alimentares infantis.

REFERÊNCIAS

5 REFERÊNCIAS

- ABREU, J. C. R. **Obesidade infantil**: Abordagem em contexto familiar. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54610/3/136640_1002TCD02.pdf. Acesso em: 21 nov. 2020.
- AMMANITI M, LUCARELLI L, CIMINO S, D'OLIMPIO F, CHATOOR I. Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *Int J Eat Disord*. 2012 Mar;45(2):272-80. doi: 10.1002/eat.20925. Epub 2011 Apr 14. PMID: 21495054.
- ARMELAGOS, G.J. The Omnivore's Dilemma: the evolution of the brain and the determinants of food choice. **Journal of Anthropological Research**, v.66, n. 2, 2010. Disponível em: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.3998/jar.0521004.0066.201>. Acesso em: 21 ago. 2020.
- ARQUELES, P.P.; ALMIRALL, C.B.; METAYER, M.; SANCLEMENTE, M.P. **A fonoaudiologia na paralisia cerebral**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2001.
- ASHA. American Speech-Language-Hearing Association. **Diretrizes de revisão médica modelo para serviços de disfagia**, 2004. Disponível em: <http://www.asha.org/uploadedfiles/practice/reimbursement/medicare/DunCorpDysphHCE.pdf>. Acesso em: 03 de jul. 2020.
- BECKER P.J. et al. Declaração de consenso da Academia de Nutrição e Dietética / Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral: indicadores recomendados para identificação e documentação de desnutrição pediátrica (subnutrição). **Jornal da Academia de Nutrição e Dietética**, v. 114, ed. 12, 2014, p. 1988-2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212267214013598>. Acesso em: 03 de jul. 2020.
- BENFER, K.A. et al. Oropharyngeal dysphagia and gross motor skills in children with cerebral palsy. **Pediatrics**. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23589816/>. Acesso em: 03 de jun. 2020.
- BROWNE, J.V.; ROSS, E,S. Feeding outcomes in preterm infants after discharge from the neonatal intensive care unit (NICU): a systematic review. **Newborn Infant Nurs Rev**. v. 13, 2013, p. 87-93. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1527336913000317>. Acesso em: 07 de jun. 2020.
- CALADO, D.F.; SOUZA, R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não nutritiva. **Rev. CEFAC**, v. 14, n. 1, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000100021. Acesso em: 15 fev. 2020.
- CARVALHO, C. A. et al. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de pediatria**, São Paulo, v. 33, n.2, p.211-221, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n2/pt_0103-0582-rpp-33-02-00211.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

- CAUDURO, G. N.; REPPOLD, C. T.; PACHECO, J. T. B. Adaptação transcultural do questionário de estilos parentais na alimentação (QEPA). **Avaliação Psicológica**, Londrina, v.16, n.3, p. 293-300, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v16n3/06.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2019.
- CHANDRAN, J.J.; ANDERSON, G.; KENNEDY, A.; KOHN, M.; CLARKE, S. Degeneração subaguda combinada da medula espinhal em um adolescente do sexo masculino com transtorno de ingestão de alimentos evitativo/restritivo: relato de caso clínico. **Int J Eat Disord**. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26311292/>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- CONRADE, G.; HO, R. Differential parenting styles for fathers and mothers; differential treatment for sons and daughters. **Aust J Psychol**. 2001. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2001-06353-007>. Acesso em: 16 maio 2019.
- CRAPNELL, T. L. et al. Factors associated with feeding difficulties in the very preterm infant. **Acta Paediatrica**, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.12393>. Acesso em: 16 maio 2019.
- DAMSBO-SVENDSEN, M.; FROST, M.B.; OLSEN, A. Review of instruments developed to measure food neofobia. **Appetite**, 2017, v. 113, p. 358-367. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666317302878>. Acesso em: 16 maio 2019.
- DODRILL, P. Feeding problems and oropharyngeal dysphagia in children. **Journal of Gastroenterol Hepatol Research**. v. 3, n. 5, 2014. Disponível em: <http://www.ghrnet.org/index.php/joghr/article/view/694/810>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- DOMÍNGUEZ, P. R. Development and Acquisition of Flavor and Food Preferences in Children. **Journal of Food Research**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b005/4af89c4d2bf0d6e2f7aafce4dafebe9c9423.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- FARROW, C.V.; COULTHARD, H. Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. **Appetite**. v. 58, 2012, p. 842-846. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666312000189>. Acesso em: 24 nov. 2020.
- FERRIOLLI, B. H. V. M. Associação entre as alterações de alimentação infantil e distúrbios de fala e linguagem. **Rev. CEFAC [online]**. 2010, v.12, n.6, p.990-997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462010000600010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2020.
- FIELD, D.; GARLAND, M.; WILLIAMS, K. Correlates of specific childhood feeding problems. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 2003, p. 299–304. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462010000600010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2020.
- GODAY, P.S. et al. Child eating disorder: definition of consensus and conceptual framework. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**. January 2019; 68 (1): 124-129. Disponível em:

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_083919.pdf. Acesso em: 28 nov. 2019.

HUGHES S. P. T; FISHER, J. M. S.; NICKLAS, T. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, 2005. IN: HUGHES, S.O. et al. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. **Appetite**. 2005, p. 83–92.

JONSSON, M.; VAN DOORN, J.; VAN DEN BERG, J. Parents' perceptions of eating skills of pre-term vs full-term infants from birth to 3 years. **Int J Speech Lang Pathol**. 2013. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/17549507.2013.808699>. Acesso em: 20 nov. 2020.

KERZNER, B. et al. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. **Pediatrics**. v. 135, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.portalped.com.br/wp-content/uploads/2018/02/Kerzner-e-Chattoor.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LOLLAR, D. J.; SIMEONSSON, R. J. Diagnosis to function: classification for children and youths. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, n. 26, 2005, p. 323– 330. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16100508/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LUKENS, C. T.; SILVERMAN, A. H. Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. **Journal of Pediatric Psychology**, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu040>. Acesso em: 15 jul. 2020.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: **DSM-5**. [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. – 5 ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MAYER, A. **As relações entre família, escola e o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade infantil**. 2011. 164f. (Pós-graduação em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.ppge.ufpr.br/dissertacoes%20m2011/m2011Ana%20Paula%20Franco%20Mayer.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MEHTA, N. M.; CORKINS, M. R.; LYMAN, B. Definindo desnutrição pediátrica: uma mudança de paradigma para definições relacionados com etiologia. **JPEN J Parenter Enteral Nutr**, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23528324/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MORRIS, S. E. A profile of the development of oral motor skills in early infancy - birth to 12 months, (manual). **Faber VA**, 1991.

MUSSATTO, K. A.; HOFFMANN, R. G.; HOFFMAN, G. M. Risk and prevalence of developmental delay in young children with congenital heart disease. **Pediatrics**, 2014.

Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/133/3/e570>. Acesso em: 20 ago. 2020.

NAISH, K. R.; HARRIS, G. Food intake is influenced by sensory sensitivity. **PLoS One**, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043622>. Acesso em: 20 ago. 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde, **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

PAGLIAROA, C.L.; BÜHLER, K.E.B.; SILVIA, M.I.; LIMONGI, S.C.O. Dietary transition difficulties in preterm infants: critical literature review. **J Pediatr**. v. 92, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553615001585>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PATRICK, H.; NICKLAS, T. A. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. **J Am Coll Nutr**. 2005. 24(2):83-92. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15798074/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PATRICK, H.; HENNESSY, E.; MCSPADDEN, K.; OH, A. Parenting styles and practices in children's obesogenic behaviors: Scientific gaps and future research directions. **Childhood Obesity**. 2013. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/chi.2013.0039>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PICKLER, R.H. et al. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**. v. 76, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1527336912001183>. Acesso em: 14 nov. 2020.

Resolução Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 383, de 20 de março de 2010. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_383_10.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

RHEE, K.E. et al. Parenting styles and overweight status in first grade. **Pediatrics**. 2006. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/117/6/2047.short>. Acesso em: 14 nov. 2020.

SHARP, W.G. et al. Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. **Clin. Criança Fam Psychol Rev.**, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20844951/>. Acesso em: 05 nov. 2020.

SHARP, W.G. et al. Assessment of feeding disorders in ASD: a multidisciplinary approach. **Handbook of assessment and diagnosis of autism spectrum disorder**. 2016. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-27171-2_17. Acesso em: 05 nov. 2020.

SHARP, W.G. et al. A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: How standard is the standard of care? **Journal of Pediatrics**. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347616310599>. Acesso em: 05 nov. 2020.

SHARP, W.G. et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a metaanalysis and comprehensive review of the literature. **Journal of Autism Dev Disord**. 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-013-1771-5>. Acesso em: 05 out. 2020.

SHARP, W.G. et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? **J Pediatr**. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347616310599>. Acesso em: 20 out. 2020.

SHMAYA, Y.; EILAT-ADAR, S.; LEITNER, Y. Nutritional deficiencies and overweight prevalence among children with autism spectrum disorder. **Res Dev Disabil**. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422214005034>. Acesso em: 18 ago. 2020.

TELLES, M.S.; MACEDO, C.S. Relação entre desenvolvimento motor corporal e aquisição de habilidades orais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250990765_Relacao_entre_desenvolvimento_motor_corporal_e_aquisicao_de_habilidades_orais. Acesso em: 18 ago. 2020.

VAL, D.C.; LIMONGI, S.C.O.; FABIANO F.C.; SILVA, K.C.L. Sistema estomatognático e postura corporal na criança com alterações sensório-motoras. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-56872005000300008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 26 jul. 2020.

VAZ, D.S.S.; BENNEMANN, R.M. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista Uningá Review**, v. 20, n. 1, out. 2014. ISSN 2178-2571. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557>. Acesso em: 25 out. 2020.

VENTURA, A.K.; BIRCH, L. Does parenting affect children's eating and weight status? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. 2008. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-5-15>. 25 out. 2020.

VENTURA, A. K.; WOROBEY, J. Early Influences on the Development of Food. **Review Preferences**. v.23, n.9, p. 401-408. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096098221300208X>. Acesso em: 28 ago. 2020.

VOLKERT, V.M.; PATEL, M.R.; PETERSON, K.M. Food refusal and selective eating. In: **Behavioral health promotion and intervention in intellectual and developmental Disabilities**. 2016. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-27297-9_7. Acesso em: 8 nov. 2020.

VOLKERT, V. M.; et al. Modified-Bolus Placement as a Therapeutic Tool in the Treatment of Pediatric Feeding Disorders: Analysis From a Retrospective Chart Review. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 62, 2019. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-27297-9_7. Acesso em: 4 nov. 2020.

WEST, J.F.; REDSTONE, F. Alignment during feeding and swallowing does it matter? A review. **Perceptual and Motor Skills**. 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8642303_Alignment_during_Feeding_and_Swallowing_Does_it_Matter_A_Review. Acesso em: 4 nov. 2020.

WHO. Classifications. **International Classification of Diseases (ICD)**. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 20 nov. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa, *Percepção dos pais sobre dificuldades alimentares em criança de 06 a 36 meses, desenvolvida pelos pesquisadores*: A discente do Mestrado em Nutrição, pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Eugenia de Medeiros Almeida Nascimento, sob orientação da Professora. Dra. Monica Lopes de Assunção e Coorientação da Ms. Camila Alexandra Vilaça Ramos.

O estudo se destina a investigar a percepção dos pais sobre dificuldades alimentares em crianças de 6 a 36 meses. Podem participar da pesquisa pais maiores de 18 anos, que cuidam de crianças dentro dessa idade, com desenvolvimento dentro dos padrões esperados. Não podem participar da pesquisa pais de crianças hospitalizadas, que sejam portadoras de doenças crônicas neurodegenerativas, crianças em recuperação de pós-operatório, dentro do transtorno do espectro autista (TEA) e sindrômicas.

A importância deste estudo é a de que aproximadamente 25% de todas as crianças experimentam algum tipo de problemas alimentares durante os primeiros anos de vida, portanto os resultados que se desejam alcançar com esse formulário é rastrear de maneira preventiva quais as principais dificuldades que as crianças e os pais encontram durante as refeições, podendo assim construir um guia para ajudar os profissionais a perceber essas dificuldades alimentares em tempo hábil encaminhando a criança e a família ao tratamento correto. A coleta de dados começará após liberação do comitê de ética da Ufal (dezembro) e terminará em fevereiro de 2019.

Apesar dos riscos serem mínimos durante a entrevista, os participantes podem sentir algum constrangimento ao responder as perguntas por lembrar questões emocionais referente à alimentação de seus filhos. As respostas ao formulário são confidenciais e a privacidade das informações prestadas serão guardadas em sigilo, mas há um risco mínimo de serem perdidas ou furtadas. Para minimizar esses riscos a entrevista acontecerá numa sala confortável com total privacidade e os dados analisados somente pelas pesquisadoras e o resultado divulgado por meio de artigo científico. Será interrompida a entrevista sempre que o participante se sentir mal voltando em um momento posterior quando ele se sentir mais tranquilo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você será indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal) e ressarcido de qualquer gasto financeiro referente à pesquisa. Ao responder a pesquisa será considerado que concorda com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido recebendo uma cópia assinada por todos.

Eu....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço das responsáveis pela pesquisa

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Faculdade de Nutrição.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro dos Martins.

Complemento: *Campus A. C. Simões*

Cidade: Maceió - AL

CEP: 57072-900

Telefone: 3.214-1158

Ponto de Referência: Cidade Universitária

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com Telefone: 3.214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00.

Maceió, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica do (a) voluntário (a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas

Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO****1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- 1.1 Nome da criança: _____
- 1.2 Nome de quem está respondendo o formulário: _____
- 1.3 Parentesco: _____
- 1.4 Sexo da criança: () Masculino () Feminino
- 1.5 Idade da criança: _____
- 1.6 Idade do informante: _____
- 1.7 Telefone para contato: (____) _____
- 1.8 Endereço: _____
-

2 DADOS SOCIOECONÔMICOS

- 2.1 Número de Membros da Família: _____
- 2.2 Classe social da família:
- () Acima de 20 salários mínimos
 - () De 10 a 20 salários mínimos
 - () De 4 a 10 salários mínimos
 - () De 2 a 4 salários mínimos
 - () Até 2 salários mínimos
- 2.3 Qual sua escolaridade?
- () Ensino Fundamental completo

- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Superior completo
- Ensino Superior incompleto
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

3 DADOS PERINATAIS

- 3.1 Nasceu a termo ou foi prematuro? A termo Prematuro de ____ semanas.
- 3.2 Apresentou algum problema após o parto que necessitou de internação?
Sim Não
Em caso afirmativo o que? _____
- 3.3 Foi amamentado? Sim Não Quanto tempo AME _____()
Não se aplica;
- 3.4 Se sim, qual idade aconteceu desmame? _____
- 3.5 A criança apresenta hábitos deletérios? Se sim, qual?
 chupeta
 dedo
 não apresenta
- 3.6 O que a criança colocava na boca na fase oral de 04 meses a 2anos?
 mordedor
 brinquedos
 outros objetos
 não teve uma boa fase oral
- 3.7 A criança apresenta alergia? Sim Não
- 3.8 Quais as manifestações apresentadas pela alergia?
 gastrointestinal
 respiratória
 dermatológica
- 3.9 A criança foi diagnosticada com Refluxo Gastresofágico?
 Sim Não

4 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DA ALIMENTAÇÃO

- 4.1 A idade que começou a introdução alimentar? _____
- 4.2 De que forma os alimentos foram oferecidos na introdução alimentar?
- pedaços
- amassados
- liquidificado/peneirado
- Por que?
- _____
- _____
- 4.3 Qual a idade que foi observada às queixas de recusa alimentar? (em meses, ex.: 1 ano = 12 meses, 2 anos e 1 mês = 25 meses, 3 anos = 36 meses, etc.) _____
- 4.4 Quais as texturas alimentares com maior dificuldade na introdução alimentar? Pode assinalar mais de uma opção:
- Pastoso (iogurtes, comidas amassadas etc.)
- Sólido macios (frutas, macarrão etc.)
- Líquido
- Grãos (feijão, arroz etc.)
- Fibroso (carnes)
- Como você percebia essa dificuldade? _____
- _____
- 4.5 A criança apresenta dificuldades para mastigar alimentos? Sim Não
- 4.6 Dificuldade para abrir a boca totalmente? Sim Não
- 4.7 Mastiga alimentos com a boca aberta? Sim Não
- 4.8 Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro da boca com a língua? Sim Não não consigo perceber
- 4.9 Dificuldade ao sugar alimentos usando canudos ou mamadeira?
- Sim qual? _____ Não
- 4.10 Engole os alimentos sem mastigá-los bastante? Sim Não
- 4.11 Engasga com os alimentos? Sim Não
- 4.12 Precisa beber um líquido para ajudar a engolir a comida? Sim Não

- 4.13 Seleciona alimento por cor? () Sim () Não
- 4.14 Seleciona alimento ou rejeita em função da consistência? () Sim () Não
- 4.15 Seleciona ou rejeita refeições molhadas? () Sim () Não
- 4.16 Seleciona ou rejeita alimentos crocantes? () Sim () Não
- 4.17 Nauseia com a comida? () Sim () Não
- 4.18 Qual refeição mais difícil para criança?
- () café da manhã
- () almoço
- () lanche
- () jantar
- Por que? _____

5 ASPECTOS COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO

- 5.1 Sua criança apresenta prazer alimentar? () Sim () Não
- 5.2 Sua criança senta para comer? () Sim () Não
- 5.3 Sua criança cospe a comida? () Sim () Não
- 5.4 Você percebe quando sua criança está saciada (já comeu o suficiente)?
- () Sim () Não
- 5.5 Como você percebe?
- _____
- 5.6 Você respeita os sinais de saciedade do seu filho? () Sim () Não
- 5.7 Você usa distratores para melhorar a aceitação alimentar da criança?
- () Sim () Não
- 5.8 Se sim, quais? Pode assinalar mais de uma opção.
- () celular
- () tv
- () brinquedo
- () tablets
- 5.9 Quais foram as atitudes quando sua criança apresentou recusas alimentares? Pode assinalar mais de uma opção:
- () Liquidificou a comida
- () Deixou de oferecer os alimentos recusados
- () Forçou a aceitação dos alimentos

Pressionou para aceitar os alimentos

Procurou ajuda de um profissional de saúde

Por que? _____

5.10 Qual profissional de saúde foi procurado? Pode assinalar mais de uma opção por ordem cronológica:

Pediatra

Nutricionista

Fonoaudiólogo

Psicólogo

Terapia ocupacional

Não procurei ajuda

5.11 Seu pediatra encaminhou para outro profissional de saúde para investigar as queixas sobre alimentação? Sim _____ Não

5.12 Qual a idade que a criança tinha quando foi para um profissional de saúde? _____ anos.

5.13 Como você classificaria a hora da refeição com a criança?

5.14 Qual nota de (em escala de 0 a 10) você daria para o momento das refeições de seu filho? _____

5.15 Por que? _____

5.16 Tem alguém na família que passou por dificuldades alimentares na infância?

sim

 não

ANEXO

ANEXO - QUESTIONÁRIO DE ESTILO PARENTAL NA ALIMENTAÇÃO

Estas perguntas tratam da sua interação com seu filho durante as refeições. Escolha a opção que melhor descreve a frequência com que essas situações ocorrem no seu dia a dia. Se você não tiver certeza, dê seu melhor palpite.

Com qual frequência você...

Nº	Perguntas	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1	Força fisicamente a alimentação? (Ex.: precisa colocar seu filho à força na cadeira para que ele coma).	1	2	3	4	5
2	Promete recompensas não alimentares? (Ex.: se você comer os legumes pode jogar bola).	1	2	3	4	5
3	Monta o prato de maneira mais interessante? (Ex.: faz carinho/formato com os alimentos).	1	2	3	4	5
4	Faz perguntas sobre os alimentos servidos durante as refeições?	1	2	3	4	5
5	Manda seu filho comer pelo menos uma parte dos alimentos no prato.	1	2	3	4	5
6	Convence seu filho a comer. (Ex.: Tomar leite é bom para a saúde porque deixará você mais forte).	1	2	3	4	5
7	Demonstra desaprovação quando seu filho não come?	1	2	3	4	5
8	Permite que seu filho escolha o que quer comer dentre os alimentos já preparados?	1	2	3	4	5
9	Elogia seu filho quando ele come? (Ex.: parabéns, você comeu tudo!).	1	2	3	4	5
10	Sugere que seu filho coma? (Ex.: Seu jantar está ficando frio).	1	2	3	4	5
11	Apressa seu filho durante as refeições?	1	2	3	4	5

12	Oferece punição não alimentar caso seu filho não coma? (Ex.: se você não comer, não poderá jogar videogame).	1	2	3	4	5
13	Manda seu filho comer algum item específico da refeição? (Ex.: coma os legumes).	1	2	3	4	5
14	Oferece punição alimentar caso seu filho não coma? (Ex.: se você não comer os legumes, não terá frutas).	1	2	3	4	5
15	Diz coisas positivas sobre os alimentos que compõem a refeição do seu filho?	1	2	3	4	5
16	Alimenta seu filho com colher para que ele coma?	1	2	3	4	5
17	Ajuda seu filho a comer? (Ex.: cortando os alimentos em pedaços menores).	1	2	3	4	5
18	Encoraja seu filho a comer com recompensas alimentares? (Ex.: Se você terminar de comer vai ganhar uma fruta).	1	2	3	4	5
19	Implora para que seu filho coma?	1	2	3	4	5

Tabela de Resultados:

Preenchimento exclusivo da equipe	Ponto de Corte
Exigência (média do resultado dos 19 itens/ número total de itens)	2,80
Responsabilidade=Média dos resultados dos itens (3+4+6+8+9+15+17) / média do resultado dos 19 itens.	1,16