

Paula Cristina Teixeira Magalhães

Relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), dos 3 aos 6 anos de idade

**Projeto/Relatório elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia Ocupacional
na Especialidade de Integração Sensorial**

Orientador: Professora Doutora Helena Isabel da Silva Reis, Doutorada em Estudos da Criança, Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Professor Adjunto Convidado, Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Coorientador: Professora Doutora Cláudia Sofia Góis Ribeiro Silva, Doutorada em Psicologia da Educação, Professor Coordenador Convidado, Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Março, 2024

Paula Cristina Teixeira Magalhaes

Relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), dos 3 aos 6 anos de idade

**Projeto/Relatório elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia Ocupacional,
na Especialidade de Integração Sensorial**

Orientador: Professora Doutora Helena Isabel da Silva Reis, Doutorada em Estudos da Criança, Professor Adjunto Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Professora Adjunto Convidado, Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Coorientador: Professora Doutora Cláudia Sofia Gois Ribeiro Silva, Doutorada em Psicologia da Educação, Professor Coordenador Convidado, Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Júri

Presidente: Professora Doutora Élia Maria Carvalho Pinheiro da Silva Pinto, Doutorada em Psicologia Social, Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Vogal: Professora Doutora Helena Isabel da Silva Reis, Doutorada em Estudos da Criança, Professor Adjunto Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Professor Adjunto Convidado, Escola Superior de Saúde de Alcoitão

Arguente: Professora Doutora Ana Maria Abreu Nelas, Doutorada em Cérebro, Comportamento e Cognição, Professor Coordenador, Universidade Católica

Março, 2024

Agradecimentos

Começo por dedicar esta Dissertação de Mestrado e expressar o meu sincero agradecimento a todos os pais das crianças que aceitaram participar neste estudo bem como às instituições que possibilitaram que a recolha dos dados fosse possível que, por questões de confidencialidade, não mencionarei os nomes. Sem vocês seria de todo impossível realizar esta tese.

Um muito obrigado a todas as colegas terapeutas ocupacionais que em muito contribuíram para a sinalização da amostra bem como aos colegas de Mestrado que se mostraram sempre disponíveis para o esclarecimento de dúvidas.

Expresso um agradecimento muito especial por todo o apoio, carinho e acima de tudo o incentivo e a força com que os meus pais e as minhas amigas Ana Moreira e Inês Rodrigues me deram ao longo destes dois últimos anos, que em muito contribuíram para me dar o suporte emocional necessário para a conclusão desta dissertação.

Manifesto também o meu agradecimento ao Departamento da Educação da Câmara Municipal da Trofa, em especial ao Dr. Sérgio Araújo e à Dra. Lisete Neves, pelo incentivo na realização desta tese e pela disponibilidade sempre presente.

A realização desta Dissertação de Mestrado também só foi possível graças à disponibilidade, empenho e incentivo manifestados pelas Doutoradas Cláudia Ribeiro e Helena Reis na orientação deste trabalho e pela preciosa ajuda na definição do objeto de estudo, incansável orientação científica, comentários, esclarecimentos, opiniões e sugestões.

Expresso o meu agradecimento à terapeuta Inês Guedes e novamente à Doutora Helena Reis por autorizarem o acesso às escalas utilizadas no presente estudo.

A todos os demais colaboradores da ESSA, que sempre mostraram disponibilidade para esclarecer dúvidas e apoiar em termos de suporte informático.

Índice Geral

Introdução	9
Metodologia.....	13
Tipo de estudo	13
Participantes/Método de seleção da amostra	13
Instrumentos de Recolha de dados	14
Procedimentos	16
Resultados.....	18
Discussão dos resultados	30
Conclusões.....	37
Referências Bibliográficas.....	40
Anexos	50
Anexo I – EACPEA.....	50
Anexo II – Pediatric Eating Assesment Tool -PediEat – Versão Portuguesa	55
ANEXO III –Pediatric Eating Assesment Tool – PediEat – Versão Original.....	66
Anexo IV – Programa G Power.....	74
Apêndices	75
Apêndice I– Questionário de caracterização Socio Demográfico Pais e Criança	75
Apêndice II – Dimensões, número de itens e parâmetros a avaliar na PediEat	79
Apêndice III – Dimensões, número de itens e parâmetros a avaliar na EACPEA	79
Apêndice IV – Parecer Comissão de Ética ESSA	80
Apêndice V – Pedido de autorização dos autores ao acesso das escalas.....	81
Apêndice VI –Declarações de aceitação de orientação científica	85
Apêndice VII–Autorização Recolha de dados nas Instituições.....	87
Apêndice VIII– Declaração Consentimento Informado.....	88
Apêndice IX– Informação para os representantes legais.....	89
Apêndice X – Declaração de Proteção de dados	91
Apêndice XI – Dados relativos ao diagnóstico de PEA	92
Apêndice XII – Características Sociodemográficas dos pais das crianças em estudo ...	93
Apêndice XIII – Domínios escalas entre nacionalidades portuguesa e brasileira.....	95
Apêndice XIV – Domínios escalas entre mães empregadas e mães desempregadas ...	107

Lista de Abreviaturas e Siglas

ADOS – *Autism Diagnostic Observation Schedule*

ADI-R – *Autism Diagnostic Interview - Revised*

ASD – *Autism Spectrum Disorder*

AN – Anorexia Nervosa

APA – Associação de Psiquiatria Americana

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIG - Comissão para a Igualdade de Género

CS – Comunicação Social

CRIR – Comportamentos Repetitivos e Interesses Restritos

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª Edition*

EACPEA – Escala de Avaliação de Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo

ESSA – Escola Superior de Saúde de Alcoitão

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Intervenção Precoce

IS – Integração Sensorial

ORL - Otorrinolaringologista

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

PS – Processamento Sensorial

PediEat – *Pediatric Eating Assessment Tool*

SC – *Social Communication*

SI – *Sensory Integration*

SP - *Sensory Processing*

SPM - 2 – *Sensory Processing Measure - 2ª Edition*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TO – Terapeuta Ocupacional

RBRI – *Repetitive Behaviors and Reduced Interests*

WHO – *World Health Organization*

Índice de tabelas

Tabela 1 – Características Sociodemográficas das crianças em estudo	19
Tabela 2 - Percepção dos pais sobre as dificuldades alimentares das crianças	22
Tabela 3 - Percentagens e frequências das dimensões da Escala PediEat.....	23
Tabela 4 - Percentagens e frequências das dimensões da Escala EACPEA.....	24
Tabela 5 – Correlação de Spearman: relação entre dimensões da Escala PediEat e as dimensões da escala EACPEA	25
Tabela 6 - Correlação Spearman – Relação da idade e escolaridade dos pais com os domínios categorizados da EACPEA	26
Tabela 7- Correlação de Spearman – Relação da idade e escolaridade dos pais com os domínios categorizados da PediEat	27
Tabela 8- Mann-Whitney: Comparação entre mães brasileiras e mães portuguesas no domínio categorizado dos sintomas fisiológicos	28
Tabela 9 – Mann-Whitney: Comparação entre pais brasileiros e pais portugueses no domínio categorizado dos sintomas fisiológicos da PediEat.....	29
Tabela 10 – Mann-Whitney: Comparação entre mães empregadas e mães desempregadas no domínio categorizado dos Comportamentos repetitivos e interesses reduzidos da EACPEA.....	29

Resumo

As dificuldades alimentares são frequentemente descritas em crianças com PEA. Este estudo, correlacional de carácter transversal, pretende explorar a relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico em crianças com PEA.

A PediEat, a EACPEA e um questionário sociodemográfico foram aplicados aos pais de 64 crianças com PEA, entre os 3 e os 6 anos de idade.

Uma correlação moderada negativa ($p < 0,01$) entre a dimensão “CS” da EACPEA com a dimensão “Seletividade e alimentação restrita” da PediEat foi encontrada ($R = -,373$, $p = 0,002$). Seis correlações moderadas positivas ($p \leq 0,01$) e uma correlação fraca positiva ($p \leq 0,05$) foram evidenciadas entre as Dimensões “CRIR” e “PS” da EACPEA, com diferentes dimensões da escala PediEat e do seu total.

Correlações moderadas ou no limiar do moderado negativas ($p \leq 0,01$; $p \leq 0,05$) foram encontradas entre a idade dos pais e os domínios “PS” da Escala EACPEA e “Comportamentos problemáticos na hora das refeições” da PediEat.

Foram ainda encontrados resultados no limiar da significância (0,09; 0,052) no domínio sintomas fisiológicos da PediEat com a nacionalidade dos pais. Resultados no limiar da significância (0,053) entre a situação laboral das mães e o domínio “CRIR” da EACPEA também são descritos.

Os resultados evidenciam correlações significativas entre os critérios de diagnóstico das PEA e as dificuldades alimentares, sendo que a idade, nacionalidade e situação laboral dos pais influenciam a realização das avaliações efetuadas. O impacto na vida diária, a frequência e a severidade das alterações alimentares percebidas pelos pais nos seus filhos com PEA destacam a necessidade de uma avaliação e intervenção do TO especializado em IS em conjunto com equipa multidisciplinar

Palavras-chave: *Correlação, critérios de diagnóstico, dificuldades alimentares, EACPEA, PediEat, Perturbações do Espectro do Autismo, Processamento Sensorial*

Abstract

Feeding difficulties are frequently described in children with ASD. This cross-sectional correlational study aims to explore the relationship between feeding difficulties and diagnostic criteria in children with ASD.

The PediEat, the EACPEA and a sociodemographic questionnaire were administered to the parents of 64 children with ASD, between 3 and 6 years of age.

A negative moderate correlation ($p < 0.01$) between the “SC” dimension of EACPEA and the “Selectivity and restricted eating” dimension of the PediEat scale was found ($R = -.373$, $p = 0.002$). Six positive moderate correlations ($p \leq 0.01$) and one positive brightness ($p \leq 0.05$) were evidenced between the “RBRI” and “SP” Dimensions of the EACPEA, with different dimensions of the PediEat scale and its total.

Negative moderate correlations or at the moderate threshold were found between parental age and the “SP” domains of the EACPEA Scale and “Problematic mealtime behaviors” of the PediEat.

Results were also found at the threshold of significance (0.09; 0.052) in the physiological symptoms domain of PediEat with the nationality of the parents. Results at the significance threshold (0.053) between the mothers’ work situation and the “RBRI” domain of the EACPEA are also described.

The results show significant correlations between the ASD diagnostic criteria and feeding difficulties, with age, nationality and employment status influencing the assessments carried out. The impact on daily life, the frequency and severity of dietary changes perceived by parents in their children with ASD highlights the need for assessment and intervention by an OT specialized in SI in conjunction with a multidisciplinary team.

Keywords: *Correlation, diagnostic criteria, feeding difficulties, EACPEA, PediEat Autism Spectrum Disorders, Sensory Processing*

Introdução

A prevalência das PEA aumentou drasticamente nas últimas décadas, apoiando a alegação de uma epidemia de autismo (Chiarotti & Venerosi, 2020). Segundo dados da *World Health Organization* (WHO) estima-se que atualmente 1% das crianças no mundo apresentem esta perturbação do neurodesenvolvimento, podendo a sua prevalência ser ainda mais elevada (WHO, 2023). Em Portugal, o estudo mais recente de Rasga et al. (2023) destaca a prevalência de 0,5% numa população estudada na região centro.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª Edition* (DSM-5), como sintomatologia associada aos critérios de diagnóstico das PEA destacam-se a dificuldade persistente na comunicação e interação social, e a presença de padrões repetitivos e restritos de comportamentos, atividades e interesses. Neste último item estão incluídas as alterações sensoriais, nomeadamente comportamentos de hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais bem como interesses incomuns por aspetos sensoriais do ambiente. Também foi definida uma escala de avaliação baseada no nível de dependência da pessoa, atualmente dividido em graus 1, 2 e 3: leve, moderado e severo respetivamente (APA, 2013).

De facto, nos últimos anos, a investigação tem dado particular relevância às alterações do Processamento Sensorial (PS), referindo que entre 42% a 96% das crianças com PEA apresentam este tipo de disfunção (Ben-Sasson et al., 2009; Crasta et al., 2020; Kirby et al., 2022) o que afeta o seu comportamento, aprendizagens, interação social e participação nas atividades de vida diária, incluindo a alimentação (Kojovic et al., 2019; Nimbley et al., 2022; Schaaf & Mailloux, 2015). Portanto, ter uma condição como PEA pode aumentar a probabilidade de desenvolver problemas alimentares, embora essa relação ainda seja pouco compreendida (Mayes et al., 2018; Vissoken et al., 2019).

Estima-se que cerca de 70% das crianças com PEA apresentem alterações alimentares (Mayes et al., 2018). Atualmente é documentado que estas alterações têm natureza multifatorial, podendo ser causadas por alterações sensoriais, comportamentos ritualísticos ou obsessivos, mas também por variáveis biológicas como a saúde gastrointestinal e o ambiente alimentar (Adam, 2022; Nadon et al., 2011).

É ainda documentado que crianças com PEA apresentam seletividade alimentar, reportório alimentar restrito, neofobia alimentar (medo de experimentar novos alimentos)

e comportamentos alimentares problemáticos, atípicos e ritualísticos durante a hora das refeições (Baraskewitch et al., 2021; Nimbley et al., 2022). São também descritas dificuldades no processamento sensorial oral, sendo esta atividade muito exigente para elas e respetivos prestadores de cuidados (Cermack et al., 2010; Dovey et al., 2010; Van Dijk et al., 2021).

A seletividade alimentar é a preocupação alimentar mais relatada (Malhi et al., 2021). Refere-se a recusas frequentes de determinados alimentos (frutas, vegetais, laticínios, proteínas), reportório limitado de alimentos, ingestão excessiva de alguns alimentos e ingestão seletiva de determinados alimentos principalmente com base no sabor, textura, cor ou temperatura (Bandini et al., 2017; Cermack et al., 2010).

Relativamente aos comportamentos problemáticos durante a hora das refeições, as crianças com PEA por vezes têm dificuldade em sentarem-se à mesa, choram, gritam, são agressivas ou têm de ser entretidas durante as refeições (Van Dijk et al., 2021). Apresentam comportamentos alimentares ritualísticos evidenciados pela insistência em métodos de preparação específicos dos alimentos e horários das refeições (Vissooker et al., 2015).

É documentado ainda que crianças com PEA podem apresentar sintomas fisiológicos relacionados com a alimentação que envolve engasgos, vômito, regurgitação e ruminação (Provost et al., 2010; Seiverling et al., 2018). Torna-se também cada vez mais claro que as alterações gastrointestinais são comuns nesta população, sendo fundamental que os médicos compreendam as diferentes apresentações do desconforto gastrointestinal. Uma vez diagnosticados os problemas gastrointestinais, outras comorbilidades clínicas devem ser imediatamente consideradas. Avaliações nutricionais abrangentes devem ser incluídas devido à alta incidência de aversões alimentares, bem como ao uso comum de dietas de exclusão (Madra et al., 2020).

Estas dificuldades alimentares podem conduzir a perturbações alimentares severas. As preferências alimentares têm impacto no peso da criança (tanto abaixo do peso como acima do peso), bem como no seu comportamento e humor (Demir & Ozcan, 2022). É relatado um aumento na obesidade em crianças com PEA nas últimas duas décadas como fatores contribuintes relacionados com o seu padrão e dieta alimentar (Hill et al., 2015). Evidências recentes também sugerem uma relação entre PEA e a Perturbação de ingestão alimentar esquivada/restritiva e anorexia nervosa (AN) (APA, 2013). As evidências atuais

confirmaram que a Perturbação de ingestão alimentar esquiva/restritiva coexiste com a PEA e que as alterações sensoriais podem perpetuar a esta perturbação através das suas preferências e recusas alimentares, o que pode explicar as deficiências de certos nutrientes e vitaminas (Yule et al., 2021).

Além da relação entre a PEA e perturbações alimentares severas, análises correlacionais sugerem que as dificuldades alimentares estão positivamente relacionadas com alterações de comportamento, sono e stress parental. Estão também relacionadas com a idade e o grau de severidade dos sintomas que afetam o desempenho, linguagem e capacidades cognitivas das crianças com PEA (Allen et al., 2015; Baraskewich et al., 2021). Crianças com dificuldades alimentares apresentam respostas sensoriais mais severas do que as crianças com PEA sem dificuldades alimentares, com menor adaptação sensorial e défices mais generalizados e graves em todos os subdomínios (Panerai et al., 2020). Alterações na modulação sensorial têm sido associadas com as principais características diagnósticas de PEA e a comorbilidade de disfunções alimentares em crianças com PEA (Suarez, 2012).

Comparando crianças com PEA, com e sem dificuldades alimentares, é documentada na literatura uma correlação estatisticamente significativa entre as dificuldades alimentares e as alterações sensoriais em todos os domínios, especialmente a nível do paladar e olfacto (Panerai et al., 2020). Comparando ainda crianças com PEA, é descrita uma associação mais forte entre alterações alimentares em crianças e jovens do sexo feminino (Remnelius et al., 2022).

Estudar a relação entre as dificuldades alimentares e os critérios auxilia ainda na avaliação, diagnóstico e práticas de intervenção, aumentando a funcionalidade das crianças e participação das suas famílias (Baranek et al., 2006; Dovey et al., 2010; Nadon et al., 2011). Sem tratamento, as dificuldades alimentares em crianças com PEA tendem a persistir após a infância (Suarez, 2012).

Por outro lado, evidências mostram que a realização precoce do diagnóstico melhora os resultados das intervenções direcionadas. De fato, reduzir esta lacuna é vital para melhorar resultados relacionados com a cognição, linguagem, comportamento adaptativo, funcionalidade nas atividades de vida diária e comportamento social (Elder et al., 2017). Quanto mais precoce for a intervenção a nível das dificuldades alimentares mais sucesso se obterá no seu tratamento (Wang et al., 2022).

Portanto, é imperativo identificar de forma mais consistente quais os problemas e padrões alimentares entre crianças com PEA e verificar qual a sua relação com os critérios de diagnóstico, sendo fundamental a intervenção com base na IS devidamente aplicada pelo terapeuta ocupacional (Esposito et al., 2023; Schoen et al., 2019).

A família é um elemento chave, seja para a obtenção de informação fidedigna da criança, seja para obtenção de melhores níveis de interação entre a criança e o interlocutor, pelo que a articulação com os mesmos é fundamental tanto durante os processos de avaliação como durante os processos de intervenção (Kuhaneck & Watling, 2010).

Pesquisadores e clínicos têm a responsabilidade de escolher instrumentos de avaliação que tenham sido desenvolvidos de acordo com os mais altos valores de fiabilidade e validade uma vez que a tomada de decisão será em grande parte baseada na informação que essas mesmas medidas disponibilizam (Goldstein et al., 2008).

Em Portugal, há um número limitado de instrumentos validados em termos de subgrupos ou problemáticas específicas direcionados para as crianças com PEA pelo que Reis, Pereira e Almeida (2014), construíram e validaram um instrumento, nomeadamente a Escala de avaliação de Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (EACPEA)¹ que avalia a tradicional tríade que caracteriza as crianças com PEA (Interação, Comunicação e Comportamentos repetitivos/Interesses Restritos), enriquecendo essa avaliação com a inclusão do domínio do PS.

A pesquisa sobre dificuldades alimentares em crianças também é limitada devido à falta de instrumentos validados e confiáveis. O instrumento *Pediatric Eating Assessment Tool* (PediEat) foi validado para a população portuguesa (Guedes, 2019)² a partir da versão original (Thoyre et al., 2014 & Thoyre et al., 2018)³. Esta escala tem como intenção avaliar sintomas observáveis de problemas de alimentação em crianças entre os 6 meses e os 7 anos de idade às quais são oferecidos alimentos sólidos.

O presente estudo tem como objetivo geral “Analisar a relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com PEA, dos 3 aos 6 anos de idade”.

¹ Anexo I – Escala EACPEA (Reis, Pereira & Almeida, 2014)

² Anexo II – *Pediatric Eating Assessment Tool* – PediEat – Versão Portuguesa

³ Anexo III - *Pediatric Eating Assessment Tool* – PediEat – Versão Original

Como objetivos específicos definiram-se:

- Identificar as principais dificuldades alimentares no domínio dos sintomas fisiológicos, dos comportamentos problemáticos nas horas das refeições, na seletividade alimentar e no processamento oral das crianças dos 3 aos 6 anos com PEA;
- Identificar comportamentos relacionados com os critérios de diagnóstico no domínio dos comportamentos de comunicação social, comportamento repetitivo e interesses reduzidos e do PS das crianças dos 3 aos 6 anos com PEA;
- Relacionar os domínios da escala de avaliação das dificuldades alimentares e os domínios da escala de avaliação dos comportamentos relacionados com os critérios de diagnóstico em crianças dos 3 aos 6 anos com PEA;
- Verificar se a idade dos pais, nacionalidade, grau de escolaridade e situação laboral atual influenciam as avaliações feitas através da PediEat e da EACPEA.

Metodologia

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo não experimental – observacional descritivo correlacional de carácter transversal, definido por Fortin (2009) como um estudo que permite verificar a existência de relações entre as variáveis e de as explicar.

Participantes/Método de seleção da amostra

A população-alvo foi constituída por 64 crianças com diagnóstico confirmado de PEA, com idades compreendidas entre os três e os seis anos. Como critérios de inclusão definiram-se as crianças com diagnóstico confirmado de PEA e idades compreendidas entre os 3 anos e 1 dia e os 6 anos e 364 dias. Com critérios de exclusão definiram-se a não confirmação do diagnóstico de PEA e não terem as idades supramencionadas. Foi realizada uma amostra não probabilística mais especificamente uma amostra de conveniência. A amostra foi recolhida em sete clínicas de Portugal Continental (cinco clínicas no norte do país, uma no centro e uma no sul do país), tendo sido entregues 107

questionários no total em oito instituições que aceitaram participar no estudo. Posteriormente, uma instituição no Norte desistiu.

No sentido de se determinar à priori o tamanho mínimo aconselhado para a amostra recorreu-se ao software *G Power*, para garantir o efeito potência do teste inferencial a usar, que neste caso realizou-se uma análise correlacional. Usando este software, se o investigador pretende detetar uma correlação moderada (0,30) entre as dimensões das duas escalas, para um *Alpha* de 0,05, um efeito potência do teste de 0,80, o programa *G Power* aconselha um N total mínimo de 64 sujeitos⁴.

Instrumentos de Recolha de dados

De forma a cumprir os objetivos do estudo foram correlacionados os dois instrumentos de avaliação supramencionados: A PediEat e a EACPEA. Foi também utilizado um questionário sociodemográfico⁵.

PediEat: A PediEat utilizada resultou do processo de tradução e adaptação cultural da versão original da PediEat foi elaborado pela terapeuta ocupacional Inês Guedes, sob a orientação do Doutor Nuno Barbosa Rocha, no departamento de Investigação e Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Porto, enquadrada na Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Terapia Ocupacional com Especialização em Saúde Mental, com o tema “Identificação dos problemas alimentares em crianças dos 6 meses aos 7 anos: Validade e confiabilidade da versão portuguesa do PediEat” (Guedes, 2019). Esta escala deve ser preenchida por um cuidador familiarizado com os hábitos alimentares típicos da criança. Fornece uma avaliação objetiva da alimentação facilitando o diagnóstico e as decisões de tratamento, contendo quatro dimensões⁶ : Dimensão “Sintomas fisiológicos (27 itens); Dimensão “Comportamentos problemáticos na hora das refeições” (23 itens); Dimensão “Seletividade/Alimentação restrita” (15 itens) e a Dimensão “Processamento Oral” (13 itens). Os Itens são pontuados de acordo com uma escala Likert de cinco pontos que varia de “Nunca” ou “Quase nunca a “Sempre” ou “Quase sempre” (Likert, 1932).

As pontuações são atribuídas aos itens PediEat com as pontuações mais baixas a indicar menos sintomas e as pontuações mais altas a indicar mais sintomas de alimentação

⁴ Anexo IV – Programa *G Power*

⁵ Apêndice I – Questionário Sociodemográfico Pais e Criança

⁶ Apêndice II – Dimensões, número de itens e parâmetros a avaliar na PediEat

problemática. Há números acima dos itens que indicam a pontuação que cada resposta deve receber. As pontuações podem mudar entre as subescalas. Por exemplo, a subescala de Sintomas Fisiológicos é pontuada com “Nunca” = 0 e “Sempre” = 5, enquanto a subescala Seletividade/Alimentação Restrita é pontuada com “Nunca” = 5 e “Sempre” = 0. Dentro da subescala Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições e a subescala Seletividade/Alimentação Restrita, há um subconjunto de itens na parte inferior que são pontuados de maneira diferente dos outros itens dessa subescala. Pode ser usada a coluna da direita no PediEat para registrar a pontuação de cada item.

É fornecida uma caixa no final de cada área para registrar a pontuação total dessa área. São usados valores de referência específicos por faixa etária para determinar o nível de preocupação associado à pontuação recebida pela criança (“Inexistência de preocupação” /” Preocupação” /” Preocupação Elevada”). Para aferir esta cotação, é necessário recorrer aos valores da escala original, dado que ainda não existem valores normativos para a escala Portuguesa (Guedes, 2019; Thoyre et al, 2014; Thoyre et al, 2018).

EACPEA (Escala de Avaliação À Criança com Perturbação do Espectro do Autismo- 3-6 anos): A EACPEA foi elaborada e validada para a população portuguesa por Reis, Pereira e Almeida (2014). É um instrumento desenvolvido e validado para a população de crianças com PEA entre os 3 e aos 6 anos de idade e que apresenta três dimensões⁷: Dimensão “Comunicação Social (CS)” (16 itens), Dimensão “Comportamentos repetitivos e interesses Restritos (CRIR)” (9 itens) e a Dimensão “Processamento Sensorial (PS)” (14 itens).

Os Itens são pontuados de acordo com uma escala Likert de cinco pontos que varia de “Nunca” ou “Quase nunca a ‘Sempre’ ou ‘Quase sempre’ (Likert, 1932). Na dimensão CS, uma pontuação mais alta está associada a maiores competências comunicativas (por exemplo, “Usa palavras para expressar desejos”). Quanto às dimensões CRIR e PS, a escala de avaliação é invertida, ou seja, pontuações mais elevadas significam piores desempenhos nestas duas dimensões.

Com base em pontos de corte para a população portuguesa, são usados valores de referência específicos por faixa etária para determinar o nível de preocupação associado à pontuação recebida pela criança (“Comportamento Pouco frequente” /” Comportamento Frequente” /” Comportamento Frequente”). Coeficientes de consistência interna

⁷ Apêndice III – Dimensões, número de itens e parâmetros a avaliar na EACPEA

anteriores, adequados, foram encontrados para os pais e profissionais. Na versão dos pais, os coeficientes alfa de *Cronbach* foram 0,82 (PS), 0,85 (CRIR) e 0,93 (CS); na versão dos profissionais, os coeficientes variaram de 0,83 (PS e CRIR) a 0,96 (CS).

Questionário Sociodemográfico: Foi elaborado pela autora do presente estudo, com base na revisão da literatura realizada, na sua experiência profissional e conhecimento empírico. Com a aplicação deste questionário pretendeu-se recolher os dados sociodemográficos da criança e dos respetivos pais, mas também verificar se variáveis como a idade, nacionalidade, grau de escolaridade, situação laboral influenciam as avaliações da PediEat e da EACPEA. Possibilitou também obter importantes dados acerca do diagnóstico (entidade encaminhadora, especialidade de diagnóstico, condições médicas associadas, grau de severidade, dos sintomas descritos, entre outras) bem como das especialidades médicas e serviços que a criança beneficia atualmente. Por outro lado, pretendeu averiguar também qual a real perceção dos pais acerca das dificuldades alimentares dos seus filhos, enriquecendo o presente estudo, bem como detetar possíveis variáveis que poderiam condicionar o mesmo (por exemplo, dados relativos à frequência ou não na escola).

Procedimentos

O presente estudo foi apresentado e aprovado na Comissão de Ética da ESSA (parecer sobre o projeto nº 38/2022, no dia 08/11/2022)⁸. Após a aprovação por parte da Comissão, foi feito um pedido de autorização aos autores da escala, por email, para se poderem utilizar os respetivos instrumentos⁹ e declaração de aceitação de orientação científica¹⁰. Seguiu-se um pedido de autorização às instituições que apoiam crianças com PEA, dos 3 aos 6 anos de idade, através envio de email e confirmada a sua autorização, devidamente assinada¹¹. Após serem dadas as autorizações por escrito para a recolha de dados nas instituições, foi feito um levantamento na base de dados informática pelas terapeutas ocupacionais que exercem funções na instituição sobre quais as crianças elegíveis para o estudo. Posteriormente as respetivas terapeutas contactaram os pais das respetivas crianças a questionar se estão disponíveis para participar no projeto. Os respetivos pais que se mostraram disponíveis para participar no estudo, foram contactados a fim de

⁸ Apêndice IV – Parecer Comissão Ética ESSA

⁹ Apêndice V – Pedido de autorização dos autores ao acesso das escalas

¹⁰ Apêndice VI – Declaração de aceitação de orientação científica

¹¹ Apêndice VII – Autorização recolha de dados nas instituições

explicar os objetivos e enquadramento do mesmo e assinarem a Declaração de consentimento informado¹². Foi-lhes entregues também, por escrito, a Informação ao Representante Legal¹³ e a Declaração de Proteção de Dados¹⁴. Além do questionário PediEat e da Escala EACPEA, foi também entregue aos pais o questionário de caracterização sociodemográfica. Após preenchimento dos questionários, estes foram entregues às respetivas terapeutas que acompanham as crianças e foi feita a recolha dos mesmos por parte da autora do estudo.

Tratamento dos dados

O tratamento de dados do presente estudo foi efetuado com recurso ao programa de software SPSS, versão 28. Para obter dados relativos à caracterização sociodemográfica da criança e dos pais bem como dados relativos ao diagnóstico clínico foi utilizada uma análise de frequências. Com o intuito de alcançar os primeiros objetivos específicos (Identificar as dificuldades alimentares - sintomas fisiológicos, comportamentos problemáticos nas horas das refeições, seletividade/alimentação restrita e o processamento oral das crianças dos 3 aos 6 anos com PEA e Identificar os critérios de diagnóstico - comportamentos de comunicação social, os comportamentos repetitivos, interesses reduzidos e o PS geral) das crianças dos 3 aos 6 anos com PEA foi utilizada uma análise de frequências para cada dimensão da escala EACEPA, verificando se os comportamentos da amostra são “Pouco Frequentes”, “Frequentes” ou “Muito frequentes”. Na escala PediEat também se utilizou uma análise de frequências com o objetivo de avaliar o nível de preocupação em relação às dificuldades alimentares, de acordo com cada subescala e a faixa etária das crianças, nomeadamente “Inexistência de Preocupação”, “Preocupação” e “Preocupação elevada”.

Para verificar a relação entre os valores obtidos no instrumento de avaliação das dificuldades alimentares e no instrumento de avaliação dos critérios de diagnóstico em crianças com PEA foi feita uma correlação não paramétrica de *Spearman*. Usou-se uma correlação não paramétrica dado se ter usado os dados categorizados das duas escalas obtidos em função dos dados normativos das duas escalas que avalia a frequência dos comportamentos (escala qualitativa ordinal). O coeficiente de correlação varia entre -1 a 1. O sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força

¹² Apêndice VIII – Declaração Consentimento Informado

¹³ Apêndice IX – Informação Representante Legal

¹⁴ Apêndice X – Declaração Proteção de dados

da relação entre as variáveis. Uma correlação perfeita (-1 ou 1) indica que o score de uma variável pode ser determinado exatamente ao se saber o score da outra. No outro oposto, uma correlação de valor zero indica que não há relação linear entre as variáveis. Todavia, como valores extremos (0 ou 1) dificilmente são encontrados na prática é importante discutir como os pesquisadores podem interpretar a magnitude dos coeficientes. Para Cohen (1988), Maroco e Garcia-Marques (2013), valores entre 0,10 e 0,29 podem ser considerados pequenos; scores entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados como médios; e valores entre 0,50 e 1 podem ser interpretados como grandes.

De forma a verificar se a idade e o grau de escolaridade dos pais influenciam as avaliações feitas através da PediEat e da EACPEA recorreu-se também à correlação não paramétrica de *Spearman*. Através do teste *Mann-Whitney* foi também possível comparar os resultados relativos à nacionalidade (portuguesa e brasileira) no domínio categorizado dos sintomas fisiológicos da PediEat. Através deste teste foi também possível comparar a situação laboral atual das mães (empregadas e desempregadas) no domínio categorizado dos comportamentos repetitivos da EACPEA.

Resultados

A amostra foi constituída por 64 crianças: 56 (87,5%) do sexo masculino e 8 (12,5%) do sexo feminino. 90,6% das crianças têm nacionalidade portuguesa e 35,9% encontram-se na faixa etária dos 4 anos e 0 meses até aos 4 anos e 11 meses, 28,1% na faixa etária dos 5 anos e 0 meses até aos 5 anos e 11 meses. Apenas 18,8% das crianças estão na faixa etária dos 6 anos e 0 meses e 6 anos e 11 meses e 17,2% das crianças estão na faixa etária dos 3 anos e 0 meses e dos 3 anos e 11 meses. 75 % das crianças frequentaram a creche no passado. Das 64 crianças, 93,8% estão integradas em jardim de infância. Quase metade das crianças (46,9%) não têm irmãos, 39,1% têm 1 irmão, 9,4% 2 irmãos e apenas 1,6% mais que 2 irmãos (ver Tabela 1)

Todas as crianças beneficiam pelo menos do apoio do Médico de Família, Pediatra, Pedopsiquiatra, Neuropediatria e/ou Pediatra do Desenvolvimento. Além de usufruírem de algum deste acompanhamento, 82,8% das crianças beneficiam também de acompanhamento de ORL e/ou Oftalmologia e 9,4% das crianças beneficiam de acompanhamento na especialidade de Alergologia. Apenas 1,6% beneficiam de apoio de

Gastroenterologista e/ou Nutricionista e somente 6,3 % das crianças beneficiam de apoio de outras especialidades nomeadamente Nefrologia, Genética, Cardiologia, Doenças Metabólicas e Ortopedia.

Todas as crianças beneficiam de Apoio de Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e/ou Psicologia enquanto 15,6% (10 crianças) beneficiam de também de outros apoios complementares, em que 5 das crianças não foi mencionado o nome do apoio, 3 crianças beneficiam de fisioterapia, 1 de musicoterapia e 1 de apoio de IS, não tendo sido mencionados pelos pais em específico os serviços de IP.

Tabela 1 – Características Sociodemográficas das crianças em estudo

Características	Frequência	%
Idade da criança		
3 anos	11	17,2
4 anos	23	35,9
5anos	18	28,1
6 anos	12	18,8
	Média = 4,48	DP =0,315
	Min=3	Max=6
Sexo da criança		
Masculino	56	87,5
Feminino	8	12,5
Nacionalidade da criança		
Portuguesa	58	90,6
Brasileira	4	6,3
Outra	2	3,1
Número de irmãos da criança		
Sem irmãos	30	46,9
1 irmão	25	39,1
2 irmãos	6	9,4
+ de 2 irmãos	1	1,6
Não respondeu	2	3,1
	Média = 0,65	DP =0,726
	Min=0	Max=3
Frequência anterior na creche		
Sim	48	75
Não	16	25
Frequência atual no jardim de infância		
Sim	60	93,8
Não	4	6,3
Especialidades Médicas que a criança beneficia atualmente		
Beneficia de acompanhamento do médico de família, Pediatra, Pedopsiquiatra, Neuropediatra, Pediatra do Desenvolvimento, Otorrino e/ou Oftalmologia	53	82,8%

Alem de beneficiar de acompanhamento do médico de família, Pediatra, Pedopsiquiatra, Neuropediatra e/ou Pediatra do Desenvolvimento beneficia de acompanhamento de Alergologia	6	9,4
Alem de beneficiar de acompanhamento do médico de família, Pediatra, Pedopsiquiatra, Neuropediatra e/ou Pediatra do Desenvolvimento beneficia de acompanhamento de Gastroenterologia e/ou Nutricionismo	1	1,6
Alem de beneficiar de acompanhamento do médico de família, Pediatra, Pedopsiquiatra, Neuropediatra e/ou Pediatra do Desenvolvimento beneficia de acompanhamento de outras consultas não descritas anteriormente	4	6,3
Apoio terapêutico que a criança beneficia atualmente		
Beneficia de apoio de Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e/ou Psicologia	54	84,4
Além do apoio de Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e/ou Psicologia, beneficia de outros apoios	10	15,6

No que respeita aos dados relativos ao diagnóstico da PEA¹⁵, 34,4% das crianças foram encaminhadas para a consulta de diagnóstico pelo médico de família, seguindo-se o pediatra (25%). A família aparece em terceiro lugar como entidade referenciadora (21,9%), seguindo-se a pediatra de desenvolvimento (9,4%), equipa multidisciplinar (6,3%) e pedopsiquiatra (1,6%).

A pediatra de desenvolvimento (50%), Pedopsiquiatra (26,6%) e Neuropediatria (21,9%) são as principais entidades responsáveis pelo diagnóstico de PEA. A maioria das crianças (50%) foram diagnosticadas entre os 3 anos e os 3 anos e 11 meses de idade, seguindo-se a faixa etária dos 4 anos até aos 4 anos e 11 meses (29,7%). Apenas 12,5% foi diagnosticada entre os 5 anos e os 5 anos e 11 meses, e 7,8% com idade inferior aos 3 anos.

63,6% dos pais mencionaram sintomas descritos no relatório médico relacionados com a comunicação social, comportamentos repetitivos/interesses restritos e/ou sintomas relacionados com o PS. Apenas 3,1% mencionaram dificuldades alimentares estarem escritas no relatório. A maioria das crianças não apresenta grau descrito no relatório (50%), 29,7% apresentam grau ligeiro, 18,8% grau moderado e 1,6% grau grave. Quanto à bateria ADOS, 15,6% da amostra apresenta um valor algoritmo.

¹⁵ Apêndice XI-Dados relativos ao diagnóstico de PEA

Apenas 14,1% (9 crianças) apresentam comorbilidades associadas à PEA nomeadamente 2 crianças com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e as restantes com “Atrofia muscular”, “Síndrome genético em Estudo”, Epilepsia, Osteogénese imperfeita/Síndrome *Ehlers-Danlos* e alergias severas, “Transtorno de tiques”, Afasia de expressão e “Líquido nos ouvidos”.

Relativamente à caracterização demográfica dos pais das crianças em estudo¹⁶, 79,7% das mães têm nacionalidade portuguesa e 15,6% nacionalidade brasileira, com idade média da amostra de aproximadamente 37 anos (mínimo 27/máximo 49/DP). Maioritariamente apresentam o grau de licenciatura (40,6%) e ensino secundário (31,3%), sendo que a maioria se encontra empregada (79,7%) a exercer funções de especialista das atividades intelectuais e científicas (32,8%) e trabalhadores dos serviços pessoais e proteção e segurança e vendedores (18,8%).

No que concerne à caracterização demográfica dos pais das crianças, a amostra foi constituída maioritariamente por cidadãos portugueses (81,3%) ou brasileiros (14,1%), com a idade média de aproximadamente 38 anos (mínimo 25/máximo 53/DP 5,602). Apresentam predominantemente a escolaridade de ensino secundário (45,3%) e licenciatura (23,4%). Maioritariamente encontram-se empregados (93,8%) a exercer funções de especialistas das atividades intelectuais e científicas (23,4%) e trabalhadores qualificados de indústria, construção e artificies (20, 3%).

Relativamente à perceção dos pais sobre as dificuldades alimentares das crianças, 57,9% dos pais responderam ter a perceção que a sua criança tem dificuldades alimentares, sendo que 56,3% têm a perceção de que as principais dificuldades alimentares da sua criança estão relacionadas com a seletividade e alimentação restrita (Tabela 2). Apenas 4,7% dos pais referiram que a criança tem outra dificuldade alimentar associada à seletividade e alimentação restrita e apenas 1,6% relatam uma dificuldade alimentar diferente da seletividade/alimentação restrita, nomeadamente a dificuldade em pegar nos talheres.

¹⁶ Apêndice XII – Caracterização sociodemográfica pais das crianças em estudo

Tabela 2 - Percepção dos pais sobre as dificuldades alimentares das crianças

Características	Frequência	%
Pais consideram que a criança tem dificuldades alimentares	37	57,9
Pais consideram que a criança tem dificuldades alimentares, a nível da seletividade e alimentação restrita (dificuldades relacionadas com as texturas, sabores, aversão a determinados alimentos)	33	51,
Além da seletividade e alimentação restrita (dificuldades relacionadas com as texturas, sabores, aversão a determinados alimentos), pais consideram que a criança tem outra dificuldade alimentar	3	4,7
Pais consideram que a criança tem outra dificuldade alimentar diferente da seletividade e alimentação restrita	1	1,6
Pais consideram que a criança não tem dificuldades alimentares	25	39,1

Relativamente à identificação das dificuldades alimentares no domínio dos “sintomas fisiológicos”, “comportamentos problemáticos na hora das refeições”, “seletividade/alimentação restrita” e “processamento oral”, são descritas na Tabela 3 as percentagens e frequências das dimensões da Escala PediEat.

Segundo os resultados desta escala, as principais dificuldades alimentares das crianças com PEA relacionam-se sobretudo com a seletividade e alimentação/restrita, em que 64,1% das crianças apresentaram preocupação ou preocupação elevada neste domínio. O principal comportamento destacado refere-se a que, de alguma forma, 64,1% das crianças evitam alimentos com texturas e misturas variadas (principalmente alimentos como legumes, frutas, peixe, carne). 43,7% e 40,6% das crianças nunca ou quase nunca comem comida com texturas como papas de aveia ou comida mais quente que a temperatura da sala.

Como segunda maior dimensão com alterações alimentares destaca-se a dimensão “comportamentos problemáticos nas horas das refeições”, em que 25% das crianças manifestaram preocupação ou preocupação elevada. De realçar que 53,1 % das crianças necessitam em algum momento que a hora da refeição seja calma, 46,9% e 45,4% das crianças param de comer depois algumas dentadas ou começam a brincar ou a falar para evitar comer e 37,5% comem melhor quando entretidas. 36% das crianças as vezes, muitas vezes, sempre ou quase sempre se recusam a comer.

Como terceira dimensão mais afetada, destaca-se a dimensão “Sintomas Fisiológicos” em que 18,7% das crianças apresentaram Preocupação ou Preocupação elevada. Os comportamentos que mais foram manifestadas pelas crianças neste domínio relacionam-se com a presença de gases (42,2% das crianças as vezes, muitas vezes ou sempre têm

gases), a dificuldade em comer por terem o nariz entupido (23,1% das crianças as vezes ou muitas vezes têm este comportamento) e a presença de tosse em que 15,6% das crianças as vezes ou muitas vezes tosse quando comem ou depois de comerem.

A dimensão “Processamento Oral”, apresenta-se como a dimensão menos problemática em crianças com PEA em que 10,9% das crianças manifestaram preocupação ou preocupação elevada. No entanto, é de realçar 45,3% e 36% das crianças às vezes, muitas vezes, sempre ou quase sempre mastigam os brinquedos ou põem demasiada comida na boca ao mesmo tempo. Em quase todos os comportamentos descritos (mastigar a comida, ficar com a comida presa nas bochechas, ranger os dentes), entre 85 a 100% das crianças manifestaram nunca ou quase nunca terem estes comportamentos.

Como classificação final PediEat, 23,4% das crianças manifestaram Preocupação ou Preocupação elevada.

Tabela 3 - Percentagens e frequências das dimensões da Escala PediEat

Dimensões PediEat	Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada
Sintomas fisiológicos	81,3% (52)	3,1% (2)	15,6% (10)
Comportamentos Problemáticos	75 % (48)	6,3 % (4)	18,8 (12)
Seletividade e alimentação restrita	35,9 % (23)	12,5% (8)	51,6% (33)
Processamento oral	89,1% (57)	7,8% (5)	3,1 % (10)
Classificação final PediEat	76,6% (49)	7,8 (5)	15,6%(10)

Fonte: PediEat – *Pediatric Eating Assesment Tool* (Adaptação Guedes, 2019)

São descritas na Tabela 4 as percentagens e frequências das Dimensões da EACPEA. Relativamente às pontuações obtidas na dimensão “Comunicação Social”, 95,3 % demonstraram um comportamento frequente ou um comportamento muito frequente. As piores classificações neste domínio relacionam-se sobretudo com jogo de cooperação e interação entre pares, nomeadamente no comportamento “Toma e dá a vez durante o jogo, em que 54,7% das crianças nunca ou quase nunca o fazem. O mesmo se verifica no comportamento “Cumprir as regras do jogo” em 53,2 % da amostra o faz poucas vezes, quase nunca ou nunca 45,3% das crianças nunca, quase nunca ou poucas vezes são capazes de compreender sequências de acontecimentos. 40,7% das crianças nunca ou quase nunca utilizam palavras para expressar vontades, mas cerca de 60% sempre ou quase sempre usam vocalizações.

Na dimensão “Comportamentos repetitivos e interesses reduzidos”, 85,9% das crianças apresentaram um comportamento frequente ou comportamento muito frequente. De realçar que 62,5% das crianças bastantes vezes, sempre ou quase sempre tem baixa tolerância à frustração enquanto que 57,8% das crianças sempre ou quase sempre brincam repetidamente com as mesmas atividades e não gostam de mudar para novas atividades. 54,7% das crianças bastantes vezes, sempre ou quase sempre ficam fascinadas por assuntos/objetos e gostam de colecionar ou agrupar obsessivamente esse assunto/objeto. 50% das crianças bastantes vezes, sempre ou quase sempre manifestam alterações de comportamento.

Na dimensão “Processamento Sensorial”, 95,3% das crianças com PEA apresentaram um comportamento frequente ou comportamento muito frequente. 59,4% das crianças bastantes vezes ou quase sempre tem dificuldade em prestar atenção em ambientes com muita informação visual. 53,1% das crianças bastantes vezes, sempre ou quase sempre gostam de trepar para os armários/saltar do sofá para o chão. 50% das crianças sempre, quase sempre ou bastantes vezes gostam de observar objetos a rodar ou com brilho/luzes intensas. 46,9% sempre, quase sempre ou bastantes vezes procuram o contacto com superfícies ou com pessoas à sua volta. 43,8 % das crianças sempre, quase sempre ou bastantes vezes agitam as mãos.

Tabela 4 - Percentagens e frequências das dimensões da Escala EACPEA

Dimensão EACPEA	Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente
Comunicação Social (CS)	4,7% (3)	75% (48)	20,3% (13)
Comportamentos Repetitivos e Interesses Restritos (CRIR)	14,1% (9)	60,9% (39)	25% (16)
Processamento Sensorial (PS)	4,7% (3)	60,9% (39)	34,4% (22)

Fonte: Escala de avaliação das crianças com PEA - EACPEA (Reis, Pereira e Almeida, 2014)

A relação entre dimensões da Escala PediEat e as dimensões da escala EACPEA é apresentada na tabela 5, através da correlação não Paramétrica de *Spearman*.

A dimensão “Comunicação Social” da escala EACPEA apresenta uma correlação significativa para $p < 0,01$, negativa, moderada com a dimensão “seletividade e alimentação restrita” da escala PediEat ($R = -0,373$, $p=0,002$): quanto mais alto o

resultado na escala de comunicação social (um resultado alto nesta dimensão representa melhores desempenhos a nível da comunicação social) menor a seletividade e alimentação restrita.

A dimensão “Comportamentos Repetitivos e Interesses Restritos” escala EACPEA apresenta correlações significativas para $p \leq 0,01$, moderadas e positivas com as dimensões “Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições” ($R = 0,381$, $p = 0,002$), “seletividade e alimentação restrita” ($R = 0,345$, $p = 0,005$) e com o total da escala PediEat ($R = 0,339$, $p = 0,006$) e uma correlação significativa, para $p \leq 0,05$, positiva, fraca com a dimensão “Sintomas Fisiológicos” ($R = 0,257$, $p = 0,040$): quanto mais frequentes os comportamentos repetitivos maior a frequência de comportamentos problemáticos, de seletividade e alimentação restrita e de sintomas fisiológicos bem como de problemas alimentares no geral.

A dimensão “Processamento Sensorial” da escala EACPEA apresenta correlações significativas, para $p \leq 0,01$, moderadas e positivas com as dimensões “Sintomas fisiológicos” ($R = 0,318$, $p = 0,010$) e “Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições” da PediEat ($R = 0,355$, $p = 0,004$) bem como com o total da escala ($R = 0,322$, $p = 0,009$): quanto mais frequentes os comportamentos relativos ao processamento sensorial atípico, mais frequentes os sintomas fisiológicos, comportamentos problemáticos e problemas alimentares no geral.

Tabela 5 – Correlação de Spearman: relação entre dimensões da Escala PediEat e as dimensões da escala EACPEA

		Dimensões EACPEA		
Dimensões PediEat		Comunicação Social (CS)	Comportamentos Repetitivos e Interesses Reduzidos (CRIR)	Processamento Sensorial (PS)
Sintomas fisiológicos	R_{Spearman}	-,173	,257*	,318*
	p	,171	,040	,010
	N	64	64	64
Comportamentos Problemáticos	R_{Spearman}	-,045	,381**	,355**
	p	,724	,002	,004
	N	64	64	64
Seletividade e alimentação restrita	R_{Spearman}	-,373**	,345**	,209
	p	,002	,005	,097
	N	64	64	64
Processamento oral	R_{Spearman}	-,020	,090	,163
	p	,878	,481	,197

	N	64	64	64
Classificação final	R _{Spearman}	-,172	,339**	,322**
PediEat	p	,175	,006	,009
	N	64	64	64

*. Correlação significativa para 0.05

**. Correlação significativa para 0.01

Foi possível ainda correlacionar as variáveis sócio demográficas “idade” e “escolaridade dos pais” (Tabela 6). Verificou-se que existe uma correlação significativa negativa entre a idade do pai e a idade da mãe e a dimensão do “Processamento Sensorial” da EACPEA (correlação moderada no caso do pai: -0,320 e no limiar do moderado no caso da mãe: -0,284): quanto maior a idade do pai e da mãe menor a frequência de comportamentos de PS atípico para, ou em resposta a “ruídos inesperados ou altos (por exemplo, chora ou esconde-se com o barulho do aspirador, ladrar do cão, secador de cabelo)” ou “proximidade ou toque” (por exemplo, luta ou grita durante o corte de cabelo, lavagem do rosto, corte de unhas).

Tabela 6 - Correlação Spearman – Relação da idade e escolaridade dos pais com os domínios categorizados da EACPEA

			Classificação final da dimensão		
			Classificação final da dimensão Comunicação Social (CS)	Comportamentos Repetitivos e Interesses Reduzidos (CRIR)	Classificação final da dimensão Processamento Sensorial (PS)
Spearman's rho	idade da mãe	R	-,136	-,045	-,284*
		p	,299	,733	,028
		N	60	60	60
	idade do pai	R	-,181	-,121	-,320*
		p	,167	,359	,013
		N	60	60	60
	Grau de escolaridade da mãe	R	,102	-,010	-,181
		p	,438	,941	,167
		N	60	60	60
	Grau de escolaridade do pai	R	,159	,033	-,102
		p	,226	,803	,440
		N	60	60	60

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

É ainda possível aferir que existe uma correlação significativa negativa entre a idade do pai e a idade da mãe e a dimensão “Comportamentos Problemáticos na Hora das

Refeições” da PediEat (correlação moderada no caso da mãe: -0,396 e no limiar do moderado no caso da pai: -0,298): quanto maior a idade do pai e da mãe menor a preocupação ao nível de “comportamentos problemáticos” (comportamentos durante a hora da refeição, nomeadamente capacidade de concentração, recusa alimentar, consistência das preferências alimentares, presença de rituais, presença de stress, outros) (Tabela 7).

Tabela 7- Correlação de Spearman – Relação da idade e escolaridade dos pais com os domínios categorizados da PediEat

			Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos	Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos	Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita	Classificação final da dimensão Processamento oral	Classificação final de todas as dimensões do PediEat
Spearman's rho	idade da mãe	R	-,185	-,396**	-,034	-,100	-,221
		p	,157	,002	,797	,449	,089
		N	60	60	60	60	60
	idade do pai	R	-,035	-,298*	-,022	-,076	-,203
		p	,791	,021	,869	,564	,119
		N	60	60	60	60	60
	Grau de escolaridade da mãe	R	-,232	-,173	-,139	,059	-,035
		p	,075	,187	,290	,654	,792
		N	60	60	60	60	60
	Grau de escolaridade do pai	R	-,117	,035	-,233	,093	,029
		p	,372	,790	,073	,479	,823
		N	60	60	60	60	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Relativamente à nacionalidade do pai e da mãe foi possível comparar um grupo de pais e mães de nacionalidade portuguesa e de nacionalidade brasileira nos domínios categorizados das escalas, tendo-se recorrido ao teste *Mann-Whitney* dado a escala dos domínios categorizados ser ordinal.

De seguida apresenta-se os resultados do único domínio das duas escalas onde houve diferenças no limiar da significância entre pais/mães brasileiros. Os restantes domínios das duas escalas onde o resultado entre as duas nacionalidades foi idêntico são apresentados em anexo¹⁷

¹⁷ Apêndice XIV – Domínios das 2 escalas entre nacionalidades portuguesa e brasileira

Na “nacionalidade da mãe” temos 10 mães brasileiras e na “nacionalidade do pai” temos 9 brasileiros, pelo que é possível comparar portugueses e brasileiros. A variável idade é quantitativa e a escolaridade qualitativa ordinal e como tal podemos usar uma correlação não paramétrica para as correlacionar com os domínios categorizados das escalas.

O teste *Mann-Whitney* revelou um resultado no limiar da significância no domínio sintomas fisiológicos da PediEat, sendo o valor de significância de 0,09, constatando-se uma tendência para haver maior preocupação neste domínio nas mães brasileiras em que 40% revelam preocupação ou preocupação elevada, enquanto nas mães portuguesas essa percentagem é de 15,7%. (Tabela 8)

Tabela 8- Mann-Whitney: Comparação entre mães brasileiras e mães portuguesas no domínio categorizado dos sintomas fisiológicos

		Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos				Mann-Whitney =
		Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	Total	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Freq 43	1	7	51	U = 195,00 p = 0,09
		% 84,3%	2,0%	13,7%	100,0%	
	Brasileira	Freq 6	1	3	10	
		% 60,0%	10,0%	30,0%	100,0%	
Total		Freq 49	2	10	61	
		% 80,3%	3,3%	16,4%	100,0%	

O teste *Mann-Whitney* também revelou um resultado no limiar da significância nos pais, nos sintomas fisiológicos, sendo o valor de significância de 0,052, constatando-se também uma tendência para haver maior preocupação neste domínio nos pais brasileiros, em que 44,4% revelam preocupação ou preocupação elevada, enquanto nos pais portugueses essa percentagem é de 15,4% (Tabela 9).

Tabela 9 – Mann-Whitney: Comparação entre pais brasileiros e pais portugueses no domínio categorizado dos sintomas fisiológicos da PediEat

		Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos				Mann-Whitney
		Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	Total	
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Freq 44	1	7	52	
		% 84,6%	1,9%	13,5%	100,0%	U = 168,00 p = 0,052
	Brasileira	Freq 5	1	3	9	
		% 55,6%	11,1%	33,3%	100,0%	
Total		Freq 49	49	2	10	
		% 80,3%	80,3%	3,3%	16,4%	

Pretendeu-se averiguar se a situação profissional tem impacto nos resultados das duas escalas. Nesta variável só se considerou a situação das mães, porque no caso dos pais quase todos estão empregados, enquanto nas mães foi possível comparar o grupo de desempregadas com o grupo das empregadas. Usou-se uma vez mais o teste Mann-Whitney, apresentando-se os resultados do único domínio das duas escalas com resultados no limiar da significância (os restantes domínios onde os resultados são semelhantes nos dois grupos são apresentados em anexo¹⁸).

O teste *Mann-Whitney* revelou resultados no limiar da significância entre mães empregadas e mães desempregadas no domínio “comportamentos repetitivos e interesses reduzidos” da EACPEA, sendo o valor de significância de 0,053. Nas mães desempregadas há uma percentagem mais elevada de “comportamentos muito frequentes” (45,5%) neste domínio, enquanto nas mães empregadas essa percentagem é de 21,6% (Tabela 10).

Tabela 10 – Mann-Whitney: Comparação entre mães empregadas e mães desempregadas no domínio categorizado dos Comportamentos repetitivos e interesses reduzidos da EACPEA

		Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos e interesses reduzidos (CRIR)				Mann-Whitney
		Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente	Total	
Situação profissional da mãe	Empregada	Freq 8	32	11	51	
		% 15,7%	62,7%	21,6%	100,0%	U = 189,50 p = 0,053
	Desempregada	Freq 0	6	5	11	
		% 0,0%	54,5%	45,5%	100,0%	
Total		Freq 8	38	16	62	
		% 12,9%	61,3%	25,8%	100,0%	

¹⁸ Apêndice XV– Domínios das 2 escalas entre mães empregadas e desempregadas

Discussão dos resultados

A amostra foi constituída por 64 crianças predominantemente do sexo masculino (87,5%, ratio de aproximadamente 8:1), demonstrando uma proporção muito superior de 4:1 de crianças do sexo masculino, documentada no DSM-5 (APA,2013) e nas revisões sistemáticas de Zeidan (2022) e de Lomes e Mandy (2017).

46,9% da amostra não tem irmãos, reforçando os dados da Pordata (2023a) que atualmente em Portugal, em média, o índice de fecundidade é de 1,43 crianças. Por outro lado, a investigação também refere que a tomada de decisão em ter outro filho coincide muitas vezes com o processo de diagnóstico da primeira criança com PEA na família tendo assim impacto nesse planeamento familiar (Navot et al., 2016). Além disso, ser pai de uma criança com PEA é uma experiência stressante e difícil. A literatura refere que os prestadores de cuidados a crianças com PEA têm frequentemente problemas de saúde mental, incluindo ansiedade e depressão, uma pior qualidade de vida e bem-estar e níveis mais elevados de stress, em comparação com os prestadores de cuidados de crianças com desenvolvimento típico e com os prestadores de cuidados de crianças com outras perturbações infantis, como a síndrome de Down e/ou a PHDA (Papadopoulos, 2021). É assim, perfeitamente compreensível que pais de crianças com PEA tenham receio numa nova experiência de maternidade pela incerteza de voltar a ter outra criança com algum tipo de dificuldade.

Os resultados desta investigação demonstraram que apenas 9,4% crianças são acompanhadas por Alergologia e 1,6% pelo Gastroenterologista. Estes valores demonstram a quase inexistência do acompanhamento destas especialidades nesta amostra, quando na verdade se sabe que estes profissionais devem fazer parte da equipa interdisciplinar de acompanhamento a estas crianças e famílias pelas dificuldades alimentares subjacentes e à alta incidência de aversão alimentar (Blaine et al., 2023).

Apenas 14,1% da amostra apresentou uma condição médica associada ao diagnóstico da PEA e 3,1% dos pais mencionaram as dificuldades alimentares estarem descritas no relatório médico, no entanto, está bem documentado que mais de 80% dos indivíduos com PEA apresentam comorbilidades médicas e neurológicas, distúrbios gastrointestinais e respiratórios (Madra et al.,2020). Também é necessária a realização de testes genéticos

e outras investigações médicas ou encaminhamento para consultas de subespecialidade com base nas características específicas do paciente (Hodges et al., 2020). É necessário compreender e reconhecer as lacunas na prestação de serviços de saúde desta população tanto pelas comunidades médicas como pela própria família, para o desenvolvimento eficaz da gestão médica da PEA (Mukhamedshina et al., 2022). Por outro lado, é fundamental obter um maior contributo e maior feedback por parte dos profissionais que acompanham estas crianças, de forma a contribuir para a melhoria das práticas de intervenção na primeira infância (Dunst & Esp-Skrmindt, 2017).

A idade média da mulher portuguesa, ao nascimento do primeiro filho tem vindo a aumentar fixando-se atualmente nos 32 anos de idade, sendo que reforça os dados demográficos da Pordata (2023b).

Relativamente ao nível de escolaridade das mães, a estatística apresentada vai de encontro aos dados da Pordata (2023c) em que nos últimos anos cada vez mais mulheres portuguesas concluem o nível de estudos.

Efetivamente o número de mulheres profissionalmente ativas em Portugal tem vindo a aumentar ao longo das décadas, como refere Deus et al. (2022), e como se verifica também no presente estudo. Comparando o grau de escolaridade e a taxa de empregabilidade dos progenitores, são as mulheres que apresentam mais habilitações académicas, mas, no entanto, maior taxa de desemprego comparativamente com os pais, reforçando o Boletim Estatístico sobre a igualdade de género em Portugal (CIG, 2022).

A idade média de diagnóstico do presente estudo situa-se principalmente na faixa etária dos 3 e 4 anos de idade, no entanto, a maioria dos diagnósticos é atualmente realizada após os quatro anos de idade (Kerub et al., 2020; Sheldrick et al., 2017, Zwaigenbaum et al., 2015. No entanto, literatura evidencia que diagnóstico de PEA antes dos 2,5 anos de idade está associado a benefícios consideráveis para as crianças apresentando melhores resultados clínicos, intervenções mais eficazes e melhorias consideráveis na redução da sintomatologia em comparação com crianças diagnosticadas em idades mais avançadas (Gabbay-Dizdar et al., 2022; Klin et al., 2020; Roley et al., 2015), sendo necessário combater esta lacuna e realizar diagnósticos ainda mais precoces em crianças com PEA em Portugal.

Relativamente ao diagnóstico diferencial, as baterias mais utilizadas na investigação e fidedignas na prática clínica são a ADIR-R e a ADOS. A ADOS é um instrumento de

avaliação semiestruturado de observação padronizada que tem sofrido vários desenvolvimentos sucessivos, tais como otimizações relativas à sensibilidade dos seus pontos de corte. Muitos trabalhos contribuíram para a construção de um instrumento com qualidades métricas fiáveis e sólidas que, no entanto, mantém vieses importantes, como a subjetividade do prestador de cuidados ou do avaliador durante o processo de pontuação (Frigaux et al., 2019). É um instrumento com uma boa validade diagnóstica, no entanto, a sua aplicação depende da formação especializada dos profissionais. Este pode ter sido uma das justificações de termos obtido, neste estudo, apenas 15,6% das crianças foram sujeitas a esta avaliação (ADOS).

Dado que são os Médicos de Família e os Pediatras as primeiras entidades médicas em contacto com a criança durante a primeira infância, são também as primeiras entidades responsáveis por usarem diversas ferramentas diagnósticas para o rastreio precoce da PEA em ambientes de cuidado primário, sendo as duas primeiras entidades referenciadoras no presente estudo (Sobieski et al., 2022). A família, tendo sido a terceira “entidade” referenciadora da criança com PEA para o acompanhamento terapêutico, deve-se ao facto de ser o elemento mais próximo da criança por excelência e, por isso, o primeiro elemento a identificar as dificuldades sentidas na participação ocupacional da criança nas rotinas diárias. Para as famílias de crianças com necessidades especiais, as rotinas significativas são mais difíceis de estabelecer pelas próprias especificidades do diagnóstico da criança como das suas necessidades (Larson & Miller-Bishoff, 2014).

As principais dificuldades alimentares das crianças no presente estudo, relacionam-se sobretudo com a seletividade alimentar (64,1% das crianças na Bateria PediEat apresentaram preocupação ou preocupação elevada neste domínio e 56,3 % dos pais têm a perceção de que a principal dificuldade alimentar do seu filho se relaciona com a seletividade e alimentação restrita). Estas proporções vão ao encontro de estudos anteriores em que foi relatado que cerca de 70% das crianças com PEA apresentam seletividade alimentar (Mc Elhanon et al., 2014; Matson & Fodstad, 2009; Twachtman-Reilly et al., 2008) e foi descoberto repetidamente que elas exibem recusa de alimentos, comportamentos problemáticos na hora das refeições (tal como em 25% da presente amostra) e aceitação limitada de uma variedade e textura de alimentos (no presente estudo, de alguma forma 64,1% das crianças tem dificuldades relacionadas com a textura dos alimentos).

A correlação significativa para $p < 0,01$, negativa, moderada entre a dimensão “comunicação social” da escala EACPEA com a dimensão “seletividade e alimentação restrita” da escala PediEat ($R = -0,373$, $p=0,002$), (o que indica que quanto mais alto o resultado na escala de “comunicação social”, menor a “seletividade e alimentação restrita”), pode ser justificada pelo facto das crianças com PEA serem menos motivadas socialmente para participar das refeições e muitas vezes comerem sozinhas, não almoçarem em conjunto com outras crianças ou não participarem em festas de aniversário onde têm maior oportunidades de experimentarem novos alimentos pelo que perdem os benefícios de refeições compartilhadas, da comunicação social e participação no processo da hora das refeições (Johnson et al., 2014).

A “Comunicação social” da EACPEA, sendo também uma dimensão onde se avaliam itens da oralidade da criança, é compreensível que crianças que tenham um maior desenvolvimento da estrutura oral (através de maiores vocalizações e da utilização de palavras para fazer pedidos, como na presente amostra em que mais de 60% das crianças emitem sons e as baixas percentagens a nível do Processamento oral em que apenas 10,9% das crianças manifestaram preocupação ou preocupação elevada neste domínio), também tenham um maior desenvolvimento do processamento sensorial oral. Estes dados evidenciam que as dificuldades no Processamento Oral estão negativamente relacionadas com as dificuldades de comunicação (Raj et al., 2023). Está bem estabelecido que os processos de alimentação oral dependem de capacidades motoras e reflexas que funcionam em sinergia, e que mantêm uma relação estreita com o desenvolvimento do cérebro e as suas funções (Ramos et al., 2017). Também o facto destas crianças terem dificuldades na comunicação social, vai interferir no desenvolvimento da sua participação à hora das refeições.

As correlações significativas para $p \leq 0,01$, moderadas e positivas do domínio “comportamentos repetitivos e interesses reduzidos” com as dimensões “comportamentos problemáticos na hora das refeições” ($R= 0,381$, $p = 0,002$), “seletividade e alimentação restrita” ($R=0,345$, $p=0,005$) e com o total da escala PediEat ($R = 0,339$, $p = 0,006$), pode ser explicada pelo facto dos rituais alimentares ou padrões de comportamento ritualísticos ou repetitivos contribuírem para o aumento da seletividade alimentar, o que pode incluir insistência em métodos específicos de preparação da comida, tipos de alimentos, regras de horário e num maior aumento de comportamentos problemáticos na hora das refeições bem como de alterações alimentares em geral (Matson & Fodstad, 2009; Sharp et al.,

2013). Os rituais alimentares ou padrões de comportamento ritualísticos ou repetitivos contribuem para a seletividade alimentar, o que pode incluir insistência em métodos específicos de preparação, tipos de alimentos e regras de horário das refeições (Matson & Fodstad, 2009). Crianças com PEA apresentam uma série de comportamentos problemáticos durante as refeições, como gritar, não sentar à mesa, agressividade e acessos de raiva, resultando muitas vezes num maior isolamento da criança durante as refeições, tanto na escola como em casa (Provost et al., 2010), podendo ser a justificação de 62,5% e 50% das crianças do presente estudo manifestarem sempre ou quase sempre baixa tolerância à frustração e alterações de comportamento.

Embora as crianças que são seletivas em termos alimentares tenham um reportório limitado de alimentos, há estudos que não revelam que o problema seja suficientemente grave para resultar em desnutrição ou para exigir intervenção intensiva (Laude et al., 2009). Estes estudos são consistentes com os resultados na amostra obtida em que apenas 4,7% não gostam de comer (57,5% dos participantes sempre ou quase sempre gostam de comer). De facto, nesta investigação a análise estatística apoia uma correlação positiva, embora fraca, da Dimensão dos “comportamentos repetitivos e interesses reduzidos” com os “sintomas fisiológicos”. No entanto, convém reforçar que em algum momento 36% das crianças estudadas podem apresentar comportamentos de recusa alimentar pelo que podem sofrer consequências mais graves para a saúde (Laude et al., 2009). Este dado reforça a importância da presente amostra beneficiar de mais consultas de subespecialidade.

A dimensão “Processamento Sensorial” da escala EACPEA apresentou correlações significativas, para $p \leq 0,01$, moderadas e positivas com as dimensões “Sintomas fisiológicos” ($R=0,318$, $p = 0,010$) e “comportamentos problemáticos na hora das refeições” da PediEat ($R=0,355$, $p = 0,004$). Esta correlação ao encontro do estudo de Wood et al. (2022) que revela um aumento na prevalência de hiperresponsividade sensorial em crianças que se apresentam acompanhadas em consulta de Gastroenterologia, independente do diagnóstico gastrointestinal, conforme medido pelo SPM-2, sendo as diferenças mais pronunciadas no quadrante Evitamento da Estrutura de Processamento Sensorial de Dunn. Por outro lado, pesquisa bibliográfica sugere que a presença de comportamentos problemáticos como birras, agressividade em crianças pequenas com PEA está associada a problemas gastrointestinais (Ferguson et al., 2019)

Tal como referido anteriormente, as diferenças sensoriais apresentadas pelas crianças com PEA têm impacto na natureza da sua participação na vida quotidiana. A reatividade sensorial, por exemplo, pode influenciar significativamente o funcionamento diário nas ocupações (Bagby et al., 2012; Bodison, 2015; Reynolds et al., 2012;). De facto, existem estudos que encontraram uma relação significativa entre a reatividade sensorial e o desempenho ocupacional nas atividades da vida diária das crianças com PEA, incluindo dormir, vestir-se, comer, brincar e participar em atividades de lazer e relacionadas com a escola (Daly et al., 2022). É assim justificável que, ao nível da alimentação, as crianças com PEA tenham mais problemas comportamentais relacionados com as suas alterações de PS como foi demonstrado no presente estudo.

Algumas mães, entrevistadas sobre a perceção das refeições com seus filhos com PEA, descreveram o horário das refeições como difícil e stressante, devido à alimentação limitada da criança, ressaltando que a intervenção comportamental deve ser levada em consideração principalmente para melhorar os hábitos alimentares destas crianças, mas também para reduzir a perceção de stress relacionado às rotinas alimentares das famílias com crianças com PEA e à seletividade alimentar (Esposito et al., 2023).

Relativamente às correlações entre a idade do pai e a idade da mãe e a dimensão “Processamento Sensorial” da EACPEA, os resultados mostraram que quanto maior a idade do pai e da mãe, menor a frequência de comportamentos de “PS atípico”. A capacidade de interpretar os comportamentos atípicos e regular a sua criança com PEA poderá ser tanto maior quanto maior a experiência parental e maior a capacitação do cuidador. Ao longo do tempo, os pais vão aprendendo a lidar com a sua criança e vão sendo capacitados para tal por parte das equipas especializadas que acompanham os seus filhos (Daly et al., 2022). Uma das funções dos terapeutas ocupacionais nesta área de prática é ajudar os pais e famílias a identificar e compreender como as diferenças de processamento sensorial dos seus filhos influenciam as suas ocupações diárias e a participação nas rotinas, incluindo a alimentação (Daly et al., 2022).

Uma outra linha de pensamento que pode justificar estes resultados é o estudo de Oyarzún-Farías et al. (2021), que indica que são os pais jovens que apresentam maiores níveis de stress parental, que depois diminui à medida que a idade dos pais aumenta, apresentando um ponto de viragem aos 36,6 anos de idade, onde o stress começa a aumentar novamente à medida que a idade dos pais aumenta, mas nunca os mesmos níveis de stress em pais jovens. Ou seja, o stress associado a pais mais jovens pode diminuir a

capacidade de interpretar e regular comportamentos sensoriais atípicos na criança com PEA.

Estudo de Rivard et al. (2014) destaca que os resultados indicaram que os pais relataram níveis mais elevados de stress do que as mães. Os níveis de stress de ambos os pais estão associados à idade do filho, ao quociente intelectual, à gravidade dos sintomas do autismo e aos comportamentos adaptativos. O stress paterno, mas não o stress materno, foi previsto pela gravidade dos sintomas autistas e pelo sexo da criança, o que pode explicar as ligeiras diferenças da correlação significativa negativa entre a idade do pai e a idade da mãe e a dimensão do “Processamento Sensorial” da EACPEA (correlação moderada no caso do pai: -0,320 e no limiar do moderado no caso da mãe: -0,284).

Ainda dentro desta linha de pensamento, podemos analisar os resultados obtidos acerca da tendência para maiores preocupações ao nível da alimentação nas mães brasileiras em que 40% revelam preocupação ou preocupação elevada, enquanto nas mães portuguesas essa percentagem é de 15,7%.

Entrevistas com famílias de imigrantes revelam que muitos vivenciam estigma e isolamento social associados à saúde mental e parentalidade dentro de sua cultura grupos e suas comunidades, levando a atrasos a obter avaliações ou ajuda para compreender a sintomatologia associada à PEA (Rivard et. al, 2019).

Vários estudos sobre famílias imigrantes relatam uma maior prevalência de PEA entre famílias de imigrantes ou entre crianças nascidas de pais imigrantes (Becerra et al., 2014). As mães imigrantes de crianças com PEA podem não ser alertadas para os sintomas específicos de PEA e podem-se concentrar em outras condições ou sintomas que são os mais aparentes (por exemplo, no presente estudo exacerbar os sintomas fisiológicos). Por outro lado, as famílias imigrantes também foram relatadas como menos propensas a procurar serviços educacionais para seus filhos (Vanegas, 2021).

Elevados níveis de stresse parental podem exacerbar as alterações comportamentais em crianças com PEA nomeadamente comportamentos de retraimento e evitação, mas também a comportamentos de agressão e impulsividade (Zaidman-Zait et al., 2014).

Relativamente à correlação positiva entre a maior frequência de comportamentos repetitivos em mães desempregadas, estudo de Mooi-Reci & Wooden (2022), reforça que o desemprego de longa duração pode afetar negativamente o estado de saúde das crianças.

Por outro lado, o desemprego também origina stress parental o que pode justificar a maior presença de comportamentos repetitivos em crianças com PEA em mães desempregadas, comparativamente com as mães empregadas. É também documentado que o stress parental é um fator associado a comportamentos problemáticos em crianças em idade pré-escolar com PEA e com desordens do PS (Chiang et al., 2019).

Conclusões

Com o presente estudo pretendeu-se correlacionar os resultados da “Escala de Avaliação da Criança com PEA (3-6anos)” com as alterações alimentares obtidas através da PeDiEat numa amostra de 64 criança com este diagnóstico.

Foram evidenciadas correlações significativas entre os critérios de diagnóstico das PEA e as dificuldades alimentares, sendo uma mais valia tanto na identificação da sintomatologia relacionada com a PEA bem como as dificuldades alimentares, possibilitando a realização de diagnósticos mais precoces, confiáveis e precisos, e consequentemente intervenções mais atempadas nesta população.

Um dado importante é a relação inversa entre a Comunicação Social destas crianças e a seletividade alimentar, o que significa que crianças com PEA mais competentes do ponto de vista da “Comunicação Social” parecem ter menos problemas de “seletividade alimentar”. Uma relação linear entre o critério de diagnóstico “Comportamento Repetitivo e Interesses Restritos” e o “comportamento problemático na hora das refeições” foi encontrada neste estudo.

A escala EACPEA assume-se assim como fidedigna na identificação dos principais comportamentos relacionados com os critérios de diagnóstico nos domínios da “Comunicação Social”, “Comportamentos/Interesses Restritos” e “Processamento Sensorial”, sendo os resultados compatíveis com a principal sintomatologia descrita no relatório médico relatada pelo pais. Apesar da maioria dos pais ter a perceção das dificuldades alimentares dos seus filhos com PEA e do seu elevado impacto na vida diária, estas dificuldades alimentares não são estudadas de forma mais pormenorizada pela comunidade médica, nomeadamente pelo Nutricionista nem pelo Gasteroenterologista, nem mencionadas como um dos principais sintomas no relatório médico. É

imprescindível um olhar mais atento sobre as condições e comorbilidades médicas, que afetam não só a alimentação, mas também o estado de saúde geral das crianças com PEA. Continua a ser necessário investir em diagnósticos o mais precoces possível, sendo quase inexistente a percentagem de crianças neste estudo que foi diagnosticada antes dos 3 anos de idade.

Pode afirmar-se que a escala PediEat assumiu-se também como uma bateria precisa na identificação das dificuldades alimentares no domínio dos sintomas fisiológicos, comportamentos problemáticos na hora das refeições, alimentação restrita e processamento oral das crianças estudadas, apesar de ainda não se terem obtido pontos de corte para a população portuguesa e terem sido utilizados os dados normativos da escala original, o que pode comprometer os resultados apresentados. De realçar que os dados obtidos nesta escala foram consistentes com a informação transmitida pelos pais no questionário sociodemográfico, apresentando-se a alimentação restrita/seletividade alimentar como principal dificuldade. No entanto, convém referir que, apesar de menor, as crianças com PEA continuam a apresentar uma elevada percentagem de comportamentos problemáticos na hora das refeições, sintomas fisiológicos e de processamento oral. É necessário sensibilizar e melhor capacitar a família e comunidade médica para esta sintomatologia. A maioria das crianças da presente amostra beneficiam de apoio de ORL e/ou Oftalmologia, pelo que seria interessante estudar mais a fundo a relação entre as dificuldades apresentadas pelas crianças na consulta de ORL e Oftalmologia e as dificuldades a nível do PS nestas crianças.

De forma a ajudar os pais e famílias a identificar e compreender como as diferenças de PS dos seus filhos e a sua influência nas suas ocupações diárias e a participação nas rotinas, incluindo a alimentação, é fundamental que o Terapeuta Ocupacional tenha conhecimentos sólidos e fidedignos, daí a especialização em IS ser fundamental. Seria interessante no presente estudo verificar de forma mais pormenorizada quais são as crianças que efetivamente beneficiam de apoio do TO com especialização em IS.

Por todos os motivos supramencionados, além da especialização, é fundamental que o TO se articule de forma efetiva com os demais profissionais e equipa médica e com a família.

O facto de nenhum dos pais não ter referido que o seu filho frequenta os serviços de IP torna necessário um olhar mais atento para uma maior sensibilização da família para a importância da Intervenção precoce. Por outro lado, esta omissão pode ter sido resultado

da autora do estudo não ter escrito especificamente no questionário sociodemográfico “Serviços de IP”.

Destaca-se neste estudo, a influencia da idade, nacionalidade e situação laboral dos pais nas avaliações feitas através dos dois questionários.

Comparando os resultados entre mães brasileiras e mães portuguesas, de destacar que resultados no limiar da significância poderiam ter resultados significativos com amostras maiores, pelo que faz sentido em estudos futuros estas variáveis serem estudadas para se verificar se de facto têm algum impacto nos resultados dos domínios das duas escalas.

Relativamente às limitações do estudo, destacam-se as dificuldades em obter autorização por parte dos estabelecimentos de recolha ou dos encarregados de educação bem como em aceder à base de dados informática e entrar em contacto com os pais. O tempo de recolha da amostra foi bastante moroso assim como a ausência/demora de reenvio dos questionários preenchidos, por parte dos mesmos. O presente estudo beneficiaria também de uma amostra maior.

Foi também evidente a dificuldade em seleccionar crianças com diagnóstico confirmado de PEA, sendo que muitas crianças, na faixa etária estudada, entre os 3 e os 6 anos de idade, ainda não apresentavam relatório médico, pelo que não foram elegíveis para estudo, o que reforça mais uma vez a importância da realização de diagnósticos o mais precoces possível. Por outro lado, muitas das crianças do estudo apresentam o diagnóstico clínico compatível com PEA sendo que o mesmo ainda carece da realização de mais baterias formais para a sua confirmação completa e definição do grau.

Dada a escassez do tempo de realização do estudo recorreu-se a uma amostra por conveniência no sentido de recolher e ter acesso a um maior número de casos principalmente na zona norte de Portugal, zona de residência da investigadora, não se garantindo por isso a homogeneidade da amostra.

A alta prevalência de dificuldades alimentares em crianças com PEA é complexa e multifatorial o que torna pertinente explorar mais a fundo a sua etiologia e relacionamento, sendo imprescindível a realização de mais estudos nesta temática.

Referências Bibliográficas

- Adams, S. (2022). Feeding and Swallowing Issues in Autism Spectrum Disorders. *Neuropsychiatric disease and Treatment*, 14(18), 2311-2321. <http://doi:10.2147/NDT.S332523>
- Allen, S., Smith, I., Duku, E., Vaillancourt, T., Szatmari, P., Bryson, S., Fombonne, E., Volden, J., Waddell, C., Zwaigenbaum, L., Roberts, W., Mirenda, P., Bennett, T., Elsabbagh, M., & Georgiades, S. (2015). Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale in Young Children with Autism Spectrum disorder: Psychometrics and associations with child and parents variables. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(6), 581–590. <https://doi:10.1093/jpepsy/jsv006>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bagby, M.S., Dickie, V.A., & Baranek, G.T. (2012). How sensory experiences of children with and without autism affect family occupations. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 78-86. <https://doi:10.5014/ajot.2012.000604>
- Bandini, G., Curtin, C., Phillips, S., Anderson S., Maslin, M., & Must, A. (2017). Changes in food selectivity in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(2), 439–446. <https://doi:10.1007/s10803-016-2963-6>
- Baranek, G., David, F., Poe, M., Stone, W., & Watson, L. (2006). Sensory Experiences Questionnaire: Discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(6), 591–601. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01546.x>
- Baraskewich, J., Ranson, K., McCrimmon, A., & McMorris, C. (2021). Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: A scoping review . *Autism*, 25(6), 1505–1519. <https://doi.org/10.1177/1362361321995631>
- Becerra, T., Von Ehrenstein, O., Heck, J., Olsen, J., Arah, O., Jeste, S., Rodriguez, M., & Ritz, B. (2014). Autism spectrum disorders and race, ethnicity, and nativity: A populationbased study. *Pediatrics*, 134(1), 63–71. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3928>
- Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S., Engel-Yeyer B., & Gal, E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum

- disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1), 1– 11. [https://doi: 10.1007/s10803-008-0593-3](https://doi.org/10.1007/s10803-008-0593-3)
- Blaine, R., Blaine, K., Cheng, K., Banuelos, C., & Leal, A. (2023) Priorities, barriers, and facilitators for nutrition-related care for autistic children: a qualitative study comparing interdisciplinary health professional and parent perspectives. *Pediatrics*, 11(11), 98-177. [https://doi: 10.3389/fped.2023.1198177](https://doi.org/10.3389/fped.2023.1198177)
- Bodison, S. C., Sankaré, I., Anaya, H., Booker-Vaughns, J., Miller, A., & Williams, P. (2015). Engaging the Community in the Dissemination, Implementation, and Improvement of Health-Related Research. *Clinical and Translational Science*, 8(6), 814–819. [https://doi:10.1111/cts.12342](https://doi.org/10.1111/cts.12342)
- Cermak, A., Curtin, C., & Bandini, G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-46. [https://doi: 10.1016/j.jada.2009.10.032](https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.032)
- Chiang, W., Tseng, M., Fu, F., Ching, I., Chuang, L., & Jeng-Yi, S. (2019). Exploring Sensory Processing Dysfunction, Parenting Stress and Problem Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 7301205130 <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.027607>
- Chiarotti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of autism spectrum disorders: A review of worldwide prevalence estimates since 2014. *Brain Sciences*, 10(5), 274. <https://doi.org/10.3390/brainsci10050274>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2^a edition)*. New York: Lawrence Erlbaum Pub.
- Comissão para a Igualdade de Género (2022). Igualdade de género em Portugal: Boletim Estatístico, 2022. Disponível em: [Boletim Estatístico - CIG](#)
- Crasta, E., Salzinger, E., Lin, H., Gavin, J., & Davies, L. (2020). Sensory Processing and Attention Profiles Among Children with Sensory Processing Disorders and Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 5(14), 22. <https://doi.org/10.3389/fnint.2020.00022>
- Daly, G., Jackson, J., & Lynch, H. (2022). Family life and autistic children with sensory processing differences: A qualitative evidence synthesis of occupational participation. *Frontiers in Psychology*, 13, 940478. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.940478>

- Demir, A., & Özcan Ö. (2022). The nutritional behavior of children with autism spectrum disorder, parental feeding styles, and anthropometric measurements. *Nordic Journal of Psychiatry*, 76(1), 64–70. <https://doi:10.1080/08039488.2021.1934109>
- Deus, M., Zappe, G., & Vieira, M. (2022). Envolvimento, práticas parentais e jornada de trabalho de mães de crianças pré-escolares. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 38, e38513. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38513.pt>
- Dovey, M., Isherwood, E., Aldridge, V., & Martin, C. (2010). Typology of Feeding Disorders Based on a Single Assessment System: Case Study Evidence. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 2(1), 52–61. <https://doi:10.1177/1941406409360038> 19
- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2017). “*Contemporary Early Intervention Models, Research, and Practice for Infants and Toddlers with Disabilities and Delays.*” 2nd ed.). In J. M. Kauffman, D. P. Hallahan, and C.P. Pullen (Eds.). *Handbook of Special Education*, (pp. 831-849). Routledge.
- Elder, J., Kreider, C., Brasher, S., & Ansell, M. (2017). Clinical impact of early diagnosis of autism on the prognosis and parent–child relationships. *Psychology Research and Behavior Management*, 24(10), 283-292t. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S117499>
- Esposito, M., Mirizzi, P., Fadda, R., Pirollo, C., Ricciardi, O., Mazza, M. & Valenti, M. (2023). Food Selectivity in Children with Autism: Guidelines for Assessment and Clinical Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5092. <https://doi: 10.3390/ijerph20065092>.
- Estrem, H., Pados, B., Park, J., Knafl, K., & Thoyre, S. (2016). Feeding problems in infancy and early childhood: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 56– 70. <https://doi:10.1111/jan.13140>
- Ferguson, B, Dovgan, K., Takahashi, N., & Beversdorf, D. (2019). The Relationship Among Gastrointestinal Symptoms, Problem Behaviors, and Internalizing Symptoms in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 9(10), 194. <https://doi:10.3389/fpsyt.2019.00194>
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Loures: Lusodidacta*.
- Frigaux, A., Evrard, R. & Lighezzolo-Alnot, J. (2019). L ADI-R et ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique - intérêts, limites et ouvertures (ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum

- disorders: Interests, limits and openings). *L'Encephale*, 45(5), 441–448.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.07.002>
- Gabbay-Dizdar, N., Ilan, M., Meiri, G., Faroy, M., Michaelovski, A., Flusser, H., Menashe, I., Koller, J., Zachor, D. A., & Dinstein, I. (2022). Early diagnosis of autism in the community is associated with marked improvement in social symptoms within 1–2 years. *Autism*, 26(6), 1353–1363.
<https://doi.org/10.1177/13623613211049011>
- Goldstein, S., Naglieri, A. & Ozonoff, S. (2008). Assessment of autism spectrum disorders. *London: Guilford Press*.
- Guedes, I. (2019). Identification of feeding problems in children aged 6 months to 7 years: adaptation and psychometrics properties of the Portuguese Version of the Pediatric Eating Assessment Tool. Dissertação Tese de Mestrado para obtenção do grau de mestre em Terapia Ocupacional – área de especialização em Saúde Mental pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.
- Hill, A., Zuckerman K., & Fombonne, E. (2015). Obesity and autism. *Pediatrics*, 136 (6), 1051–1061. <https://doi: 10.1542/peds.2015-1437>
- Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(1), 55-65.
<https://doi: 10.21037/tp.2019.09.09.gold>
- Instituto Nacional da Estatística (2011). Classificação Portuguesa das profissões de 2010 (CPP/2010). 11 Edição. Disponível em: Portal do INE, a 21 de Outubro de 2023.
- Johnson C., Turner, K., Stewart, P., Schmidt, B., Shui, A., Macklin, E., Reynolds, A., James, J., Johnson, S., Manning, P., & Hyman, S. (2014). Relationships between feeding problems, behavioral characteristics and nutritional quality in children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2175-84. <https://doi: 10.1007/s10803-014-2095-9>.
- Kerub, O., Haas, E., Meiri, G., Bilenko, N., Flusser, H., Michaelovski, A., Dinstein, I., Davidovitch, N., & Menashe, I. (2021). Ethnic disparities in the diagnosis of autism in Southern Israel. *Autism Research*, 14(1), 193–201. <https://doi:10.1002/aur.2421>
- Kirby, A., Bilder, D, Wiggins, L, Hughes, M., Davis, J., Hall-Lande, J., Lee, L., McMahon, W., & Bakian, A. (2022). Sensory features in autism: Findings from a large population-based surveillance system. *Autism Research*, 15(4), 751-760.
<https://doi: 10.1002/aur.2670>.

- Kojovic, N., Ben Hadid, L., Franchini, M., & Schaer, M. (2019) Sensory Processing Issues and Their Association with Social Difficulties in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Clinical Medicine.*, 8(10), 1508. <https://doi.org/10.3390/jcm8101508>
- Kuhaneck, H. & Watling, R. (2010). Autism: A comprehensive occupational therapy approach. *Bethesda, MD: AOTA PRESS.*
- Larson, E. & Miller-Bischoff, T. (2014). Family routines within the ecological niche: an analysis of the psychological well-being of U.S. caregivers of children with disabilities. *Frontiers in Psychology*, 30(5), 495. <https://doi:10.3389/fpsyg.2014.00495>
- Likert, R. (1932) A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 44–53.
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi:10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Madra, M., Ringel, R., Margolis, K. (2020). Gastrointestinal Issues and Autism Spectrum Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(3), 501-513. <https://doi:10.1016/j.chc.2020.02.005>.
- Malhi, P., Saini, S., Bharti, B., Attri, S., & Sankhyan, N. (2021). Sensory Processing Dysfunction and Mealtime Behavior Problems in Children with Autism. *Indian Pediatrics*, 58(9), 842–845. <https://doi:10.1007/s13312-021-2305>.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1). <https://doi:10.14417/lp.763>.
- Matson, J., Dempsey, T., & Fodstad, J. (2009). The effect of autism spectrum disorders on adaptive independent living skills in adults with severe intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1203-11. <http://doi:10.1016/j.ridd.2009.04.001>.
- Mayes S., Zickgraf, H., & Baweja, R. (2018). Unusual eating patterns and food preferences in children with ASD, ADHD, other disorders, and typical development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(10), 157–S158

- McElhanon, B., McCracken, C., Karpen, S., & Sharp, W. (2014). Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), 872-83. <https://doi:10.1542/peds.2013-3995>.
- Mooi-Reci, I. & Wooden, M. (2022). Jobless parents, unhealthy children? How past exposure to parental joblessness influences children's future health. *SSM Population Health*, (13)19, 101144. <http://doi:10.1016/j.ssmph.2022.101144>.
- Mukhamedshina, Y., Fayzullina, R., Nigmatullina, I., Rutland, C. & Vasina, V. (2022). Health care providers' awareness on medical management of children with autism spectrum disorder: cross-sectional study in Russia. *BMC Medical Education*, 22(1), 29. <http://doi:10.1186/s12909-021-03095-8>.
- Nadon, G., Feldman, D., Dunn, W., & Gisell, E. (2011). Association of Sensory Processing and Eating Problems in Children with Autism Spectrum Disorders. *Autism Research and Treatment*, 20(11), 541926. <https://doi:10.1155/2011/541926>
- Navot, N., Jorgenson, A., Vander Stoep, A., Toth, K., & Webb, S. (2016). Family planning and family vision in mothers after diagnosis of a child with autism spectrum disorder. *Autism: the international journal of research and practice*, 20(5), 605–615. <https://doi.org/10.1177/1362361315602134>
- Nimbley, E., Golds, L., Sharpe, H., Gillespie-Smith, K., Duffy, F. (2022). Sensory processing and eating behaviours in autism: A systematic review. *European Eating Disorders Review.*, 30(5), 538-559. <https://doi:10.1002/erv.2920>
- Oyarzún-Farías, M., Cova, F. & Bustos Navarrete, C. (2021). Parental Stress and Satisfaction in Parents With Pre-school and School Age Children. *Frontiers in Psychology*. 28(12), 683117. <http://doi:10.3389/fpsyg.2021.683117>
- Pados, B., Thoyre, S., & Park, J. (2018). Age-based norm-reference values for the Pediatric Eating Assessment Tool. *Pediatric Research*, 84(2), 233-239. <https://doi:10.1038/s41390-0180067->
- Panerai, S., Ferri, R., Catania, V., Zingale, M., Ruccella, D., Gelardi, D., Fasciana, D. & Elia, M. (2020). Sensory Profiles of Children with Autism Spectrum Disorder with and without Feeding Problems: A Comparative Study in Sicilian Subjects. *Brain Sciences*, 10(6), 336. <https://doi:10.3390/brainsci10060336>
- Papadopoulos, D. (2021). Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. *Brain Sciences*, 11(3), 309. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030309>

- Pordata - Estatísticas de Portugal e da Europa (2023a). Indicadores de fecundidade: índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução. Disponível em: [Portugal: Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução | Pordata](#)
- Pordata - Estatísticas de Portugal e da Europa (2023b). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho. Disponível em: [Portugal: Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho | Pordata](#)
- Pordata - Estatísticas de Portugal e da Europa (2023c). População residente do sexo feminino com idade entre os 16 e os 89 anos por nível de escolaridade completo (%). Disponível em: [Portugal: População residente do sexo feminino com idade entre 16 e 89 anos por nível de escolaridade completo mais elevado \(%\) | Pordata](#)
- Provost, B., Crowe, T., Osbourn, P., McClain, C., & Skipper, B. (2010). Mealtime behaviors of preschool children: comparison of children with autism spectrum disorder and children with typical development. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics.*, 30(3), 220–233. <https://doi:10.3109/01942631003757669>
- Raj, N., Veena, K., Rajashekhar, B., & Sreelakshmi, A. (2023). Oral Sensory Issues with Feeding and Communication Skills in Autistic Children. *Advances in Neurodevelopmental Disorders* (2023). <https://doi.org/10.1007/s41252-023-00338-1>
- Ramos, C., Maximino, P., Machado, R., Bozzini, A., Ribeiro, L., & Fisberg, M. (2017). Delayed Development of Feeding Skills in Children with Feeding Difficulties- Cross-sectional Study in a Brazilian Reference Center. *Frontiers in Pediatrics*, 31(5), 229. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00229>
- Rasga, C., Santos, J., Café, C., Oliveira, A., Duque, F., Posada, M., Nunes, A., Oliveira, G., & Vicente, A. (2023). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in the Centro region of Portugal: a population-based study of school age children within the ASDEU project. *Frontiers in Psychiatry.* 30(14),1148184. <https://doi:10.3389/fpsyt.2023.1148184>.
- Reis (2014). Avaliação diferencial e Intervenção no Espectro do Autismo: A complementariedade de pais e profissionais. Tese de doutoramento em Estudo da Criança. Especialidade em Educação Especial. Universidade do Minho.
- Remnélius, K., Neufeld, J., Isaksson, J., & Bölte, S. (2021). Eating Problems in Autistic Females and Males: A Co-twin Control Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(7), 3153-3168. <https://doi:10.1007/s10803-021-05198-z>

- Reynolds, S., Lane, S.J., Thacker, L. (2012). Sensory Processing, Physiological Stress, and Sleep Behaviors in Children with and without Autism Spectrum Disorders. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*, 32(1), 246-257. <https://doi:10.3928/15394492-20110513-02>
- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1609–1620. <https://doi:10.1007/s10803-013-2028-z>
- Roley, D.; Wagner, S., & Wetherby, A. (2015). Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, 136(1), 10-40. <https://doi:10.1542/peds.2014-3667C>
- Rivard, M., Millau, M., Magnan, C., Mello, C., & Boulé, M. (2019). Snakes and ladders: Barriers and facilitators experienced by immigrant families when accessing an autism spectrum disorder diagnosis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(4), 519–539. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9653-6>
- Schaaf, R., & Mailloux, Z. (2015). Clinician's guide for implementing Ayres Sensory Integration. Promoting Participation for children with autism. Bethesda: AOTA Press
- Schoen, S. A., Lane, S. J., Mailloux, Z., May-Benson, T., Parham, L. D., Smith Roley, S., & Schaaf, R. C. (2019). A Systematic Review of Ayres Sensory Integration Intervention for Children with Autism. *Autism Research*. 12(1), 6-19. <https://doi:10.1002/aur.2046>.
- Seiverling, L., Williams, K., & Sturmey, P. (2018). Assessment of feeding problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22:401–413. <https://doi:10.1007/s10882-010-9206-0>.
- Sheldrick, R., Maye, M., & Carter, A. (2017). Age at first identification of autism spectrum disorder: An analysis of two U.S. surveys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(4), 313–320. <https://doi:10.1016/j.jaac.2017.01.012>.
- Sobieski, M., Sobieska, A., Sekulowicz, M., & Bujnowska-Fedak, M.M. (2022). Tools for early screening of autism spectrum disorders in primary health care - a scoping review. *BMC Prim Care*, 23(1), 46. <https://doi:10.1186/s12875-022-01645-7>.

- Suarez, A. (2012). Sensory Processing in Children with Autism Spectrum Disorders and Impact on Functioning., *Pediatric Clinics of North America*, 59(1)59(1), 203–214. <https://doi:10.1016/j.pcl.2011.10.012>.
- Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., Hodges, E., McComish, C., Riper, M., & Murdoch, K. (2014). Development and content validation of the pediatric eating assessment tool (Pedi-EAT). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23(1), 46-59. [https://doi: 10.1044/1058-0360\(2013/12-0069\)](https://doi: 10.1044/1058-0360(2013/12-0069)).
- Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., McComish, C., & Hodges, E. (2018). The pediatric eating assessment tool (PediEat): factor structure and psychometric properties. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 66(2), 299-305. <https://doi:10.1097/MPG.0000000000001765>.
- Twachtman-Reilly, J., Amaral, S., & Zebrowski, P. (2008). Addressing feeding disorders in children on the autism spectrum in school-based settings: physiological and behavioral issues. *Language, Speech and Hearing Services in School*, 39(2), 261–272. [https://doi:10.1044/0161-1461\(2008/025\)](https://doi:10.1044/0161-1461(2008/025)).
- Vanegas, S.B. (2021). Examining factors related to the age of diagnosis of children with autism spectrum disorder from immigrant and non-immigrant backgrounds in a diverse clinical sample. *Autism Research*, 14(6), 1260-1270. <https://doi.org/10.1002/aur.2489>.
- Van Dijk, M., Buruma, M., & Blijd-Hoogewys, E. (2021). Detecting Feeding Problems in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 4115–4127. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04869-1>.
- Vissoke, R., Latzer, Y., Stolar, O., Rabenbach, A., & Gal, E. (2019). Eating problems and patterns among toddlers and young boys with and without autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 1–9. <https://doi:10.1016/j.rasd.2018.12.001>.
- Wang, T., Feng, J., Xue, Y., Shan, L., Jia, F., & Yue, X. (2022). Feeding problems, age of introduction of complementary food and autism symptom in children with autism spectrum disorder. *Frontiers in Pediatrics*. 12(10), 860-947. <https://doi: 10.3389/fped.2022.860947>.
- Wood, J, Garcia, K., & Carey, R. (2022). Increased Prevalence of Sensory Processing Issues in Pediatric Gastrointestinal Patient Population. *The Permanent Journal*., 26(4), 69-77. <https://doi: 10.7812/TPP/22.071>.

- World Health Organization (2023). Autism. Disponível em: Autism ([who.int](https://www.who.int)).
- Yule, S., Wanik, J., Holm, E., Bruder, M., Shanley, E., Sherman, C., Fitterman, M., Lerner, J., Marcello, M., Parenchuck, N., Roman-White, C., & Ziff, M. (2021). Nutritional Deficiency Disease Secondary to ARFID Symptoms Associated with Autism and the Broad Autism Phenotype: A Qualitative Systematic Review of Case Reports and Case Series. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(3), 467-492. [https://doi: 10.1016/j.jand.2020.10.017](https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.10.017).
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Szatmari, P., Georgiades, S., Volden, J., & Fombonne, E. (2014). Examination of bidirectional relationships between parent stress and two types of problem behavior in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 1908–1917. [https://doi: 10.1007/s10803-014-2064-3](https://doi.org/10.1007/s10803-014-2064-3).
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scorch, J., Ibrahim, A., Durkin, M., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research* 15(5), 778-790. [https://doi: 10.1002/aur.2696](https://doi.org/10.1002/aur.2696).
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M.L., Stone, W.L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R.L., McPartland, J.C., Natowicz, M.R., Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., Pierce, K., Buie, T., Carter, A., Davis, P.A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Newschaffer, C., Robins, D., Roley, S.S., Wagner, S., Wetherby, A. (2015). Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, (136)1, 10-40. [https://doi: 10.1542/peds.2014-3667C](https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667C).

Anexos

Anexo I – EACPEA

 EACPEA Escola de Avaliação da Criança com Perturbação do Espectro do Autismo
(3–6 anos)
Helen S. Reis Ana Paula Pereira & Leandro Almeida
© Instituto de Educação Universidade do Minho, 2013

Nome da criança: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos ____ meses

Género: Masculino ☐ Feminino ☐

Avaliação efetuada por: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Motivo principal da avaliação: _____

INSTRUÇÕES

Por favor selecione a resposta que melhor descreve a frequência com que a criança realiza ou manifesta os comportamentos descritos em cada frase ou situação. É importante responder a todas as afirmações. Em caso de dúvida na resposta ou falta de conhecimento deverá utilizar a coluna das “Observações”.

Utilize a seguinte chave para selecionar as suas respostas

SEMPRE ou QUASE SEMPRE – Quando a criança manifesta o comportamento muito frequentemente, durante todo o tempo ou 100% do tempo.

BASTANTES VEZES – Quando a criança manifesta o comportamento bastantes vezes ou com bastante frequência durante 75% do tempo.

ÀS VEZES – Quando a criança manifesta o comportamento algumas vezes ou com alguma frequência durante 50% do tempo.

POUCAS VEZES – Quando a criança manifesta o comportamento poucas vezes ou ocasionalmente durante 25% do tempo.

NUNCA ou QUASE NUNCA – Quando a criança nunca manifesta o comportamento descrito ou 0% do tempo.

COMUNICAÇÃO SOCIAL

Esta dimensão avalia aspetos da interação social e da comunicação verbal e não verbal por parte da criança. Deverá responder a todos os itens utilizando a escala de 1 a 5 pontos.

COMUNICAÇÃO SOCIAL A criança...		Nunca/ Quase Nunca (1)	Poucas vezes (2)	Às Vezes (3)	Bastantes vezes (4)	Sempre/ Quase Sempre (5)	OBS
1	Repete partes de brincadeiras para obter a sua continuidade						
2	É capaz de copiar ou imitar o jogo de faz de conta (ex.: alimenta ou abraça uma boneca)						
3	Imita brincadeiras familiares ou de outras crianças						
4	Cumprir regras do jogo						
5	Toma e dá a vez durante o jogo						
6	Diz “adeus” com a mão para se despedir do adulto						
7	Utiliza vocalizações (sons soltos ou palavras) para expressar vontades						
8	Utiliza palavras para expressar vontades						
9	Aponta para pedir algo						
10	É capaz de cumprir ordens simples (ex.: arruma os brinquedos)						
11	Pede ajuda verbal para realizar situações/atividades						
12	Reage a gestos						
13	Utiliza gestos ou palavras para interagir durante rotinas ou jogos sociais familiares						
14	Segue instruções simples que implicam preposições (ex.: “põe a bola em cima da mesa” ou “dentro da caixa”)						
15	Cumprir ordens com dois itens não relacionados entre si (ex.: arruma a manteiga no frigorífico e vai buscar os sapatos)						
16	Compreende sequências de acontecimentos que lhe são apresentados (ex.: primeiro, temos de ir à loja, depois fazer o bolo e só depois é que vamos comer)						

Pontuação direta: _____

COMPORTAMENTO REPETITIVO E INTERESSES REDUZIDOS

Esta dimensão avalia interesses restritos, repetitivos e estereotipados, rotinas e rituais inflexíveis e não funcionais por parte da criança. Deverá responder a todos os itens utilizando a escala de 1 a 5 pontos.

COMPORTAMENTO REPETITIVO E INTERESSES REDUZIDOS A criança...		Nunca/ Quase Nunca (1)	Poucas vezes (2)	Às Veze (3)	Bastantes vezes (4)	Sempr e/ Quase Sempr e (5)	OBS
1	Apresenta alterações de comportamento/birras com frequência						
2	Tem dificuldade em tolerar alterações temporais nas suas rotinas (ex.: alterações no horário de atividades da escola)						
3	Tem rituais rígidos que têm de ser cumpridos (ex.: comer determinado tipo de iogurte, vestir determinado casaco, calçar determinados sapatos)						
4	Fica fascinada por algum assunto/objeto e gosta de colecionar/agrupar obsessivamente esse assunto/objeto?						
5	Tem tendência a brincar repetidamente com as mesmas atividades e não gosta de mudar para atividades novas quando surge essa oportunidade						
6	É obsessiva no uso de determinados objetos (ex.: transporta consigo sempre o mesmo objeto/brinquedo e faz birra se pedem para largar esse objeto/brinquedo)						
7	Tem dificuldade em tolerar mudanças espaciais nas suas rotinas (ex.: alterações de percursos escola-casa)						
8	Tem baixa tolerância à frustração (ex.: fica desorganizada quando é contrariada)						
9	Fica ansiosa perante ambientes novos						

Pontuação direta: _____

PROCESSAMENTO SENSORIAL

Esta dimensão avalia alterações no processamento sensorial da criança. Deverá responder a todos os itens utilizando a escala de 1 a 5 pontos.

PROCESSAMENTO SENSORIAL A criança...		Nunca/ Quase Nunca (1)	Poucas vezes (2)	Às Vezes (3)	Bastantes vezes (4)	Sempre/ Quase Sempre (5)	OBS
1	Gosta de ligar/desligar repetidamente o interruptor da luz						
2	Gosta de observar objetos a rodar ou com brilho/luzes						
3	Evita luzes intensas (ex.: tapa os olhos para se proteger da luz do sol)						
4	Tem dificuldade em prestar atenção se estiver num ambiente com muita informação visual						
5	Gosta de produzir certos sons repetidamente, como por exemplo, puxar o autoclismo várias vezes ou bater com os objetos						
6	Responde de forma negativa a ruídos inesperados ou muito altos (ex.: tapa os ouvidos, chora ou esconde-se quando ouve o barulho do aspirador, secador de						
7	cabelo, ladrar de um cão)Distrai-se facilmente com barulhos de fundo tais como cortador de relva, avião, carro que passa na rua.						
8	Procura o contacto com superfícies ou com as pessoas à sua volta (ex.: arrasta a mão na parede enquanto caminha num corredor; deita-se no chão, dá abraços)						
9	Expressa desagrado durante a higiene diária (ex.: chora ou grita quando lhe cortam o cabelo, as unhas, lavam a cara ou o cabelo)						
10	Agita as mãos						
11	Anda em bicos de pés						
12	Gosta de trepar armários; saltar do sofá para o chão						
13	Rodopia sobre si próprio						
14	Cheira certos objetos do meio ambiente						

Pontuação direta: _____

Interpretação das pontuações diretas nas dimensões

Nota: A análise da pontuação da criança em cada dimensão por grupo etário pressupõe a avaliação de todos os itens que compõem essa dimensão. Quando existirem itens omissos ou sem pontuação, dever-se-á calcular a média das pontuações nos itens avaliados e atribuir esse valor aos itens omissos, antes de se calcular a nota final por dimensão. Entre com essa nota final para identificar a classificação da criança nas três áreas avaliadas tendo em conta o seu grupo etário.

COMUNICAÇÃO SOCIAL (16 itens)				
Classificação	Grupo etário			
	≤3 A+ 6 M	3A+7M – 4A+6M	4A+7M – 5A+6M	≥5A+7M
Comportamento pouco frequente	<20	<22	<31	<27
Comportamento frequente	20-46	22-57	31-63	27-65
Comportamento muito frequente	>46	>57	>63	>65
Nota: Pontuações mais elevadas traduzem-se em melhores aquisições desenvolvimentais na “Comunicação Social”.				

COMPORTAMENTO REPETITIVO E INTERESSES REDUZIDOS (9 itens)				
Classificação	Grupo etário			
	≤ 3 A+ 6 M	3A+7M – 4A+6M	4A+7M – 5A+6M	≥5A+7M
Comportamento pouco frequente	<17	<17	<16	<16
Comportamento frequente	17-31	17-34	16-30	16-31
Comportamento muito frequente	>31	>34	>30	>31

Nota: Pontuações mais elevadas traduzem -se em maiores dificuldades no “Comportamento Repetitivo e Interesses Reduzidos” .

PROCESSAMENTO SENSORIAL (14 itens)				
Classificação	Grupo etário			
	≤3 A+ 6 M	3A+7M – 4A+6M	4A+7M – 5A+6M	≥5A+7M
Comportamento pouco frequente	<25	<21	<22	<22
Comportamento frequente	25-46	21-47	22-42	22-42
Comportamento muito frequente	>46	>47	>42	>42
Nota: Pontuações mais elevadas traduzem-se em maiores alterações no “Processamento Sensorial”.				

Anexo II – Pediatric Eating Assessment Tool -PediEat – Versão Portuguesa

Suzanne M. Thoyre, PhD et al., School of Nursing, University of North Carolina at Chapel Hill

Adaptação Portuguesa de Inês Guedes, MSc e Nuno Rocha, PhD, Center for Rehabilitation Research, School of Health, Porto Polytechnic Institute

Intenção: O PediEat tem como intenção avaliar sintomas observáveis de problemas de alimentação em crianças entre os 6 meses e os 7 anos de idade às quais são oferecidos alimentos sólidos. O PediEat deve ser completado por um cuidador familiarizado com os hábitos alimentares típicos da criança. Na maioria das vezes pelos pais, mas pode ser outro prestador primário de cuidados.

Divulgação: O PediEat não substitui uma avaliação clínica. O PediEat também não tem a intenção de fazer um diagnóstico, mas pode dar ao profissional de saúde uma avaliação objetiva da alimentação da criança no sentido de facilitar o diagnóstico e as decisões de tratamento.

Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., Hodges, E., McComish, C., Van Riper, M., & Murdoch, K. (2014). Development and content validation of the Pediatric Eating Assessment Tool (Pedi- EAT). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23, 1-14. doi: 10.1044/10580360(2013/12-0069)

Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., McComish, C., & Hodges, E. (2017). The Pediatric Eating Assessment Tool (PediEat): Factor structure and psychometric properties. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. Online ahead of print. doi:10.1097/MPG.0000000000001765

****** Por favor consulte o website do Feeding Flock para obter atualizações nas referências: www.feedingflock.web.unc.edu

Observação: O PediEat não está de forma nenhuma associado com o PEDI-EAT-10 de Soyer and colleagues (2017).

PEDIATRIC EATING ASSESSMENT TOOL (PediEat)

Instruções: Estamos interessados em aprender acerca dos comportamentos alimentares da sua criança. Os itens em baixo podem não se aplicar a todas as crianças. Ao preencher os mesmos, pense no que é habitual para a sua criança no momento presente.

SINTOMAS FISIOLÓGICOS

0 1 2 3 4 5

A minha criança...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Pontuação
1. Fica com lágrimas nos olhos quando come							
2. Fica vermelha à volta dos olhos ou na cara quando come							
3. Tosse enquanto come ou depois de comer							
4. Faz sons como gargarejar ou como se precisasse de tossir ou clareia a garganta enquanto come ou depois de comer							
5. Soa de forma diferente enquanto come ou depois (por exemplo, a voz torna-se rouca, estridente ou silenciosa)							
6. Engasga-se ou tosse com água ou com outros líquidos finos							

7. Baixa a cabeça em direção ao peito quando engole							
8. Tem comida ou líquidos a sair pelo nariz quando come							
9. Fica pálida ou azulada à volta dos lábios durante as refeições							
10. Respira mais rapidamente ou com mais dificuldade enquanto come							

11. Precisa de parar durante a refeição para descansar ou para recuperar o fôlego							
12. Fica cansada de comer e não é capaz de terminar							
13. Transpira/fica suada durante as refeições							
14. Inclina a cabeça para trás enquanto come							
15. Arrota mais do que o habitual enquanto come							
16. Vomita durante a hora das refeições							
17. Vomita entre as refeições (entre 30 minutos após a última refeição e até à próxima)							
18. Arqueia as costas durante ou após as refeições							

19. Engasga-se quando é altura de comer (por exemplo, quando vê a comida ou quando a sentam na cadeira de alimentação)							
20. Engasga-se com comida mole como pudim							
21. Engasga-se com comida com textura como papas de aveia							
22. Engasga-se, tosse ou vomita quando escova os dentes (Se a criança ainda não tem dentes, escolha a opção Nunca. Se a criança não permite que lhe escovem os dentes, escolha a opção Sempre)							
23. Fica com a barriga inchada depois de comer							
24. Fica com a cara vermelha, pode chorar com a saída das fezes							
25. Tem gases							
26. Baba-se quando come							
27. Tem dificuldade em comer por ter o nariz entupido							
Pontuação da subescala Sintomas Fisiológicos							

Se quiser explicar alguma das suas respostas por favor faça-o aqui:

COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS NA HORA DAS REFEIÇÕES

0 1 2 3 4 5

A minha criança...	Nunca	Quas e nunc a	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Pontuaç ão
28. Começa a brincar ou a falar para evitar comer							
29. Necessita que lhe digam para começar a comer							
30. Tem de ser lembrada para continuar a comer							
31. Não quer comer durante as refeições, mas quer comer depois							
32. Para de comer depois de algumas dentadas							
33. Recusa-se a comer							
34. Mostra mais stress durante as refeições do que noutros momentos (lamentase, chora, fica zangada, faz birras)							
35. Gosta de alguma coisa num dia e já não gosta no seguinte							
36. Insiste em que a comida seja oferecida de uma determinada							

maneira (como por exemplo, a forma como a comida aparece no prato, ou o prato ou colher que usa, ou onde se senta)							
37. Insiste em ser alimentada pela(s) mesma(s) pessoa(s)							
38. Fica incomodada com o cheiro da comida							
39. Atira ou afasta a comida							
40. Prefere beber em vez de comer							
41. Prefere comida crocante							
42. Come melhor quando entretida							
43. Demora mais de 30 minutos para comer							
44. Precisa que a hora da refeição seja calma							
45. Quer a mesma comida mais de duas semanas seguidas							

Os itens abaixo são cotados de

acordo com os números à direita 5 4 3 2 1 0

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quas e sempre	Sempre	
46. Gosta de comer							
47. Come alimento variados (frutas, vegetais, proteínas, etc.)							
48. Está disposta a ficar sentada durante a hora da refeição							

49. Abre a boca quando lhe é oferecida comida							
50. Está disposta a tocar na comida com as mãos							
Pontuação da Subescala Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições							
Se quiser explicar alguma das suas respostas por favor faça-o aqui:							

SELETIVIDADE/ALIMENTAÇÃO RESTRITA

5 4 3 2 1 0

A minha criança...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Pontuação
51. Come alimentos com texturas variadas misturas							
52. Come comida mais quente que a temperatura da sala							
53. Está disposta a comer sozinha (se ainda pequena, segura no copo, come bolachas sozinha)							
54. Mantém a comida na boca enquanto come (comida significa que não são líquidos)							
55. Mantém os líquidos na boca enquanto bebe							
56. Mantém a língua dentro da boca enquanto come							
57. Mostra ter fome antes das refeições							

	5	4	3	2	1	0	
Para os itens seguintes, se a criança é menor de 15 meses e não lhe são oferecidas estas comidas, escolha a opção “Sempre”. Se a criança tem mais de 15 meses e não lhe são oferecidas estas comidas ou recusase a comer estas comidas, escolha a opção “Nunca”.	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Pontuação
58. Come comida que precisa ser mastigada							
59. Come comida com textura como papas de aveia							
60. Come comida gelada, como gelados							
61. Mastiga a comida o suficiente							
62. Move a comida na boca de um lado para o outro enquanto mastiga sem ajuda							

Os itens abaixo são cotados de acordo com os números à direita

	0	1	2	3	4	5	
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	
63. Cheira a comida ou objetos							
64. Cospe a comida para fora							
65. Come demasiadamente depressa							
Pontuação da subescala Alimentação Restritiva/Seletiva							

Se quiser explicar alguma das suas respostas por favor faça-o aqui:

PROCESSAMENTO ORAL

		0	1	2	3	4	5	
A minha criança...	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	Pontuação	
66. Armazena a comida nas bochechas ou no céu da boca								
67. Fica com a comida presa nas bochechas ou no céu da boca								
68. Prefere comida mole como iogurtes								
69. Põe demasiada comida na boca ao mesmo tempo								
70. Põe os dedos na boca para mover a comida								
71. Prefere sabores fortes								
72. Morde a colher ou garfo e não os larga facilmente								
73. Range os dentes quando está acordada (se a sua criança não tem dentes por favor selecione a opção “Nunca”)								
74. Mastiga brinquedos, roupas ou outros objetos								

Os itens abaixo são cotados de acordo com os números à direita

0 1 2 3 4 5

Para os itens seguintes, se a criança é menor de 15 meses e não lhe são oferecidas estas comidas, escolha a opção “Nunca”. Se a criança tem mais de 15 meses e não lhe são oferecidas estas comidas ou recusa-se a comer estas comidas, escolha a opção “Sempre”.	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre	
75. Tem de ser lembrada para mastigar a comida							
76. Suga a comida para a amolecer ou humedecer, em vez de a mastigar							
77. Mastiga a comida mas não a engole							
78. Mastiga um bocado de comida por um longo período (cerca de 30 segundos ou mais)							
Pontuação da Subescala Processamento Oral							
Se quiser explicar alguma das suas respostas por favor faça-o aqui:							

Instruções de cotação

1. As pontuações são atribuídas aos itens PediEat com as pontuações mais baixas a indicar menos sintomas e as pontuações mais altas a indicar mais sintomas de alimentação problemática. Há números acima dos itens que indicam a pontuação que cada resposta deve receber. Observe que as pontuações podem mudar entre as subescalas. Por exemplo, a subescala de Sintomas Fisiológicos é pontuada com Nunca = 0 e Sempre = 5, enquanto a subescala Seletividade/Alimentação Restrita é pontuada com Nunca = 5 e Sempre = 0. Observe também que dentro da subescala Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições e a subescala Seletividade/Alimentação Restrita, há um subconjunto de itens

na parte inferior que são pontuados de maneira diferente dos outros itens dessa subescala. Pode usar a coluna da direita no PediEat para registrar a pontuação de cada item.

2. Existem alguns itens que podem não se aplicar a dada criança tendo em consideração a idade. Por exemplo, há instruções específicas para os pais antes dos itens relacionados com a mastigação. Se uma criança tiver menos de 15 meses de idade e não lhe forem oferecidos alimentos mastigáveis, a pontuação deve ser atribuída como não sendo problemática. Se uma criança tiver mais de 15 meses e ainda não estiver a receber alimentos mastigáveis ou se recusar a comer os tipos de alimentos especificados, os pais devem responder de uma forma que indique que isso é problemático.

3. Adicione as pontuações de cada item dentro de cada área. É fornecida uma caixa no final de cada área para registar a pontuação total dessa área. Transfira a pontuação total de cada área para a tabela abaixo.

4. Use os valores de referência específicos por faixa etária que se podem encontrar nas páginas seguintes para determinar o nível de preocupação associado à pontuação recebida pela criança. Observe que a idade corrigida deve ser usada ao escolher os valores de referência específicos por faixa etária se a criança tiver menos de 2 anos de idade e tiver nascido com menos de 37 semanas (isto é, a criança nasceu mais de 3 semanas antes da data prevista).

	SCORE	NÍVEL DE PREOCUPAÇÃO		
SINTOMAS FISIOLÓGICOS		Inexistência de Preocupação	Preocupação	Preocupação elevada
COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS NA HORA DAS REFEIÇÕES		Inexistência de Preocupação	Preocupação	Preocupação elevada
SELETIVIDADE/ALIMENTAÇÃO RESTRITA		Inexistência de Preocupação	Preocupação	Preocupação elevada
PROCESSAMENTO ORAL		Inexistência de Preocupação	Preocupação	Preocupação elevada



Pediatric Eating Assessment Tool (PediEat)

Intended Use: The PediEat is intended to assess observable symptoms of problematic feeding in children between the ages of 6 months and 7 years old who are being offered some solid foods. The PediEat is intended to be completed by a caregiver that is familiar with the child's typical eating. This is most often a parent, but may be another primary caregiver.

Disclosure: The PediEat does not replace a healthcare provider's clinical assessment. The PediEat is also not intended to provide a diagnosis, but instead may provide the healthcare provider with an objective assessment of the child's eating in order to facilitate diagnosis and treatment decisions.

Referencing Information:

Please give appropriate credit to the authors when presenting, publishing, or otherwise referencing the Pediatric Eating Assessment Tool (PediEat).

Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., Hodges, E., McComish, C., Van Riper, M., & Murdoch, K. (2014). Development and content validation of the Pediatric Eating Assessment Tool (Pedi-EAT). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23, 1-14. doi: 10.1044/1058-0360(2013/12-0069)

Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., McComish, C. & Hodges, E. (2018). The Pediatric Eating Assessment Tool: Factor structure and psychometric properties. *Journal of Pediatric*

Gastroenterology and Nutrition, 66(2), 299-305. doi: 10.1097/MPG.0000000000001765
PMID: 28953526

Pados, B.F., Thoyre, S.M. & Park, J. (2018). Age-based norm-reference values for the Pediatric

Eating Assessment Tool. *Pediatric Research*, 84(2), 233-239. doi: 10.1038/s41390-0180067-z

Note: The PediEat is not in any way associated with the PEDI-EAT-10 by Soyer and colleagues (2017).

ALL RIGHTS RESERVED

Terms of Use of this Assessment Tool

By using this assessment tool, you agree to these terms of use.

This assessment tool is protected by copyright. Your right to use this assessment tool is limited to the right to use the tool for your personal, non-commercial use in accordance with the terms and conditions below.

- I acknowledge and agree that I may not reproduce, publish, share, distribute, or sell this assessment tool to anyone without prior written approval from an author and an appropriate license agreement executed by the author(s) of the tools.
- I agree that I will reference the tool by its correct name and credit the specific authors of the tool in my own presentations, publications, or any other work that I may generate using the tool. Reference information is available on the front page of the assessment tool.
- I acknowledge and agree that I may not alter the assessment tool in any way or create any derivative work from the assessment tool, including translating the tool into other languages, without the prior written approval from an author.
- I agree to use the assessment tool solely as intended (as set forth on the front page of each assessment tool).
- I acknowledge and agree that this assessment tool is not intended to be or to be considered or used as medical advice and/or a diagnostic tool and it does not replace a healthcare provider's assessment or care.
- I agree that the assessment tool is being provided "as is" and that neither the authors of the tool or their institutional or business affiliations make any warranty with respect to the tool.
- I acknowledge and agree that neither the authors of the tool, their institutional affiliations, or business affiliations shall have any liability with respect to the tool or the use of the tool, including without limitation ANY DIRECT, INDIRECT, SPECIAL, INCIDENTAL, PUNITIVE, CONSEQUENTIAL, OR OTHER DAMAGES.
- I hereby waive and agree to release the authors of the tool, their institutional affiliations, and business affiliations from and against all claims, liabilities, and damages of any kind arising out of my use of the tool.

©2021 BRITT PADOS
ALL RIGHTS RESERVED

SCORING INSTRUCTIONS

1. Scores are assigned to PediEat items with lower scores indicating fewer symptoms and higher scores indicating more symptoms of problematic feeding. There are numbers above the items indicating the score that each response would receive. Note that the scores may change between the subscales. For example, the Physiologic Symptoms subscale is scored with Never = 0 and Always

= 5, while the Selective / Restrictive Eating subscale is scored with Never = 5 and Always = 0. Also note that within the Problematic Mealtime Behaviors subscale and the Selective / Restrictive Eating subscale, there are a subset of items at the bottom that are scored differently than the other items in that subscale. You may use the right column on the PediEat to record the score for each item.

2. There are some items that may not apply to a child based on the child's age. For example, there are specific instructions to parents above the items pertaining to chewing. If a child is less than 15 months old and not being offered chewable foods, they are to score it as not problematic. If a child is older than 15 months and not yet being offered chewable foods or refuses to eat the types of foods specified, the parent should answer in a way that indicates that is problematic.
3. Add the scores for each item within each area. A box is provided at the end of each area to record the total score for that area. Transfer each area score total to the table below.
4. Use the age-specific reference values on the subsequent pages to determine the level of concern associated with the score the child received. Please note that corrected age should be used when choosing the age-specific reference values if the child is less than 2 years old and he/she was born at less than 37 weeks post-menstrual age (i.e., the child was born more than 3 weeks before their due date).

Reference Values for Infants 6 - 9 months old

The following reference values are for infants between 6 months 0 days and 9 months 0 days old. If the child was born prior to 37 weeks post-menstrual age, please use the child's corrected age when determining which reference values to use.

	< 90th %	90th - 95th %	> 95th %
	No Concern	Concern	High Concern
Physiologic Symptoms	< 27	27 - 31	32 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 30	30 - 36	37 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 26	26 - 27	28 - 75
Oral Processing	< 37	37 - 42	43 - 65
Total Score	< 101	101 - 116	117 - 390

Reference Values for Infants 9 - 12 months old

The following reference values are for infants between 9 months 1 day and 12 months 0 days old. If the child was born prior to 37 weeks post-menstrual age, please use the child's corrected age when determining which reference values to use.

	< 90th %	90th - 95th %	> 95th %
	No Concern	Concern	High Concern
Physiologic Symptoms	< 24	24 - 31	32 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 32	32 - 38	39 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 27	27 - 31	32 - 75
Oral Processing	< 32	32 - 37	38 -65
Total Score	< 102	102 -124	125 - 390

Reference Values for Children 12 - 15 months old

The following reference values are for children between 12 months 1 day and 15 months 0 days old. If the child was born prior to 37 weeks post-menstrual age, please use the child's corrected age when determining which reference values to use.

	< 90th % No Concern	90th - 95th % Concern	> 95th % High Concern
Physiologic Symptoms	< 29	29 - 34	35 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 38	38 - 46	47 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 28	28 -31	32 - 75
Oral Processing	< 31	31 - 35	36 -65
Total Score	< 107	107 - 125	126 - 390

Reference Values for Children 15 - 18 months old

The following reference values are for children between 15 months 1 day and 18 months 0 days old. If the child was born prior to 37 weeks post-menstrual age, please use the child's corrected age when determining which reference values to use.

	< 90th % No Concern	90th - 95th % Concern	> 95th % High Concern
Physiologic Symptoms	< 17	17 - 20	21 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 38	38 - 44	45 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 26	26 -28	29 - 75
Oral Processing	< 29	29 - 32	33 -65
Total Score	< 98	98 - 110	111 - 390

Reference Values for Children 18 - 24 months old

The following reference values are for children between 18 months 1 day and 24 months 0 days old. If the child was born prior to 37 weeks post-menstrual age, please use the child's corrected age when determining which reference values to use.

	< 90th % No Concern	90th - 95th % Concern	> 95th % High Concern
Physiologic Symptoms	< 16	16 - 22	23 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 43	43 - 48	49 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 22	22 -27	28 - 75
Oral Processing	< 24	24 - 30	31 -65
Total Score	< 97	97 - 107	108 - 390

Reference Values for Children 2 - 2.5 years old

The following reference values are for children between 2 years 1 day and 2.5 years 0 days old. If the child was born prior to 37 weeks post-menstrual age, please use the child's corrected age when determining which reference values to use.

	< 90th % No Concern	90th - 95th % Concern	> 95th % High Concern
Physiologic Symptoms	< 18	18 - 21	22 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 47	47 - 48	49 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 23	23 -28	29 - 75
Oral Processing	< 27	27 - 33	34 -65

Reference Values for Children 2.5 - 3 years old

The following reference values are for children between 2.5 years 1 day and 3 years 0 days old.

	< 90th % No Concern	90th - 95th % Concern	> 95th % High Concern
Physiologic Symptoms	< 15	15 - 22	23 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 54	54 - 60	61 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 21	21 -25	26 - 75
Oral Processing	< 26	26 - 29	30 -65
Total Score	< 109	109 - 119	120 - 390

Reference Values for Children 3 - 4 years old

The following reference values are for children between 3 years 1 day and 4 years 0 days old.

	< 90th % No Concern	90th - 95th % Concern	> 95th % High Concern
Physiologic Symptoms	< 16	16 - 19	20 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 51	51 - 55	56 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 20	20 -22	23 - 75
Oral Processing	< 27	27 - 29	30 -65
Total Score	< 106	106 - 112	113 - 390

Reference Values for Children 4 - 5 years old

The following reference values are for children between 4 years 1 day and 5 years 0 days old.

	< 90th % No Concern	90th - 95th % Concern	> 95th % High Concern
Physiologic Symptoms	< 16	16 - 19	20 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 51	51 - 57	58 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 19	19 -21	22 - 75
Oral Processing	< 24	24 - 27	28 -65
Total Score	< 102	102 - 114	115 - 390

Reference Values for Children 5 - 6 years old

The following reference values are for children between 5 years 1 day and 6 years 0 days old.

	< 90th % No Concern	90th - 95th % Concern	> 95th % High Concern
Physiologic Symptoms	< 14	14 - 19	20 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 51	51 - 54	55 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 16	16 -22	23 - 75
Oral Processing	< 22	22 - 26	27 -65
Total Score	< 96	96 - 109	110 - 390

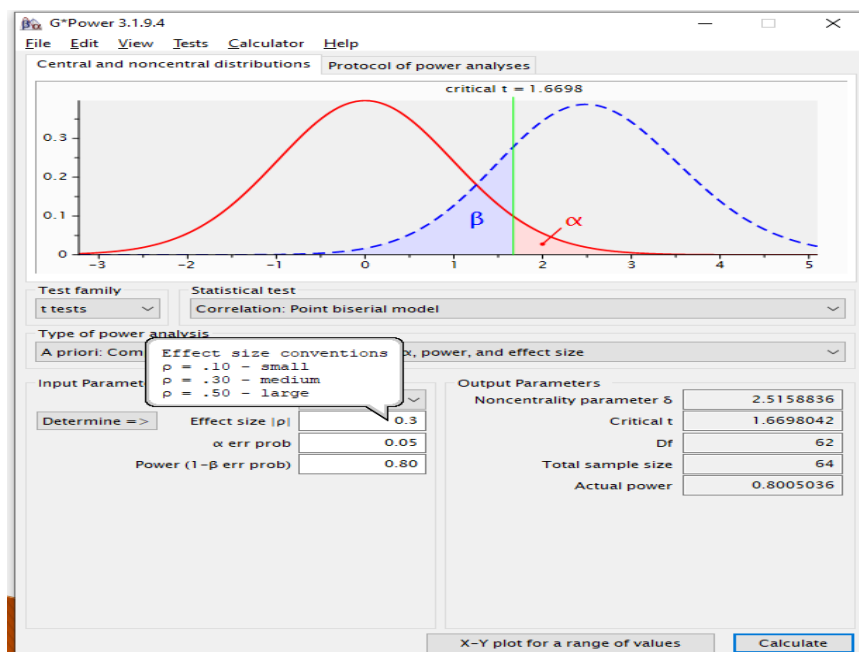
Reference Values for Children 6 - 7 years old

The following reference values are for children between 6 years 1 day and 7 years 0 days old.

	< 90th %	90th - 95th %	> 95th %
	No Concern	Concern	High Concern
Physiologic Symptoms	< 14	14 - 18	19 - 135
Problematic Mealtime Behaviors	< 42	42 - 47	48 - 115
Selective / Restrictive Eating	< 19	19 -20	21 - 75
Oral Processing	< 23	23 - 27	28 -65
Total Score	< 82	82 - 99	100 - 390

Anexo IV – Programa G Power

Programa G Power – Para uma correlação média (0,30) entre duas variáveis, para um alfa de 0,05, um efeito potência do teste de 0,80, o programa G Power aconselha um n de 64 sujeitos



~

Apêndices

Apêndice I– Questionário de caracterização Socio Demográfico Pais e Criança

Mestrado de Terapia Ocupacional
Especialidade de Integração Sensorial
11.ª Edição 2021-2023

ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Trabalho de Projeto

Participante

Número:

QUESTIONÁRIO CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFICA PAIS E CRIANÇA

Por favor preencha o seguinte questionário. Caso tenha alguma dúvida por favor contacte a investigadora do estudo (telemóvel 915238807/email topaulamagalhães@gmail.com). A confidencialidade de todos os dados descritos será assegurada. Assinale com uma cruz (X) o item que mais se adequa ao seu filho(a) e à situação do pai/mãe. Nas questões abertas indique a sua opinião de forma clara e sucinta.

Data de preenchimento do questionário: ____/____/____

Preenchido por (relação com a criança): _____

DADOS SOCIODEMOGRAFICOS PAIS

MÃE

Data de nascimento: ____/____/____

Nacionalidade: _____

Profissão: _____

Grau de Escolaridade:

Ensino básico - até ao 9 ano ()

Ensino secundário – até ao 12 ano ()

Licenciatura ()

Mestrado ()

Doutoramento ()

Situação Laboral atual:

Empregada ()

Desempregada ()

Reformada ()

Trabalhadora por conta própria ()

Trabalhadora por conta de outrem ()

PAI

Data de nascimento: ____/____/____

Nacionalidade: _____

Profissão: _____

Grau de Escolaridade:

Ensino básico - até ao 9 ano ()

Ensino secundário – até ao 12 ano ()

Licenciatura ()

Mestrado ()

Doutoramento ()

Situação Laboral atual:

Empregado ()

Desempregado ()

Reformado ()

Trabalhador por conta própria ()

Trabalhador por conta de outrem ()

DADOS SOCIODEMOGRAFICOS CRIANÇA

Idade atual da criança: ____/____/____

Sexo: Masculino____/Feminino:_____

Nacionalidade: _____

Irmãos: Tem irmãos? Sim_____Não_____. Em caso afirmativo indique o número de irmãos:_____

Acha que o seu filho tem dificuldades alimentares? Sim___/Não___

Em caso afirmativo indique quais:_____

Dados Clínicos da criança

Especialidades médicas que beneficia atualmente (assinale com uma cruz)

Médico de Família ()

Pediatra ()

Pedopsiquiatra ()

Pediatra do Desenvolvimento ()

Neuropediatra ()

Otorrino ()

Oftalmologista ()

Alergologista ()

Outro (). Especifique qual:_____

Quem encaminhou o seu filho para a consulta de especialidade para o diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo?_____

Data do diagnóstico da criança com Perturbação do Espectro do Autismo:_____/_____/_____

Especialidade médica que diagnosticou a Perturbação do Espectro do Autismo:_____

Grau de severidade do autismo (descrito no relatório – Grau 1, 2, 3, ligeiro, moderado, grave):_____

Algoritmo do ADOS (avaliação específica para Autismo, caso tenha sido aplicada esta bateria):

Principais sintomas descritos no relatório médico:_____

—

Beneficiou de algum apoio médico no passado, não descrito anteriormente? Sim___/Não___

Em caso afirmativo,
especifique: _____

Tem alguma condição médica associada à Perturbação do Espectro do Autismo? Sim___/Não___

Em caso afirmativo especifique: _____

Terapias:

Beneficia de apoio de Terapias? Sim:___/Não___

Terapia Ocupacional: Sim:___/Não___ Frequência: ___/semana, desde ___/___/___

Psicologia: Sim:___/Não___ Frequência: ___/semana, desde ___/___/___

Terapia da Fala: Sim:___/Não___ Frequência: ___/semana, desde ___/___/___

Fisioterapia: Sim:___/Não___ Frequência: ___/semana, desde ___/___/___

Outros: Sim:___/Não___ Frequência: ___/semana, desde ___/___/___

Escola:

Frequentou a creche? Sim___/Não___

Em caso afirmativo especifique durante quanto
tempo: _____

Frequenta o Jardim de infância? Sim___/Não___

Em caso afirmativo especifique desde que
idade _____

Obrigada pela colaboração-

Paula Magalhães

Terapeuta Ocupacional

Telemóvel: 915238807

Email: topaulamagalhães@gmail.com

Apêndice II – Dimensões, número de itens e parâmetros a avaliar na PediEat

Dimensões PediEat	Nr de Itens	Parâmetros a avaliar
Sintomas Fisiológicos	27	Mecanismos fisiológicos durante o processo de alimentação, nomeadamente capacidade de deglutição, alterações da tonalidade de pele, presença de lágrimas, suor ou lágrimas, análise da respiração, outras
Comportamentos Problemáticos na hora das refeições	23	Comportamentos durante a hora da refeição, nomeadamente capacidade de concentração, recusa alimentar, consistência das preferências alimentares, presença de rituais, presença de stress, outros
Seletividade/Alimentação Restrita	15	Relacionada com a preferências e recusas alimentares a nível, da textura, cor, cheiros, temperatura
Processamento Oral	13	Capacidade de armazenamento da comida na cavidade intraoral, preferências alimentares, presença de bruxismo, mastigar brinquedos ou outros objetos fora das refeições, outros

Apêndice III – Dimensões, número de itens e parâmetros a avaliar na EACPEA

Dimensões EACPEA	Nr de Itens	Parâmetros a avaliar
Comunicação Social (CS)	16	Capacidades socio comunicativas intenção comunicativa, compreensão e comunicação recíproca
Comportamentos Repetitivos e Interesses Restritos (CRIR)	9	Flexibilidade ou intolerância à mudança
Processamento Sensorial (PS)	14	Processamento sensorial atípico para, ou em resposta a “ruídos inesperados ou altos (por exemplo, chora ou se esconde com o barulho do aspirador de pó, latido de cachorro, secador de cabelo)” ou “proximidade ou toque” (por exemplo, brigas ou gritos durante o corte de cabelo, lavagem do rosto, corte de unhas)

Apêndice IV – Parecer Comissão de Ética ESSA



PARECER SOBRE O PROJETO Nº 38/2022

Comissão de Ética

Na reunião do dia 08 de novembro de 2022, a CE-ESSAlcoitão esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pelo investigador principal. Após apreciação redige o parecer que agora se apresenta.

TÍTULO DO PROJETO: Relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com perturbação do espectro do Autismo dos 03 aos 06 anos de idade

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Paula Cristina Teixeira Magalhães

ORIENTADORES: Helena Isabel Silva Reis e Cláudia Ribeiro da Silva

PARECER: Trata-se de um estudo considerado observacional não experimental de correlação entre achados obtidos através do preenchimento de duas escalas. A confidencialidade está assegurada e não se identificam impedimentos de ordem ética para a realização do estudo.

DECISÃO DA CE-ESSAlcoitão: Aprovado.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alexandre", written over a light blue horizontal line.

O PRESIDENTE DA CE-ESSAlcoitão

(Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas)

Apêndice V – Pedido de autorização dos autores ao acesso das escalas

Pedido de autorização de acesso ao instrumento PediEat

Pedido de autorização de acesso ao instrumento PediEAT Caixa de entrada x

 **Paula Magalhães** <topaulamagalhaes@gmail.com>
para guedesines, Helena ▾

qua., 30 de mar. 20:07 ☆ ↶ ⋮

Cara terapeuta ocupacional Inês Guedes Brandão,

o meu nome é Paula Magalhães e atualmente estou a frequentar o Mestrado em Terapia Ocupacional, com especialização em Integração Sensorial, na Escola Superior de Saúde de Alcoitão.
Após pesquisa bibliográfica, verifiquei que foi a autora da validação do PediEAT (Pediatric Eating Assessment Tool) na população portuguesa.

Venho através deste presente email solicitar a sua autorização para aceder ao instrumento e questioná-la se é possível utilizá-lo no âmbito do meu projeto de Investigação. Em caso afirmativo, agradeço que me informe de que forma poderei obter o instrumento.

Desde já, agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
Paula Magalhães

 **Ines guedes** <guedesines@hotmail.com>
para mim ▾

30 de mar. de 2022 20:14 ☆ ↶ ⋮

Boa noite Paula,

Eu fiz a adaptação cultural e dei contributo para a validação.
Para que efeitos pretende usar o pediEAT? É wue neste momento ainda não temos linha de corte para as diferentes idades, o que pode condicionar o seu trabalho .

Cumprimentos,
Inês Guedes

Obter [Outlook para Android](#)

Pedido de autorização de acesso ao instrumento PediEAT Caixa de entrada x

 **Paula Magalhães** <topaulamagalhaes@gmail.com>
para guedesines, Helena ▾

31 de mar. de 2022 16:44 ★ ↶ ⋮

Cara terapeuta Inês Guedes Brandão,

tenho a intenção de utilizar o instrumento PediEAT em crianças com perturbações do espectro do autismo e analisar os resultados (ainda que com a limitação de não existir linha de coorte para as diferentes idades) correlacionando-os com outra escala.

Caso me seja facultado o acesso ao instrumento, poderei posteriormente partilhar os resultados do meu trabalho de forma a terapeuta Inês poder usá-los para conseguir os pontos de coorte.

Grata pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Paula Magalhães

 **Ines guedes** <guedesines@hotmail.com>
para mim, Helena ▾

31 de mar. de 2022 22:23 ☆ ↶ ⋮

Olá Paula,

Faculto o instrumento sem problema.

 **Ines guedes** <guedesines@hotmail.com> 31 de mar. de 2022 22:23 ☆ ↶ ⋮
para mim, Helena ▾
Olá Paula,

Facuto o instrumento sem problema.
Mas a questão mantém-se, não havendo linhas de corte para a população portuguesa, estara a comparar as crianças portuguesas com as americanas ou espanholas (dependendo do que usar), o que pode influenciar os seus resultados.
Aconselho a que fale com a sua orientadora para perceber se isto é viável.
Amanhã envio-lhe o PediEat.
Obrigada

Inês Guedes

Obter [Outlook para Android](#)

 **Paula Magalhães** <topaulamagalhaes@gmail.com> 31 de mar. de 2022 23:07 ☆ ↶ ⋮
para Ines ▾
Sim, irei falar com a minha orientadora.
Desde já agradeço muito a atenção.

Cumprimentos,
Paula

 **Ines guedes** <guedesines@hotmail.com> 1 de abr. de 2022 21:19 ☆ ↶ ⋮
para mim ▾
Envie me pfv o seu mail

Obter [Outlook para Android](#)

 **Paula Magalhães** <topaulamagalhaes@gmail.com> 1 de abr. de 2022 21:23 ☆ ↶
para Ines ▾
Olá Terapeuta Inês
O meu email é topaulamagalhaes@gmail.com

Muito obrigada pela sua

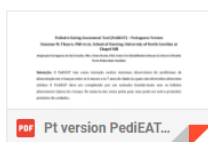
↶ Responder

➡ Encaminhar

pediEAT Caixa de entrada x

✕ 🖨️ 🔗

 **Ines guedes** <guedesines@hotmail.com> sex., 1 de abr. 21:26 ☆ ↶ ⋮
para mim ▾
🌐 inglês ▾ > português ▾ [Traduzir mensagem](#) [Desativar para: inglês x](#)





Paula Magalhães <topaulamagalhaes@gmail.com>
para Ines ▾

sex., 1 de abr. 21:53 ☆ ↶ ⋮

Muito obrigada pela sua colaboração.
Caso o estudo seja elegível para ser realizado partilharei os resultados consigo.

Com os melhores cumprimentos,
Paula Magalhães

On Fri, Apr 1, 2022, 21:26 Ines guedes <guedesines@hotmail.com> wrote:

|

↶ Responder

➡ Encaminhar

Pedido de autorização de acesso ao instrumento EACPEA

Projeto Paula Magalhães

Caixa de entrada x



Paula Magalhães <topaulamagalhaes@gmail.com>

seg., 4 de abr. 11:44



para Helena ▾

Olá terapeuta Helena, tudo bem?

Fico feliz que o projeto seja possível de ser realizado:)

De forma a obter a sua autorização para utilizar o seu instrumento terei que fazer um email formal como fiz com a terapeuta Inês, certo?

Procurei na Internet o seu instrumento mas não o encontro...

Agradeço envio por favor.

Mais uma vez muito obrigada pela sua disponibilidade!

Beijinhos

Paula



Helena Reis <helenaisabelsilvareis@gmail.com>

4 de abr. de 2022 11:53



para mim ▾

Olá Paula,

Não precisa de pedir autorização. Já está dada 😊.

Desenvolva o projeto com a Prof. Élia e no próximo ano estaremos juntas a implementá-lo.

Vá dando notícias!

Um beijinho

PS- junto envio foto do meu instrumento

Enviado do meu iPhone

> No dia 04/04/2022, às 11:44, Paula Magalhães <topaulamagalhaes@gmail.com> escreveu:

>

>

>

...

3 anexos



Apêndice VI –Declarações de aceitação de orientação científica

Aceitação de Orientação Científica



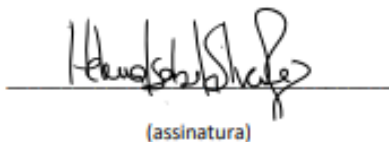
Aceitação de Orientação Científica

Helena Isabel da Silva Reis, com o grau académico de Doutoramento em Estudos da Criança, obtido na Universidade do Minho, declara aceitar a função de orientadora do Trabalho de Projeto da aluna Paula Cristina Teixeira Magalhães, inscrita no 3º semestre do Curso de Mestrado em Terapia Ocupacional – Especialização Integração Sensorial, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, com o título provisório de:

Relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), dos 3 aos 6 anos de idade.

Mais declara que aceita igualmente:

1. Elaborar um parecer final sobre a qualidade do trabalho desenvolvido e da versão final do Trabalho de Projeto a apresentar pelo(a) estudante ao Conselho Técnico Científico da ESSA;
2. Se disponibiliza para participar como membro do Júri de discussão do referido Trabalho de Projeto, a realizar na ESSA, em data a agendar oportunamente.



(assinatura)

Porto

21 / 09 / 2022

Aceitação de Orientação Científica

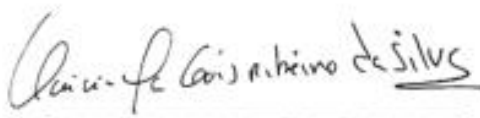
Cláudia Sofia Góis Ribeiro Silva, com o grau académico de Doutoramento em Psicologia da Educação,

obtido na Univa, declara aceitar a função de coorientadora do Trabalho de Projeto da aluna Paula Cristina Teixeira Magalhães, inscrita no 3º semestre do Curso de Mestrado em Terapia Ocupacional – Especialização Integração Sensorial, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, com o título provisório de:

Relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), dos 3 aos 6 anos de idade.

Mais declara que aceita igualmente:

1. Elaborar um parecer final sobre a qualidade do trabalho desenvolvido e da versão final do Trabalho de Projeto a apresentar pelo(a) estudante ao Conselho Técnico Científico da ESSA;
2. Se disponibiliza para participar como membro do Júri de discussão do referido Trabalho de Projeto, a realizar na ESSA, em data a agendar oportunamente.



(assinatura)

Alcoitão

24 / 09 / 2022

Apêndice VII–Autorização Recolha de dados nas Instituições

Autorização Recolha de dados na Instituição



Caro(a) Diretor (a) da Instituição XXXXXXXX

Eu, Paula Cristina Teixeira Magalhães, venho por este meio solicitar a sua colaboração na recolha da amostra na vossa instituição para o meu Projeto de Investigação, realizado no âmbito da 11.^a Edição do Mestrado em Terapia Ocupacional - Especialização em Integração Sensorial da Escola Superior de Saúde de Alcoitão. O Projeto de Investigação terá como tema: “Relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), dos 3 aos 6 anos de idade”.

Pretendo, desta forma o vosso contributo para identificar as crianças com diagnóstico confirmado de Perturbação do Espectro do Autismo, dos 3 aos 6 anos de idade e respetivos pais acompanhados na vossa instituição, de forma a eu poder entrar em contacto telefónico e presencial com os mesmos.

Todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e permanecerão anónimos na posterior divulgação pública dos resultados obtidos, no meio académico e/ou científico. A recusa dos pais em participar não implica qualquer penalização para os próprios e/ou a criança que representa.

Para informação adicional e/ou esclarecimento de dúvidas agradeço contacto através do email: topaulamagalhaes@gmail.com e telefone: 915238807.

Grata pela atenção e disponibilidade.

Paula Cristina Teixeira Magalhães

Terapeuta Ocupacional

Apêndice VIII– Declaração Consentimento Informado



Mestrado de Terapia Ocupacional
Especialidade de Integração Sensorial
11.ª Edição 2021-2023
Trabalho de Projeto

Declaração de Consentimento Informado

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013)

Designação do Estudo: Relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), dos 3 aos 6 anos de idade.

Investigador Responsável: Paula Cristina Teixeira Magalhães

Eu, abaixo-assinado _____ (nome completo do representante legal da criança), na qualidade de representante legal de _____ (nome completo da criança):

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado, aprovado com o parecer número 38/2022 pelo conselho da Comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, se destina a analisar a relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, dos 3 aos 6 anos de idade.

Tomei conhecimento de que tenho de responder a três questionários, tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantida a confidencialidade dos dados relativos à minha identificação e da criança que represento. Foi-me informado que no prazo de 3 anos toda a informação será eliminada.

Sei que posso recusar-me a participar sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada e tenho conhecimento da oportunidade de fazer perguntas e ver as minhas dúvidas esclarecidas através dos contactos fornecidos.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio académico ou científico, garantindo o anonimato.

_____/_____/_____

(Representante legal da criança)

_____/_____/_____

Paula Cristina Teixeira Magalhães

(Paula Magalhães - Investigadora responsável)

Porto, Novembro de 2022

INFORMAÇÃO PARA OS REPRESENTANTES LEGAIS

Caro(a) Representante Legal:

Eu, Paula Cristina Teixeira Magalhães, venho por este meio solicitar a vossa colaboração para recolha de amostra no âmbito do meu Projeto de Investigação, realizado no âmbito da 11.^a Edição do Mestrado em Terapia Ocupacional - Especialização em Integração Sensorial da Escola Superior de Saúde de Alcoitão. O Projeto de Investigação terá com o tema: “Relação entre as dificuldades alimentares e os critérios de diagnóstico das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), dos 3 aos 6 anos de idade”.

O Questionário *PediEat* tem como intenção avaliar sintomas observáveis de problemas de alimentação em crianças entre os 6 meses e os 7 anos de idade às quais são oferecidos alimentos sólidos. O *PediEat* deve ser completado por um cuidador familiarizado com os hábitos alimentares típicos da criança. Na maioria das vezes pelos pais, mas pode ser outro prestador primário de cuidados.

O Questionário *EACPEA* é um instrumento que avalia a comunicação social, os comportamentos repetitivos/ interesses restritos e o processamento sensorial das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, dos 3 aos 6 anos de idade.

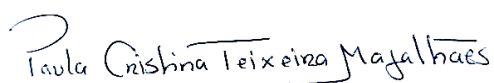
O Questionário de *caracterização Sociodemográfica dos pais e criança* pretende apenas recolher algumas informações básicas dos pais e criança e algumas questões relacionadas com a alimentação e o diagnóstico da perturbação do espectro do autismo.

Peço que faça uma leitura atenta das instruções e um correto preenchimento de todo o questionário, evitando deixar campos por preencher, sob pena do formulário ser invalidado.

Todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e permanecerão anónimos na posterior divulgação pública dos resultados obtidos, no meio académico e/ou científico. A sua recusa em participar não implica qualquer penalização para si e/ou a criança que representa.

Solicito que o questionário seja preenchido no prazo máximo de 15 dias após o receber. Para informação adicional e/ou esclarecimento de dúvidas pode usar os contactos de email: topaulamagalhães@gmail.com e telefone: 915238807.

Grata pela atenção e disponibilidade.



Paula Cristina Teixeira Magalhães
Terapeuta Ocupacional

Porto, Outubro 2022

Apêndice X – Declaração de Proteção de dados



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Mestrado de Terapia Ocupacional

Especialidade de Integração Sensorial

11.ª Edição 2021-2023

Trabalho de Projeto

DECLARAÇÃO DE PROTECÇÃO DE DADOS

Eu, Paula Cristina Teixeira Magalhães, na qualidade de Mestranda n.º 20210104 da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, declaro que me responsabilizo pela proteção dos dados obtidos no trabalho de campo do meu projeto de investigação, garantindo a segurança dos mesmos e não permitindo o seu acesso/ consulta por terceiros.

Os dados pessoais recolhidos para o presente estudo serão inseridos e processados numa base de dados com um código de acesso exclusivo à investigadora e serão acedidos, apenas pela própria.

Todo o tipo de informação pessoal recolhida, não será divulgada. O tratamento dos dados será feito informaticamente através do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Estes serão apresentados de forma grupal, sem qualquer possibilidade de identificação individual, só serão acedidos pela própria mestranda e, em caso de necessidade, pela sua orientadora após declaração da mesma de garantia de não divulgação da informação.

Data: ____/____/____

Terapeuta Ocupacional Paula Magalhães

Apêndice XI – Dados relativos ao diagnóstico de PEA

Características	Frequência	%
Entidade encaminhadora consulta diagnóstico		
Médico de Família	22	34,4
Pediatra	15	23,4
Família	14	21,9
Pediatra do desenvolvimento	7	10,9
Equipa multidisciplinar	4	6,3
Pedopsiquiatra	1	1,6
Não respondeu	1	1,6
Especialidade diagnóstico		
Pediatra do Desenvolvimento	32	50
Pedopsiquiatra	16	25
Neuropediatria	14	21,9
Outro	1	1,6
Não respondeu	1	1,6
Idade de diagnóstico		
Até 2 anos e 11 meses	4	6,3
3 anos e 0 meses até 3 anos e 11 meses	32	50
4 anos e 0 meses até 4 anos e 11 meses	18	28,1
5 anos e 0 meses até 5 anos e 11 meses	8	12,5
6 anos e 0 meses até 6 anos e 11 meses	1	1,6
Não respondeu	1	1,6
Grau de severidade descrito no relatório		
Ligeiro (1)	19	29,7
Moderado (2)	12	18,8
Severo (3)	1	1,6
O relatório não indica o grau	30	46,9
A questão não foi respondida	2	3,1
Algoritmo ADOS		
O relatório apresenta Valor ADOS	10	15,6
O relatório não apresenta valor ADOS	54	84,4
Principais sintomas descritos no relatório		
Respondeu a questão, mencionando sintomas relacionados com a Comunicação Social, Comportamentos Repetitivos/Interesses Restritos e/ou Sintomas relacionados com o PS	40	62,5
Respondeu a questão, e além de mencionar sintomas relacionados com a Comunicação Social, Comportamentos Repetitivos/Interesses Restritos e/ou Sintomas relacionados com o PS, foram mencionadas dificuldades alimentares	2	3,1
Não Respondeu à questão	22	34,4
Condições médicas associadas à PEA		
Tem condição médica associada	9	14,1
Sem condição médica associada	53	82,8
Não responderam	2	3,1

Apêndice XII – Características Sociodemográficas dos pais das crianças em estudo

Características	Frequência	%
Idade da mãe		
Média = 36,92 anos Min=27	DP =4,585 Max=49	
Nacionalidade da mãe		
Portuguesa	51	79,7
Brasileira	10	13,6
Outras	2	3,1
Não respondeu	1	1,6
Grau de escolaridade da mãe		
Ensino básico – até ao 9º ano	11	17,2
Ensino secundário – até ao 12º ano	20	31,3
Licenciatura	26	40,6
Mestrado	4	6,3
Doutoramento	1	1,6
Não responderam	2	3,1
Profissão da mãe¹⁹		
Representantes do poder legislativo e órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	1	1,6
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	21	32,8
Técnicos e profissões de nível intermédio	3	4,7
Pessoal Administrativo	7	10,9
Trabalhadores dos serviços pessoais e proteção e segurança e vendedores	12	18,8
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e flores	2	3,1
Trabalhadores qualificados de indústria, construção e artificies	9	14,1
Operadores de instalações e máquina de trabalhadores de montagem	7	10,9
Não respondeu	2	3,1
Situação profissional da mãe		
Empregada	51	79,7
Desempregada	10	17,2
Não respondeu	2	3,1
Idade do pai		
Média = 38,35 ano Min=25	DP =5,602 Max=53	
Nacionalidade do pai		
Portuguesa	52	81,3
Brasileira	9	14,1
Outras	2	3,1
Não respondeu	1	1,6

¹⁹ De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (CPP/2010) da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística, integrada na Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 (CITP/2008).

Escolaridade do pai		
Ensino básico – até ao 9º ano	14	21,9
Ensino secundário – até ao 12º ano	29	45,3
Licenciatura	15	23,4
Mestrado	4	6,3
Não responderam	2	3,1
Profissão do pai		
Profissionais Forças Armadas	2	3,1
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	15	23,4
Técnicos e profissões de nível intermédio	8	12,5
Pessoal Administrativo	1	1,6
Trabalhadores dos serviços pessoais e proteção e segurança e vendedores	4	18,8
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e flores	3	4,7
Trabalhadores qualificados de indústria, construção e artificies	13	20,3
Operadores de instalações e máquina de trabalhadores de montagem	16	25
Não respondeu	2	3,1
Situação profissional do pai		
Empregado	60	93,8
Desempregado	2	3,1
Não respondeu	2	3,1

Apêndice XIII – Domínios das 2 escalas entre nacionalidades portuguesa e brasileira

Ranks				
	Nacionalidade da mãe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	51	30,75	1568,00
	Brasileira	10	32,30	323,00
	Total	61		
Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	51	29,71	1515,00
	Brasileira	10	37,60	376,00
	Total	61		
Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	51	30,02	1531,00
	Brasileira	10	36,00	360,00
	Total	61		
Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	51	29,82	1521,00
	Brasileira	10	37,00	370,00
	Total	61		
Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	51	30,33	1547,00
	Brasileira	10	34,40	344,00
	Total	61		
Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	51	31,24	1593,00
	Brasileira	10	29,80	298,00
	Total	61		
Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	51	30,46	1553,50
	Brasileira	10	33,75	337,50
	Total	61		
Classificação final de todas as dimensões do Pediat das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	51	30,03	1531,50
	Brasileira	10	35,95	359,50
	Total	61		

Test Statistics ^a								
	Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final de todas as dimensões do Pediat das crianças de todas as faixas etárias estudadas
Mann-Whitney U	242,000	189,000	205,000	195,000	221,000	243,000	227,500	205,500
Wilcoxon W	1568,000	1515,000	1531,000	1521,000	1547,000	298,000	1553,500	1531,500
Z	-,337	-1,478	-1,127	-1,692	-,862	-,258	-,969	-1,281
Asymp. Sig. (2-tailed)	,736	,139	,260	,091	,389	,796	,333	,200
a. Grouping Variable: Nacionalidade da mãe								

Nacionalidade da mãe * Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

		Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
		Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Count	3	38	10
		% within Nacionalidade da mãe	5,9%	74,5%	19,6%
	Brasileira	Count	0	8	2
		% within Nacionalidade da mãe	0,0%	80,0%	20,0%
	Total	Count	3	46	12
		% within Nacionalidade da mãe	4,9%	75,4%	19,7%

Nacionalidade da mãe * Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Count	8	31	12	51
		% within Nacionalidade da mãe	15,7%	60,8%	23,5%	100,0%
	Brasileira	Count	0	6	4	10
		% within Nacionalidade da mãe	0,0%	60,0%	40,0%	100,0%
	Total	Count	8	37	16	61
		% within Nacionalidade da mãe	13,1%	60,7%	26,2%	100,0%

Nacionalidade da mãe * Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas			Total
			Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Count	3	31	17	51
		% within Nacionalidade da mãe	5,9%	60,8%	33,3%	100,0%
	Brasileira	Count	0	5	5	10
		% within Nacionalidade da mãe	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Total	Count	3	36	22	61
		% within Nacionalidade da mãe	4,9%	59,0%	36,1%	100,0%

Nacionalidade da mãe * Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

		Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas				
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	Total
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Freq	43	1	7	51
		%	84,3%	2,0%	13,7%	100,0%
	Brasileira	Freq	6	1	3	10
		%	60,0%	10,0%	30,0%	100,0%
Total		Freq	49	2	10	61
		%	80,3%	3,3%	16,4%	100,0%

Nacionalidade da mãe * Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Count	39	2	10	51
		% within Nacionalidade da mãe	76,5%	3,9%	19,6%	100,0%
	Brasileira	Count	6	2	2	10
		% within Nacionalidade da mãe	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Total	Count	45	4	12	61	
	% within Nacionalidade da mãe	73,8%	6,6%	19,7%	100,0%	

Nacionalidade da mãe * Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Count	19	5	27	51
		% within Nacionalidade da mãe	37,3%	9,8%	52,9%	100,0%
	Brasileira	Count	3	3	4	10
		% within Nacionalidade da mãe	30,0%	30,0%	40,0%	100,0%
	Total	Count	22	8	31	61
		% within Nacionalidade da mãe	36,1%	13,1%	50,8%	100,0%

Nacionalidade da mãe * Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Count	46	4	1	51
		% within Nacionalidade da mãe	90,2%	7,8%	2,0%	100,0%
	Brasileira	Count	8	1	1	10
		% within Nacionalidade da mãe	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	Total	Count	54	5	2	61
		% within Nacionalidade da mãe	88,5%	8,2%	3,3%	100,0%

Nacionalidade da mãe * Classificação final de todas as dimensões do Pedieat das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final de todas as dimensões do Pedieat das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Nacionalidade da mãe	Portuguesa	Count	40	4	7	51
		% within Nacionalidade da mãe	78,4%	7,8%	13,7%	100,0%
	Brasileira	Count	6	1	3	10
		% within Nacionalidade da mãe	60,0%	10,0%	30,0%	100,0%
	Total	Count	46	5	10	61
		% within Nacionalidade da mãe	75,4%	8,2%	16,4%	100,0%

Ranks				
	Nacionalidade do pai	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	52	30,11	1565,50
	Brasileira	9	36,17	325,50
	Total	61		
Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	52	30,16	1568,50
	Brasileira	9	35,83	322,50
	Total	61		
Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	52	30,41	1581,50
	Brasileira	9	34,39	309,50
	Total	61		
Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	52	29,73	1546,00
	Brasileira	9	38,33	345,00
	Total	61		
Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	52	30,66	1594,50
	Brasileira	9	32,94	296,50
	Total	61		
Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	52	31,81	1654,00
	Brasileira	9	26,33	237,00
	Total	61		
Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	52	30,40	1581,00
	Brasileira	9	34,44	310,00
	Total	61		
Classificação final de todas as dimensões do Pediat das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Portuguesa	52	30,39	1580,50
	Brasileira	9	34,50	310,50
	Total	61		

Test Statistics ^a								
	Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão comportamento repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação final de todas as dimensões do Pediatras das crianças de todas as faixas etárias estudadas
Mann-Whitney U	187,500	190,500	203,500	168,000	216,500	192,000	203,000	202,500
Wilcoxon W	1565,500	1568,500	1581,500	1546,000	1594,500	237,000	1581,000	1580,500
Z	-1,260	-1,017	-,717	-1,943	-,463	-,943	-1,140	-,851
Asymp. Sig. (2-tailed)	,208	,309	,473	,052	,643	,346	,254	,395
a. Grouping Variable: Nacionalidade do pai								

Nacionalidade do pai * Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

		Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
		Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente	
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Count	3	40	9
		% within Nacionalidade do pai	5,8%	76,9%	17,3%
	Brasileira	Count	0	6	3
		% within Nacionalidade do pai	0,0%	66,7%	33,3%
Total		Count	3	46	12
		% within Nacionalidade do pai	4,9%	75,4%	19,7%

Nacionalidade do pai * Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

		Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
		Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente	
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Count	8	31	13
		% within Nacionalidade do pai	15,4%	59,6%	25,0%
	Brasileira	Count	0	6	3
		% within Nacionalidade do pai	0,0%	66,7%	33,3%
Total		Count	8	37	16
		% within Nacionalidade do pai	13,1%	60,7%	26,2%

Nacionalidade do pai * Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas			Total
			Comportam ento pouco frequente	Comportam ento frequente	Comportam ento muito frequente	
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Count	3	31	18	52
		% within Nacionalidade do pai	5,8%	59,6%	34,6%	100,0%
	Brasileira	Count	0	5	4	9
		% within Nacionalidade do pai	0,0%	55,6%	44,4%	100,0%
Total	Count		3	36	22	61
	% within Nacionalidade do pai		4,9%	59,0%	36,1%	100,0%

Nacionalidade do pai * Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Count	44	1	7	52
		% within Nacionalidade do pai	84,6%	1,9%	13,5%	100,0%
	Brasileira	Count	5	1	3	9
		% within Nacionalidade do pai	55,6%	11,1%	33,3%	100,0%
Total	Count		49	2	10	61
	% within Nacionalidade do pai		80,3%	3,3%	16,4%	100,0%

Nacionalidade do pai * Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas			
			Inexistencia de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	Total
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Count	39	3	10	52
		% within Nacionalidade do pai	75,0%	5,8%	19,2%	100,0%
	Brasileira	Count	6	1	2	9
		% within Nacionalidade do pai	66,7%	11,1%	22,2%	100,0%
Total		Count	45	4	12	61
		% within Nacionalidade do pai	73,8%	6,6%	19,7%	100,0%

Nacionalidade do pai * Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistencia de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Count	18	6	28	52
		% within Nacionalidade do pai	34,6%	11,5%	53,8%	100,0%
	Brasileira	Count	4	2	3	9
		% within Nacionalidade do pai	44,4%	22,2%	33,3%	100,0%
Total		Count	22	8	31	61
		% within Nacionalidade do pai	36,1%	13,1%	50,8%	100,0%

Nacionalidade do pai * Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

		Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas					
		Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	Total		
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Count	47	4	1	52	
		% within Nacionalidade do pai	90,4%	7,7%	1,9%	100,0%	
	Brasileira	Count	7	1	1	9	
			% within Nacionalidade do pai	77,8%	11,1%	11,1%	100,0%
		Total	Count	54	5	2	61
	% within Nacionalidade do pai	88,5%	8,2%	3,3%	100,0%		

Nacionalidade do pai * Classificação final de todas as dimensões do Pedieat das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

		Classificação final de todas as dimensões do Pedieat das crianças de todas as faixas etárias estudadas				
		Inexistencia de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	Total	
Nacionalidade do pai	Portuguesa	Count	40	5	7	52
		% within Nacionalidade do pai	76,9%	9,6%	13,5%	100,0%
	Brasileira	Count	6	0	3	9
		% within Nacionalidade do pai	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
Total		Count	46	5	10	61
		% within Nacionalidade do pai	75,4%	8,2%	16,4%	100,0%

Apêndice XIV – Domínios das 2 escalas entre mães empregadas e mães desempregadas

Ranks				
	Situação profissional da mãe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Empregada	51	31,32	1597,50
	Desempregada	11	32,32	355,50
	Total	62		
Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Empregada	51	29,72	1515,50
	Desempregada	11	39,77	437,50
	Total	62		
Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas	Empregada	51	31,24	1593,00
	Desempregada	11	32,73	360,00
	Total	62		
Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Empregada	51	30,91	1576,50
	Desempregada	11	34,23	376,50
	Total	62		
Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Empregada	51	30,95	1578,50
	Desempregada	11	34,05	374,50
	Total	62		
Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Empregada	51	31,40	1601,50
	Desempregada	11	31,95	351,50
	Total	62		
Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Empregada	51	31,01	1581,50
	Desempregada	11	33,77	371,50
	Total	62		
Classificação final de todas as dimensões do Pedieat das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Empregada	51	31,15	1588,50
	Desempregada	11	33,14	364,50
	Total	62		

Test Statistics ^a								
	Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação o final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação o final da dimensão processamento sensorial com crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação o final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação o final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação o final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação o final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas	Classificação o final de todas as dimensões do Pedieat das crianças de todas as faixas etárias estudadas
Mann-Whitney U	271,500	189,500	267,000	250,500	252,500	275,500	255,500	262,500
Wilcoxon W	1597,500	1515,500	1593,000	1576,500	1578,500	1601,500	1581,500	1588,500
Z	-,217	-1,935	-,289	-,805	-,675	-,102	-,839	-,443
Asymp. Sig. (2-tailed)	,828	,053	,773	,421	,500	,919	,401	,658

a. Grouping Variable: Situação profissional da mãe

Situação profissional da mãe * Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation						
Situação profissional da mãe			Classificação final da dimensão comunicação social com crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente	
Situação profissional da mãe	Empregada	Count	2	39	10	51
		% within Situação profissional da mãe	3,9%	76,5%	19,6%	100,0%
	Desempregada	Count	1	7	3	11
		% within Situação profissional da mãe	9,1%	63,6%	27,3%	100,0%
Total	Count		3	46	13	62
	% within Situação profissional da mãe		4,8%	74,2%	21,0%	100,0%

Situação profissional da mãe * Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

Classificação final da dimensão comportamentos repetitivos com crianças de todas as faixas etárias estudadas						Total
		Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente		
Situação profissional da mãe	Empregada	Freq	8	32	11	51
		%	15,7%	62,7%	21,6%	100,0%
	Desempregada	Freq	0	6	5	11
		%	0,0%	54,5%	45,5%	100,0%
Total		Freq	8	38	16	62
		%	12,9%	61,3%	25,8%	100,0%

Situação profissional da mãe * Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão processamento sensorial com crianças todas as faixas etárias estudadas			Total
			Comportamento pouco frequente	Comportamento frequente	Comportamento muito frequente	
Situação profissional da mãe	Empregada	Count	3	30	18	51
		% within Situação profissional da mãe	5,9%	58,8%	35,3%	100,0%
	Desempregada	Count	0	7	4	11
		% within Situação profissional da mãe	0,0%	63,6%	36,4%	100,0%
Total		Count	3	37	22	62
		% within Situação profissional da mãe	4,8%	59,7%	35,5%	100,0%

Situação profissional da mãe * Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão Sintomas fisiológicos das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Situação profissional da mãe	Empregada	Count	42	2	7	51
		% within Situação profissional da mãe	82,4%	3,9%	13,7%	100,0%
	Desempregada	Count	8	0	3	11
		% within Situação profissional da mãe	72,7%	0,0%	27,3%	100,0%
Total	Count		50	2	10	62
	% within Situação profissional da mãe		80,6%	3,2%	16,1%	100,0%

Situação profissional da mãe * Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão comportamentos problemáticos das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Situação profissional da mãe	Empregada	Count	39	2	10	51
		% within Situação profissional da mãe	76,5%	3,9%	19,6%	100,0%
	Desempregada	Count	7	2	2	11
		% within Situação profissional da mãe	63,6%	18,2%	18,2%	100,0%
Total	Count		46	4	12	62
	% within Situação profissional da mãe		74,2%	6,5%	19,4%	100,0%

Situação profissional da mãe * Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão seletividade e alimentação restrita das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação o	Preocupação elevada	
Situação profissional da mãe	Empregada	Count	18	7	26	51
		% within Situação profissional da mãe	35,3%	13,7%	51,0%	100,0%
	Desempregada	Count	4	1	6	11
		% within Situação profissional da mãe	36,4%	9,1%	54,5%	100,0%
Total	Count		22	8	32	62
	% within Situação profissional da mãe		35,5%	12,9%	51,6%	100,0%

Situação profissional da mãe * Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final da dimensão Processamento oral das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação o	Preocupação elevada	
Situação profissional da mãe	Empregada	Count	46	4	1	51
		% within Situação profissional da mãe	90,2%	7,8%	2,0%	100,0%
	Desempregada	Count	9	1	1	11
		% within Situação profissional da mãe	81,8%	9,1%	9,1%	100,0%
Total	Count		55	5	2	62
	% within Situação profissional da mãe		88,7%	8,1%	3,2%	100,0%

Situação profissional da mãe * Classificação final de todas as dimensões do Pedieat das crianças de todas as faixas etárias estudadas Crosstabulation

			Classificação final de todas as dimensões do Pedieat das crianças de todas as faixas etárias estudadas			Total
			Inexistência de preocupação	Preocupação	Preocupação elevada	
Situação profissional da mãe	Empregada	Count	39	5	7	51
		% within Situação profissional da mãe	76,5%	9,8%	13,7%	100,0%
	Desempregada	Count	8	0	3	11
		% within Situação profissional da mãe	72,7%	0,0%	27,3%	100,0%
Total		Count	47	5	10	62
		% within Situação profissional da mãe	75,8%	8,1%	16,1%	100,0%