

Ana Cláudia Lopes

Dossier complementar de pesquisa:

***“Montreal Children’s Hospital Feeding Scale: Tradução e
contribuição para a validação em português europeu”***

**Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em terapia da fala na
especialidade em motricidade orofacial e deglutição**

Orientador: Professora Doutora Isabel Peixoto Guimarães

Coorientador: Mestre Catarina Afonso

Janeiro, 2015

NOTA

Este projeto, elaborado no âmbito da 1ª edição de Mestrado em terapia da fala – especialização em motricidade orofacial e deglutição, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA), foi redigido segundo as normas ortográficas em vigor desde Janeiro de 2009.

A sua elaboração segue as normas estabelecidas pela ESSA para redação de trabalhos académicos e científicos¹ e as normas internacionais de Vancouver (5ª edição, 1997) no que respeita a referências bibliográficas, para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas², nomeadamente na Revista Portuguesa de Terapia da Fala.

¹ Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Normas para redação de Trabalhos académicos e científicos. Conselho Científico. Alcoitão; Outubro de 2004

² Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas. In: Miranda JA. Normas de Vancouver. 1998

Montreal Children's Hospital Feeding Scale: Tradução e contribuição para a validação em português europeu

Montreal Children's Hospital Feeding Scale: Translation and contribution for the validation into European Portuguese

ÍNDICE

1. Introdução	8
2. Enquadramento teórico	8
2.1 Desenvolvimento da alimentação	8
2.2 Perturbações da alimentação	13
2.2.1 Recusa alimentar	14
2.2.2 Pica.....	14
2.2.3 <i>Ruminação</i>	15
2.2.4 <i>Perturbação da ingestão alimentar restritiva/evitante</i>	15
2.2.5 <i>Disfagia funcional</i>	16
2.2.6 <i>Perturbações da alimentação com base sensorial</i>	16
2.3 Desenvolvimento do sistema sensorial	17
2.3.1 Sistema tátil/proprioceetivo	18
2.3.2 Sistema vestibular	19
2.3.3 Sistema olfativo	20
2.3.4 Sistema gustativo	21
2.3.5 Sistema visual	21
2.3.6 Sistema auditivo.....	22
2.4 Integração sensorial	23
2.5 Perturbações do sistema sensorial	25
2.6 Avaliação das perturbações da alimentação com base sensorial	25
3. Tradução e adaptação cultural de um instrumento.....	30
3.1 Tradução e adaptação	32

3.1.1	Preparação.....	32
3.1.2	Tradução	32
3.1.3	Reconciliação - Processo Delphi	32
3.1.4	Retrotradução	33
3.1.5	Relatório retrotradução versus versão original	33
3.1.6	Harmonização	33
3.1.7	Pré-teste.....	33
3.1.8	Análise resultados pré-teste	34
3.1.9	Revisão final	34
3.1.10	Versão final e relatório.....	34
3.2	Validação de um instrumento	35
3.2.1	Descrição e relevância	35
3.3	Processo Delphi	35
3.3.1	Descrição.....	35
3.3.2	Objetivo.....	36
3.3.3	Método	36
3.3.4	Procedimentos.....	37
3.3.5	Vantagens e desvantagens.....	38
4.	Considerações sobre a realização do estudo	38
5.	Referências	40
	APÊNDICE I – Ficha de caracterização sociodemográfica.....	47
	APÊNDICE II – Pedido de autorização aos autores para a tradução e adaptação da MCH-FS	49
	APÊNDICE III – Pedidos de colaboração no estudo às instituições	51

APÊNDICE V– Declaração de consentimento livre e informado	54
APÊNDICE VI – Versão consenso após tradução da língua original para português europeu	56
APÊNDICE VII– Versão consenso após retrotradução de português europeu para a língua original	57
APÊNDICE VIII– Versão consenso após retrotradução.....	58
APÊNDICE IX– Carta de pedido de participação no painel de peritos e Documento de avaliação da tradução e adaptação para o Português Europeu do <i>Montreal Children’s Hospital Feeding Scale</i>	59
7. ANEXOS.....	63
ANEXO I – Protocolo de avaliação da alimentação (44)	64
ANEXO II – <i>Montreal Children’s Hospital Feeding Scale</i> (36)	77

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1. Desenvolvimento das capacidades orais, motoras e alimentares das crianças (0- 12 meses).....	11
Tabela 2. Sinais de fome e saciedade das crianças (0-12 meses de idade).	13

1. INTRODUÇÃO

O presente *dossier* complementar de pesquisa encontra-se integrado no estudo “*Montreal Children’s Hospital Feeding Scale: Tradução e contribuição para a validação em português europeu*” e tem como principal objetivo disponibilizar informação adicional à descrição do estudo, no que concerne ao seu referencial teórico e desenvolvimento do instrumento de medida em análise.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 DESENVOLVIMENTO DA ALIMENTAÇÃO

Cada criança possui o seu próprio ritmo de desenvolvimento global sendo que o mesmo ocorre no que concerne à alimentação. De facto, ainda que a idade corresponda, frequentemente, aos principais marcos desenvolvimentais da alimentação, este não pode ser o único fator a ter em conta aquando da introdução de novos métodos de alimentação ou tipos de alimentos, sendo que deverá também ser tido em conta as capacidades e atitudes de cada criança.

Assim, ir-se-ão abordar os principais estádios de desenvolvimento das capacidades para a alimentação, a taxa de aquisição dessas mesmas capacidades e a relação entre elas.

Os recém-nascidos alimentam-se através de uma combinação de respostas reflexivas que permitem localizar a origem do alimento, suga-lo e degluti-lo¹.

O reflexo dos quatro pontos cardeais ocorre quando determinadas zonas periorais são tocadas e a criança reage dirigindo a sua face na direção do toque, abrindo a sua boca. Este

reflexo permite que a criança localize a fonte do alimento e está presente desde o nascimento até aos quatro meses de idade.

O reflexo de sucção ocorre quando os lábios e cavidade oral da criança sofrem um estímulo e os movimentos de sucção iniciam-se. À medida que o líquido se movimenta na cavidade oral, a língua realiza imediatamente um movimento anteroposterior, facilitando a deglutição através de biberão ou do peito. Este reflexo está presente desde o nascimento até aos quatro meses de idade.

O reflexo de projeção lingual anterior ocorre quando os lábios da criança sofrem um estímulo e a língua realiza um movimento de anteriorização, permitindo a alimentação pelo biberão ou peito, mas impossibilitando a alimentação por colher ou copo. Este reflexo está presente entre os quatro e os seis meses de idade.

O reflexo de vômito ocorre quando um objeto (p. e. colher ou pedaço de comida sólida) é introduzido na cavidade oral, sendo este projetado imediatamente para fora da mesma. Este reflexo serve como proteção das vias aéreas da criança, impossibilitando-a de ingerir alimentos que possam causar uma diminuição da permeabilidade das vias aéreas. Este reflexo está presente desde o nascimento até aos quatro meses, diminuindo a sua intensidade a partir daí. Contudo, este mantém-se, mais ou menos exacerbado, ao longo de toda a vida.

Para além dos reflexos acima mencionados, também o desenvolvimento motor global desempenha um papel fundamental na alimentação. De facto, a maioria das crianças possui um bom controlo de cabeça e é capaz de se sentar entre os quatro e os seis meses de idade. À medida que estas capacidades se desenvolvem, em conjunto com as capacidades motoras orais, como por exemplo, a capacidade de realizar movimentos de retropropulsão da língua para uma deglutição

segura, então é possível iniciar a introdução de novos alimentos através da colher. Por sua vez, quando a criança possui um bom controle de tronco sem ser necessário o suporte pelas mãos, então dever-se-á iniciar o processo de autoalimentação.

Estas aquisições major ocorrem até, aproximadamente, os doze meses de idade, sendo que, como se pode visualizar na tabela 1, é possível identificar os principais estádios de desenvolvimento das capacidades orais, motoras e alimentares.

Tabela 1. Desenvolvimento das capacidades orais, motoras e alimentares das crianças (0- 12 meses)¹⁻⁵.

Idade	Desenvolvimento oral	Desenvolvimento motor	Alimentação
Nascimento – 6 meses	Reflexo de sucção; Reflexo de anteriorização lingual; Reflexo dos quatro pontos cardeais; Reflexo de vômito.	Controlo de cabeça, pescoço e tronco diminuído; Necessita de suporte na cabeça; Leva as mãos á boca.	Deglute líquidos mas não se interessa pela maior parte dos objetos sólidos; Boa coordenação sucção-deglutição-respiração; Bons movimentos anteroposteriores da língua.
4 meses – 6 meses	Movimentos verticais de mastigação; Transfere alimentos da zona anterior para a zona posterior da cavidade oral; Veda os lábios de forma a retirar a comida da colher; Reflexo dos quatro pontos cardeais, de anteriorização da língua e de vômito começam a diminuir; Abre a boca quando vê a colher a aproximar-se.	Senta-se com apoio; Bom controlo de cabeça; Realiza preensão palmar;	Ingere alimentos purificados sem penetração ou aspiração; Bebe pequenas quantidades de líquidos pelo copo.
5 meses – 9 meses	Controla a posição do alimento na cavidade oral; Posiciona a comida entre a maxila e a mandíbula para a mastigação.	Senta-se sem apoio; Segue a comida com o olhar; Transfere a comida de uma mão para a outra; Tenta agarrar os alimentos com as mãos.	Come alimentos passados; Alimenta-se facilmente com uma colher; Bebe de um copo; Come com as suas próprias mãos.
8 meses – 11 meses	Movimenta os alimentos para os dois lados da cavidade oral; Começa a utilizar a mandíbula e a língua para esmagar a comida; Adapta a posição dos lábios ao copo; Mastiga em movimentos rotatórios.	Senta-se facilmente; Transfere alimentos da mão para a boca; Utiliza o movimento de pinça para pegar em alimentos.	Começa a ingerir alimentos cortados finamente e pequenos pedaços de comida sólida.
10 meses – 12 meses	Padrão de mastigação semelhante ao adulto.	Alimenta-se facilmente com os dedos; Coloca sozinho a colher na boca; Utiliza as duas mãos para segurar no copo; Bebe pela palhinha; Boa coordenação oculomotora oral.	Ingere quase todos os tipos de comida, independentemente da sua textura.

No momento da alimentação, existem interações comunicativas, e não só, entre os cuidadores e a criança, que se desenvolvem ao longo do tempo, em concomitância com os marcos

desenvolvimentais supracitados. Esta relação é definida como “um conjunto complexo de interações que ocorrem entre o cuidador e a criança à medida que estes se debruçam sobre a seleção e ingestão de alimentos, bem como a regulação dos comportamentos existentes”². Esta relação é efetuada à medida que o cuidador interpreta corretamente as pistas da criança no que concerne à fome e saciedade que esta possa sentir e fornece uma resposta adequada⁶. Quando esta relação é positiva, a criança tem uma alimentação nutricionalmente adequada, promovendo a sua saúde e bem-estar. Por outro lado, uma relação disfuncional pode resultar numa alimentação menos correta e, conseqüentemente, num crescimento inapropriado. Para além disso, se esta relação for menos positiva, terá também consequência para o cuidador, ao nível do estabelecimento da relação afetiva com a criança, com impacto em todas as outras relações familiares⁶.

Assim, deve-se respeitar um conjunto de pistas que a criança utiliza com vista a indicar ao seu cuidador o seu estado no que concerne à alimentação: fome ou saciedade (tabela 2).

Tabela 2. Sinais de fome e saciedade das crianças (0-12 meses de idade)¹⁻⁵.

Idade	Sinais de fome	Sinais de saciedade
Nascimento	Chucha na mão; Chora ou grita;	Encerramento labial;
– 5 meses	Abre a boca enquanto está a ser alimentado à espera de mais líquido.	Afasta a cara da fonte do alimento; Diminui o ritmo ou de sucção ou para por completo; Adormece.
4 meses – 6 meses	Chora ou grita; Ri ou olha fixamente para o cuidador; Movimenta a cabeça em direção ao alimento.	Afasta a cara da fonte do alimento; Diminui o ritmo ou de sucção ou para por completo; Retira a tetina ou peito da boca; Diminui a atenção em relação ao alimento.
5 meses – 9 meses	Tenta alcançar a colher ou a comida; Aponta para o alimento;	Diminui o ritmo de ingestão de alimentos; Encerra a boca ou empurra os alimentos para longe.
8 meses – 11 meses	Tenta alcançar a colher ou a comida; Aponta para o alimento; Fica excitado quando a comida é apresentada.	Diminui o ritmo de ingestão de alimentos; Encerra a boca ou empurra os alimentos para longe.
10 meses – 12 meses	Expressa o seu desejo por um alimento específico através de palavras ou sons.	Acena com a cabeça ou verbaliza a sua saciedade.

2.2 PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO

As perturbações da alimentação encontram-se descritas no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*⁷, como uma “perturbação persistente na alimentação ou no comportamento alimentar que resulta num consumo ou assimilação alterada dos alimentos que altera significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.”.

Ir-se-á então abordar as perturbações da alimentação passíveis de ocorrer, com maior prevalência, nas crianças.

2.2.1 RECUSA ALIMENTAR

A recusa alimentar pode ser definida como "a falta, por consumo oral, de calorias suficientes para manter uma proporção igual a ou maior do que o quinto percentil de peso para a altura. Isto também inclui crianças com um crescimento adequado, mas que receberam alimentação por tubo suplementar"⁸.

Outros autores consideram que os critérios e descrições para este distúrbio são vagos e confusos e que deveriam haver cinco categorias de comportamentos de recusa alimentar, nomeadamente, a recusa alimentar por aprendizagem, a recusa alimentar seletiva, a recusa alimentar baseada no medo, a consciência do apetite e a recusa alimentar baseada na autonomia⁹.

2.2.2 PICA

A pica é caracterizada pela ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas de forma persistente, por um período mínimo de um mês, exigindo atenção médica imediata. O tipos de substâncias tendem a variar de acordo com a idade e com o ambiente da criança mas pode incluir papel, sabão, tecido, cabelo, corda, lã, terra, giz, tinta, pedras, carvão ou gelo.

Não existe aversão a outros tipos de comida, geralmente, e são necessários dois anos deste tipo de comportamento para que seja efetuado um diagnóstico de pica, de forma a não ser confundido com os típicos marcos desenvolvimentais das crianças, aquando da sua necessidade de experienciar objetos não alimentares na sua cavidade oral.

A sua prevalência aumenta em indivíduos com perturbações do espectro do autismo e/ou com défice cognitivo, consoante o grau de severidade da mesma, em crianças de ambos os sexos⁷.

2.2.3 RUMINAÇÃO

A ruminação é definida como a regurgitação repetida de alimentos após a hora de refeição, por um período mínimo de um mês. O bolo alimentar previamente deglutido, que pode até ter sido parcialmente digerido, é dirigido novamente á cavidade oral, sem náusea ou vômito aparente. A comida pode sofrer novo processo de mastigação e ejetada da cavidade oral ou engolida novamente.

Esta perturbação não tem causa médica evidente, é apenas concomitante com déficit cognitivo e a sua prevalência é ainda desconhecida. Sabe-se apenas que é mais comum entre os três e os 12 meses de idade e pode levar a malnutrição severa ou até mesmo à morte. Entre as causas para a ocorrência desta perturbação encontra-se a autoestimulação e a sensação calmante que provoca nestes indivíduos⁷.

2.2.4 PERTURBAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR RESTRITIVA/EVITANTE

A perturbação da ingestão alimentar restritiva/evitante é caracterizada pela restrição alimentar, manifestada pela incapacidade de adquirir o suporte energético e nutricional desejado através da alimentação por via oral. Pode ocorrer diminuição do peso, déficit nutritivo, dependência de suplementos nutricionais, alimentação enteral ou marcada interferência no funcionamento psicossocial.

A restrição alimentar pode ter por base determinadas características sensoriais dos alimentos (p.e. cor, cheiro, textura, temperatura, sabor). Este comportamento tem vindo a ser descrito como “alimentação restritiva”, “alimentação seletiva”, “recusa alimentar crónica” ou “neofobia alimentar” e desenvolve-se, na maior parte das vezes, na infância.

As crianças com esta perturbação podem mostrar-se irritadas e com dificuldades em controlar o seu comportamento aquando da hora de refeição ou podem parecer apáticas e ausentes.

Em algumas situações, a interação cuidador-criança pode contribuir para a perturbação alimentar (p.e. apresentação inapropriada dos alimentos). Para além disso, o défice nutricional pode exacerbar os sintomas associados a esta perturbação, acabando por ter um grande impacto psicossocial.

Esta perturbação ocorre em ambos os sexos, sendo que se associada a perturbações do espectro do autismo, é mais comum em indivíduos do sexo masculino. É também comum em indivíduos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção e défice cognitivo⁷.

2.2.5 DISFAGIA FUNCIONAL

Disfagia funcional, ou *globus hystericus*, ocorre quando as crianças têm medo de engolir, especialmente consistências sólidas, podendo causar vômitos ou até asfíxia. Estas crianças podem ter tido uma experiência traumática ao comer o que desencadeou a fobia ou a criança pode ter feito uma associação irracional entre comer e alguma sensação negativa. Tal perturbação pode levar a um consumo alimentar reduzido, levando a uma ingestão nutricional desadequada⁹.

2.2.6 PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO COM BASE SENSORIAL

As alterações do processamento sensorial na região peri e intraoral são definidas, em termos funcionais, pela fuga a certas texturas de alimentos, evitando atividades que utilizem a

região oral (e.g. escovar os dentes). Esta defesa oral pode ser parte de um problema maior na modulação sensorial, que pode assumir diferentes formas. Tendo em conta o supracitado e, agora, adaptando-o à região peri e intraoral, a hiperreatividade oral pode resultar em dificuldades com texturas de determinados alimentos e, portanto, a seletividade de alimentos (e.g. apenas como alimentos semissólidos). A hiporreatividade oral, por sua vez, resulta numa criança que não parece capaz de reagir às diferentes sensações, resultando muitas vezes em *overstuffing* (excesso de comida na cavidade oral) sem deglutição associada, ocorrendo um atraso no reflexo de deglutição. Tem-se ainda o comportamento de procura oral, representado por atitudes de busca de estímulos na zona oral, caracterizado funcionalmente pela colocação constante de objetos na boca. Este tipo de alterações já foi referido por alguns autores como disfagia condicionada¹⁰. Contudo, esta definição é ainda muito pouco estudada e carece de maior investigação.

Dadas estas distorções no processamento sensorial, e, dependendo da quantidade e tipo de *stress* sensorial no ambiente, o impacto sobre a alimentação pode ser ampliado. Para além disso, as questões de alimentação com base sensorial aumentam o *stress* relacionado com a hora da alimentação, afetando negativamente as refeições da família e, conseqüentemente, a qualidade de vida de todos os envolvidos no processo¹¹.

2.3 DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA SENSORIAL

Os seres humanos não nascem com estratégias e conhecimentos suficientes para perceber a complexidade dos estímulos ambientais a que são expostos, ainda dentro do útero. Tais capacidades desenvolvem-se ao longo da interação da criança com o meio envolvente¹². Através da perceção é possível obter informações sobre o que nos rodeia, extraíndo informação e processando-a através dos seus órgãos e modalidade sensoriais.

Estas últimas são constituídas pelos sentidos classificados como ambientais, tais como a visão, audição, olfato e paladar, assim como os classificados como corporais, como o tato, vestibular e a proprioção¹³. Os sentidos operam por meio de órgãos sensoriais que captam estímulos, transmitindo-os ao cérebro para que sejam processados, organizados e interpretados. Se os estímulos são internos ao indivíduo então denominam-se de interoceptivos, se, por outro lado, os estímulos são externos ao indivíduo então os recetores sensoriais denominam-se de exteroceptivos. Estes últimos podem ainda ser classificados como distais (visão, audição e olfato) ou proximais (tato e paladar)¹⁴.

De seguida, ir-se-á descrever a formação de cada sistema sensorial e qual o seu papel no desenvolvimento humano.

2.3.1 SISTEMA TÁTIL/PROPRIOCEPTIVO

O tato é uma das capacidades mais desenvolvidas do bebé ao nascer, encontrando-se totalmente desenvolvido aquando do nascimento. Contudo, a criança terá ainda de aprender a discriminar os diferentes tipos de sensações táteis, assim como determinar a localização dessa mesma estimulação.

O tato envolve quatro diferentes capacidades sensoriais, cada uma delas com um percurso neuronal distinto. Assim, existe a capacidade de sentir o toque, ou seja, a capacidade de sentir que a pele está em contacto com outro indivíduo ou objeto, de sentir diferentes temperaturas, a dor e a proprioção, ou seja, a posição e movimento do próprio corpo. Por um lado, o toque, a temperatura e a dor iniciam-se na pele, onde cada modalidade possui os seus recetores. Por outro lado, a proprioção usa tanto informações da pele como os sinais enviados pelos músculos e

articulações de forma a informar o indivíduo sobre a posição dos seus membros a qualquer momento¹⁵.

Em termos de desenvolvimento, um embrião com cinco semanas já possui sensibilidade nos lábios e nariz, sendo que esta sensibilidade tátil estende-se, de forma muito rápida, ao resto do corpo. Na nona semana de gestação, o queixo, as pálpebras e os braços são já sensíveis ao toque. Na décima segunda semana quase toda a superfície corporal já está sensível ao toque, com exceção da zona parietal e occipital do crânio. Com um ano de idade, a criança processa a informação tátil quatro vezes mais depressa do que no momento do nascimento. Aos seis anos de idade, a velocidade de processamento duplicou, atingindo níveis semelhantes aos de um adulto.

O ato possui assim um papel fundamental no desenvolvimento sensório-motor, crescimento físico, bem-estar emocional, potencial cognitivo e saúde, em geral¹⁵.

2.3.2 SISTEMA VESTIBULAR

Ao contrário dos outros sentidos, o sistema vestibular não é tão perceptível uma vez que funciona num nível subcortical. Este possui um papel fundamental na capacidade de manutenção da postura corporal, através da perceção da gravidade e do movimento, permitindo manter o equilíbrio e a suavidade de ação.

De facto, a sensibilidade vestibular é a capacidade sensorial mais precoce, permitindo ao feto os seus primeiros reflexos. No início da gestação, à medida que o ouvido interno se começa a formar, também o sistema se desenvolve. Com dez semanas de gestação o feto já responde à estimulação do movimento. Às doze semanas de gestação começa a mexer os olhos como reflexo

à mudança de posição da cabeça. Posteriormente, este sistema irá permitir que o feto se oriente dentro do útero da progenitora de forma a colocar-se na posição mais adequada ao parto.

O sistema vestibular è hiperresponsivo durante a infância, com o seu auge entre os seis e os doze meses, diminuindo rapidamente até aos dois anos e meio, e de forma gradual, até à puberdade.

As perturbações do sistema vestibular foram encontradas em crianças com perturbações emocionais e perçetivas, perturbação do espectro do autismo, dificuldades de aprendizagem, perturbações/atrasos de linguagem e défice de atenção e hiperatividade¹⁵.

2.3.3 SISTEMA OLFATIVO

O sistema olfativo possui uma função protetora, evitando que os seres humanos consumam alimentos prejudiciais à sua saúde. Para além disso, é um componente essencial nas interações sociais, incluindo o reconhecimento de coisas familiares, a atração sexual e o vínculo da criança com os pais.

O seu desenvolvimento inicia-se no útero, onde muitos odores e sabores a que a progenitora se expõe são também experienciados pelo feto, a partir da vigésima oitava semana de gestação. A partir do terceiro trimestre, a placenta torna-se mais permeável, permitindo uma maior entrada de moléculas do mundo exterior no líquido amniótico, aumentando exponencialmente os estímulos olfativos a que o feto é exposto.

Após o nascimento, em conjunto com o tato, o olfato adquire um papel fundamental na vida do bebé, permitindo-o encontrar o seio da sua progenitora, para além do papel-chave que este possui no estabelecimento de laços com esta e com o meio que o rodeia, sendo que já é capaz de discriminar quase tantos odores distintos como um adulto¹⁵.

2.3.4 *SISTEMA GUSTATIVO*

O paladar, assim como o sistema vestibular, o tátil e o olfativo, surge cedo no desenvolvimento, tornando-se funcional durante o terceiro trimestre de gestação. O paladar é muito importante para o bebê, não só pelo seu significado nutricional, mas também pelo fato de ser uma fonte de experiências sensoriais, influenciando o humor e bem-estar emocional do bebê.

As evidências sugerem que os bebês conseguem sentir diferentes sabores antes do nascimento, gerando consequências importantes do desenvolvimento futuro. De facto, as experiências vividas dentro do útero da progenitora podem vir a influenciar a preferência por determinados alimentos no futuro.

Ainda que os recém-nascidos possam distinguir diferentes sabores, o que mais os atrai é o doce, que induz sensações prazerosas no corpo. O azedo causa salivação e franzimento do nariz e dos lábios, enquanto o amargo causa protusão de língua. O salgado, por outro lado, não provoca reação aparente.

Este sistema continua a evoluir durante toda a infância, sendo que a compreensão do que é comestível ou não, é aprendida gradualmente, através das experiências pessoais e dos estímulos a que a criança está exposta¹⁵.

2.3.5 *SISTEMA VISUAL*

O sistema visual é o sentido mais primitivo aquando do nascimento, uma vez que este não foi estimulado aquando da permanência do feto no útero. Assim, quando o bebê nasce, os seus olhos já conseguem captar a luz. Contudo, nem a retina nem o cérebro são capazes de processar as informações de forma suficientemente sofisticada para que este detete a maioria dos objetos,

formas e cores. Os recém-nascidos possuem uma visão bidimensional, não são capazes de focar e a sua acuidade visual é muito baixa.

Na quarta semana de vida, o sistema visual inicia o seu desenvolvimento. Contudo, é apenas aos seis meses de idade, que as suas capacidades visuais primárias melhoraram exponencialmente, tendo já percepção de profundidade, cor, acuidade visual e controlo dos movimentos oculares. Com o nascimento vem a experiência visual que é crítica para o desenvolvimento dos centros visuais corticais que podem ser considerados o equipamento necessário para a percepção visual consciente. O processo começa de forma lenta, mas a partir do segundo mês o córtex cerebral do bebé começa a realizar a maioria das tarefas visuais que antes eram realizadas por circuitos subcorticais. À medida que o número de sinapses no córtex visual aumenta, entre o segundo e o oitavo mês, novas capacidades visuais surgem evoluindo rapidamente. Com um ano de idade, a sua visão já é semelhante à de um adulto.

A visão, embora surja tardiamente comparada aos outros sentidos, rapidamente amadurece e se desenvolve de forma tão sofisticada que logo domina a experiência sensorial humana, tornando-se principal a fonte de aquisição de informações sobre o que nos rodeia. Assim, os tipos de experiências visuais e visuo-motoras de uma criança no começo da vida são extremamente importantes para seu desenvolvimento¹⁵.

2.3.6 SISTEMA AUDITIVO

Aos seis meses de gestação, o feto já é capaz de ouvir e será ainda dentro do útero que ocorrem as primeiras estimulações auditivas, através da voz da progenitora, dos sons do dia-a-dia e da música. De facto, estas experiências auditivas influenciam diretamente a qualidade do

desenvolvimento auditivo, essenciais na estruturação das diferentes conexões cerebrais responsáveis pelo processamento e compreensão de diferentes sons, para além de estimular as altas funções cerebrais como a emoção, a linguagem e outras capacidades cognitivas.

Após o nascimento, a visão torna-se o principal meio de interação do bebé com o meio não proximal, ainda que este não seja sensível aos sons de baixa intensidade. Por outro lado, é capaz de reconhecer diferentes vozes através da melodia e entoação de determinadas palavras e frases, sendo também capaz de localizar a fonte sonora.

Em suma, o aparato sensorial é essencial para o bebé, no que diz respeito ao processo de aprendizagem sobre o mundo que o rodeia, permitindo que este se oriente socialmente e estabeleça relações essenciais para o seu desenvolvimento¹⁵.

2.4 INTEGRAÇÃO SENSORIAL

Após compreender como se dá a formação de cada sistema sensorial e qual o seu papel no desenvolvimento do bebé é preciso ir além e compreender mais especificamente como é que as sensações se transformam em perceções, ou seja, como é atribuído um significado a uma experiência e como é que esta é percebida de forma global e integrada, e não em partes.

A integração sensorial é o processo neurológico, que tem início durante o desenvolvimento pré-natal, pelo qual o ser humano se torna capaz de perceber, aprender e organizar as sensações recebidas do meio e de seu próprio corpo, de forma a criar respostas adaptativas¹⁶, tal como supracitado.

Um componente importante para que a integração sensorial aconteça é a modulação. A capacidade de modular as sensações é um processo que a criança deve aprender para lidar com as

estimulações sensoriais ao longo da vida. Este é um processo de auto-organização do sistema nervoso, onde o sistema se modula aumentando ou reduzindo a energia de determinadas mensagens.

Tal como visto anteriormente, o ser humano nasce com a capacidade básica de integração sensorial, contudo, esta deve ser desenvolvida através da interação com o mundo e da adaptação de seu corpo e de seu cérebro aos muitos desafios vividos durante a infância.

Um dos princípios básicos do desenvolvimento infantil é a organização, sendo que a maior parte das atividades realizadas nos primeiros sete anos de vida está relacionada com o processo de organização das sensações no sistema nervoso. Um recém-nascido, por exemplo, ainda não é capaz de dar sentido às sensações por si experienciadas, pelo que ao longo do tempo aprende a organizá-las e a dar-lhes significado. Aprende também a focar sua atenção em determinadas sensações e a ignorar outras.

Desde o nascimento, o bebé já experiencia diversas sensações, principalmente relacionadas a seu próprio corpo e à gravidade, e desempenha inúmeras respostas adaptativas. Sem a integração que acontece nessas atividades sensoriomotoras simples, como por exemplo, ser balançado, ser tocado, ajustar o seu corpo ao colo do cuidador, acompanhar um objeto ou uma pessoa em movimento, responder a sons e alimentar-se é impossível haver um desenvolvimento adequado ao longo da vida. Para Ayres¹, todas as capacidades da criança, desde as comportamentais, as emocionais e até as académicas, têm origem sensoriomotora. Grande parte da capacidade de aprendizagem de uma criança está relacionada à sua capacidade de integrar informações sensoriais. Ayres¹⁶ considera que até aos sete anos de idade o cérebro da criança é como que uma máquina de processamento sensorial. Nesse período as respostas adaptativas são

muito mais musculares e motoras do que mentais. Assim, se os processos sensoriomotores são bem organizados nesse período da vida, a criança terá mais facilidade em aprender capacidades sociais e mentais nos períodos que se seguem.

2.5 PERTURBAÇÕES DO SISTEMA SENSORIAL

A Disfunção do Processamento Sensorial interfere direta e indiretamente com as dificuldades na alimentação e nas capacidades motoras orais, sendo o terapeuta da fala o profissional responsável pela sua avaliação, diagnóstico e posterior intervenção¹⁷.

O processamento sensorial permite que um indivíduo filtre, de forma adequada, a multiplicidade de informação sensorial que bombardeia constantemente o seu sistema nervoso. Tal ocorre por inibição da entrada irrelevante de informação, alertando o indivíduo para os estímulos relevantes para que este seja capaz de responder de forma adequada à informação recebida. Esta capacidade desenvolve-se de forma contínua e processa-se, principalmente, nos primeiros sete anos de vida¹⁸, tal como mencionado anteriormente. Assim, a disfunção na capacidade de modular a entrada sensorial pode ser exibida como hipersensibilidade, hipossensibilidade e/ou sensibilidade flutuante¹⁹. Para além disso, é possível ter crianças hiporreativas, sendo que estas acomodam-se à hiporreatividade ou compensam com procura sensorial e, por outro lado, crianças hiperreativas, as quais tendem a ter comportamentos de afastamento ou isolamento, evitam determinadas situações ou procuram outros estímulos compensatórios.

2.6 AVALIAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO COM BASE SENSORIAL

A avaliação da deglutição e alimentação pediátrica têm vindo a ser abordadas na literatura internacional por diversos autores^{20,21}.

A avaliação das perturbações alimentares pediátricas pode ser realizada através de entrevistas ou questionários padronizados.

O historial clínico fornecido pelos cuidadores e a informação obtida na entrevista aos mesmos são talvez duas das mais valiosas fontes de informação aquando do diagnóstico das perturbações da alimentação, permitindo agir da forma mais apropriada a cada caso.

Por exemplo, num estudo²², 66% dos casos de perturbações da alimentação tinham origem orgânica. Portanto, a intervenção do terapeuta da fala não era a mais apropriada.

As entrevistas aos cuidadores são também frequentemente utilizadas como fonte primária de recolha de dados de avaliação, permitindo identificar os tipos, texturas, temperatura e cor dos alimentos ingeridos, ou não, pela criança²³.

Outra informação que deve ser obtida durante a entrevista relaciona-se com o comportamento da criança à hora da refeição e quais as técnicas de gestão de comportamento aplicadas²³.

Outra forma de avaliação relaciona-se com a utilização de instrumentos de avaliação padronizados, como por exemplo, o *Sensory Profile*²⁴, questionário não validado para a população portuguesa, utilizado na avaliação do impacto do processamento sensorial no desempenho funcional do indivíduo. Este inclui uma secção relativa ao processamento sensorial oral, bem como outras áreas que influenciam o desempenho da criança no ato alimentar.

Por sua vez, Boshart²⁵ desenvolveu uma ferramenta, o *Oral-motor Analysis*, que avalia a sensibilidade tátil facial e oral, bem como a diferenciação motora oral. Apesar de não ser

especificamente concebido para a alimentação, esta ferramenta pode ser utilizada para avaliar perturbações do processamento oral por hipo ou hiperresponsividade.

Uma das escalas que é atualmente utilizada como uma ferramenta de triagem de dificuldades de alimentação é a *Screening Tool of Feeding Problems*²⁶, encontrando-se dividida em 23 itens e baseia-se nas dificuldades de alimentação que são comuns a esta população (e.g. seletividade/recusa de alimentos).

Em 1991, Archer, Rosenbaum e Streiner²⁷ publicaram o *Children's Eating Behavior Inventory*, o qual avaliava as problemáticas associadas à alimentação e à hora da refeição. 28 itens relacionavam-se com as preferências alimentares, as capacidades motoras e a conformidade comportamental. Os restantes 12 itens avaliavam os mecanismos de controlo comportamental da criança pela família, os sentimentos em relação à alimentação e o impacto destas alterações na família e nas suas interações.

Por sua vez, Crist, McDonnel, Beck, Gillespie, Barret e Mathews²⁸ apresentaram o *Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale – Child Behaviors subscale*, onde existiam 25 itens relacionados com os comportamentos alimentares da criança à refeição e as restrições na dieta.

Os autores Crist, Dobbelsteyn, Brousseau e Napier-Phillips²⁹ publicaram o *Pediatric Assessment Scale for Severe Feeding Problems*, o qual avalia a severidade da perturbação da alimentação aquando da alimentação não-oral, dividido em dois itens para a descrição da necessidade de alimentação não-oral; oito itens relacionados com os comportamentos alimentares; quatro itens relacionados com a qualidade de vida da criança e dos seus cuidadores

e; nove itens relacionados com a aceitação ou recusa de alimentos pela sua textura e/ou temperatura.

Foi também criado o *About Your Child's Eating – Revised*³⁰, o qual aborda as dificuldades comportamentais e internacionais entre a criança e os seus cuidadores, sendo que 11 itens avaliam a resistência à alimentação, cinco itens avaliam o ambiente à refeição e quatro itens avaliam a aversão dos cuidadores à refeição.

O *Brief Autism Mealtime Behavior Inventory* (BAMBI) foi criado por Lukens e Linscheld³¹ com o intuito de desenvolver uma ferramenta de avaliação do comportamento alimentar em crianças com perturbações do espectro do autismo, abordando a variedade de alimentos ingeridos (oito itens), a recusa alimentar (cinco itens) e algumas características das perturbações do espectro do autismo (cinco itens).

Berlin, Davies, Silverman, Woods, Fischer e Rudolph³², criaram o *Mealtime Behavior Questionnaire*, de forma a identificar os comportamentos problemáticos à hora da refeição. Este questionário é composto por 31 itens que avaliam a recusa ou evitamento de determinados alimentos, a manipulação dos alimentos, a presença ou não de comportamento agressivos, náuseas ou vômitos, aquando da refeição.

Nadon³³, por sua vez, criou o *Eating Profile* cuja validação para a população do Canadá passou por cinco Terapeutas Ocupacionais com extensa experiência em crianças com PEA e por um adulto com diagnóstico de Autismo de Alto Funcionamento, consultor na área. O questionário sofreu um pré-teste, sendo aplicado a cinco crianças distintas.

Este questionário cobre 145 itens sendo divididos em: (1) História alimentar da criança (16 itens) onde se observa a capacidade de lidar com a alimentação, os comportamentos orais

durante a infância, as mudanças na quantidade de ingestão durante a infância e a percepção dos pais em relação à adequação da ingestão, (2) saúde da criança (oito itens), onde se observa a saúde geral e o ganho de peso ao longo do último três, seis e doze meses; (3) história alimentar da família (sete itens) onde se observa se há alguma intolerância alimentar / alergia alimentar em todos os membros da família; (4) comportamento às refeições da criança (23 itens) onde se observam as capacidades motoras orais como a mastigação, deglutição, salivação, engasgos, tosse, asfixia e as capacidades sociais (comer com a família); (5) as preferências alimentares (19 itens) onde se observa como a criança lida com a apresentação, características e aparência dos alimentos; (6) autonomia (11 itens) onde se observam os tipos de apoio utilizados (utensílios) e assistência necessária para comer independentemente; (7) comportamento fora das refeições (12 itens) onde se observa a conformidade e integração na vida social e no ambiente envolvente; (8) impacto na vida diária (oito itens) onde se observa a facilidade/esforço relacionado com as refeições; (9) estratégias utilizadas para resolver as dificuldades encontradas durante as refeições (31 itens), onde se observam as abordagens comportamentais e nutricionais tomadas; (10) capacidade de comunicação da criança (oito itens) onde se observam as necessidades e intenções comunicativas; (11) fatores socioeconómicos da família (dois itens).

As respostas a algumas perguntas são dicotomizadas (sim / não) e as restantes utilizam uma escala de *Likert* de três, quatro ou cinco níveis (e.g. sempre / frequentemente / raramente / nunca / não aplicável).

A razão para o desenvolvimento deste questionário, segundo o autor, relaciona-se com o facto de os outros instrumentos existentes não atenderem às necessidades específicas das crianças com PEA, não fornecerem um histórico alimentar da criança e dos cuidadores, não terem em conta a autonomia da criança à hora da refeição ou estratégias utilizadas pelos cuidadores para

resolver os problemas existentes. Estas questões são essenciais de forma a preparar o terreno para futuras intervenções na reabilitação alimentar, por parte da equipa interdisciplinar responsável.

Nenhum dos instrumentos de avaliação supracitados se encontra traduzido ou adaptado para a população portuguesa.

Contudo, é possível utilizar outros métodos de avaliação, nomeadamente através da realização de entrevistas aos cuidadores das crianças e da observação das refeições da mesma. Estas observações devem ocorrer entre os diferentes tipos de refeição (e.g. pequeno-almoço, lanche, almoço) e configurações (e.g. refeitório, sala de aula, cozinha), a fim de avaliar os efeitos das mudanças do tipo de alimento e das qualidades sensoriais do ambiente., para além da observação do comportamento dependendo do adulto responsável pela alimentação. É também importante avaliar a resposta à textura (e.g. papa e batatas fritas), às alterações de sabor (e.g. musse de maracujá e musse de chocolate), temperatura (e.g. gelado e sopa) ou apresentação (e.g. prato com desenhos preferidos e tabuleiro da escola)²¹.

Assim, os terapeutas da fala devem estar cientes de que existem muitas opções disponíveis para a recolha de informações com o objetivo de realizar um diagnóstico dentro desta área de perturbações, sendo que o profissional deverá selecionar o instrumento que melhor se adapta à sua realidade e às idiossincrasias da criança a avaliar.

3. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DE UM INSTRUMENTO

O conhecimento pode ser adquirido de diversas formas. Na maior parte das áreas profissionais, este foi adquirido através de diferentes fontes como a intuição, as tradições e autoridade, experiência pessoal, raciocínio lógico e ainda a investigação científica, sendo este último o mais rigoroso e, por conseguinte, o mais fidedigno³⁴.

A investigação científica pode ser definida como um processo de busca do conhecimento para estabelecer factos novos, resolver problemas e desenvolver ou verificar novas ideias e teorias. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação. Pelas suas funções, a investigação permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos bem como descobrir, interpretar e desenvolver métodos e sistemas de forma a promover a evolução do conhecimento humano³⁴.

Existem dois métodos fundamentais: o método de investigação qualitativa, cujo principal objetivo é descrever e interpretar; e o método de investigação quantitativa, que assenta na observação de factos quantificáveis, tendo como finalidade a validação do conhecimento³⁴. Por permitir generalizar resultados, prever e controlar acontecimentos, o segundo método descrito é o mais utilizado na investigação clínica³⁵.

A investigação numa dada área visa a produção de uma base científica para guiar a prática, assegurar a credibilidade de uma profissão, bem como definir os parâmetros e conteúdo funcional da mesma, sendo que na área da saúde tem-se como objetivo fundamental teoricamente a prática clínica, denominando-se a este processo de prática baseada na evidência (PBE)³⁴.

Como a maioria dos instrumentos de medida (p.e. questionários, escalas, testes) a EAHPM apresentava-se, até então, apenas nas línguas originais, a inglesa e francesa³⁶, tendo sido posteriormente traduzida para o holandês³⁷.

Existem diversos fatores a ter em consideração aquando da tradução de um instrumento para que este mantenha as características psicométricas iniciais da sua língua original para a língua alvo (termo utilizado para a língua para a qual o instrumento será traduzido)³⁸. Estes são a

equivalência semântica, ou seja, a avaliação da equivalência gramatical e de vocabulário; a equivalência idiomática onde se deverá verificar se expressões idiomáticas e coloquialismos são substituídos por expressões equivalentes; a equivalência conceptual que permite avaliar a equivalência de conteúdo, verificando se transmite o mesmo conceito e a; equivalência cultural, verificando-se se os termos utilizados são coerentes com as experiências vividas pela população à qual se destina, dentro do seu contexto cultural³⁵.

Assim, para a tradução e adaptação cultural devem-se então seguir uma serie de etapas que vêm descritas na literatura³⁸.

3.1 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO

3.1.1 *PREPARAÇÃO*

Nesta fase o autor deve ter delineado toda a metodologia. Deve preparar o grupo de pessoas com que vai trabalhar, ou seja, seleccionar os tradutores, contactar e pedir autorização formal aos autores do instrumento, convidar os autores do instrumento a participarem no estudo e recrutar ou reunir informação de pessoas chave na população alvo, da área de estudo do instrumento a traduzir³⁹.

3.1.2 *TRADUÇÃO*

A tradução deve ser feita, em condições ideais, por dois tradutores bilingues cuja língua materna é a língua alvo (Português), que produzem duas versões traduzidas³⁹.

3.1.3 *RECONCILIAÇÃO - PROCESSO DELPHI*

A reconciliação pode ser feita de três formas: revisão de um painel de investigadores, revisão por uma pessoa alheia ao estudo e ainda pelos tradutores que produziram a primeira versão³⁹.

Neste estudo a reconciliação será realizada por uma pessoa alheia ao estudo que analisa a versão de reconciliação produzindo assim a segunda versão.

3.1.4 RETROTRADUÇÃO

A retrotradução é a tradução da segunda versão na língua alvo para a língua original que deve ser feita por dois tradutores bilíngues cuja língua materna é a língua original do instrumento³⁹.

3.1.5 RELATÓRIO RETROTRADUÇÃO VERSUS VERSÃO ORIGINAL

Nesta fase é feita uma comparação da versão retrotraduzida e da versão original para salientar e investigar possíveis discrepâncias entre o original e a versão traduzida. A versão retrotraduzida tem que ser linguisticamente equivalente à versão original sendo que se tal não acontecer, o processo anterior terá que ser repetido³⁹.

3.1.6 HARMONIZAÇÃO

Esta etapa compreende a harmonização de várias versões (línguas e populações), sendo que nem sempre é realizada esta etapa, devido à pouca clareza do seu objetivo. Por esta etapa não estar suficientemente bem definida e fundamentada, necessitando de mais investigação, não fará parte do desenho do presente estudo³⁹.

3.1.7 PRÉ-TESTE

Um pré-teste é a aplicação de um questionário, na sua versão preliminar, a uma amostra de indivíduos, de forma a identificar perguntas-problema que justifiquem uma modificação da redação, alteração do formato ou até eliminação da versão final³⁵.

Uma vez que a versão retrotraduzida da segunda versão é considerada equivalente, esta é aplicada a um pequeno grupo, que compõe o pré-teste, com o intuito de testar palavras

alternativas e verificar o nível de compreensão, interpretação e relevância cultural da tradução efetuada.

Os participantes preenchem o instrumento a avaliar e depois, através de entrevista ou de formulário de compreensão, avaliam qualitativamente a escala, verificando se compreenderam o significado das questões formuladas, se encontraram dificuldades na interpretação das mesmas e se responderam adequadamente³⁹.

3.1.8 ANÁLISE RESULTADOS PRÉ-TESTE

Esta etapa compreende a análise dos resultados dos participantes de forma a comparar a interpretação da segunda versão do instrumento de forma a corrigir discrepâncias, compondo assim a terceira e última versão da língua alvo. As questões com mais de 15 % de respondentes com dúvidas devem ser revistas pelo painel de peritos e reaplicadas noutra grupo de participantes³⁹.

3.1.9 REVISÃO FINAL

A revisão final da terceira versão pretende corrigir algum erro tipográfico, gramatical ou outras alterações pertinentes.

3.1.10 VERSÃO FINAL E RELATÓRIO

O relatório da versão final do instrumento é então redigido, documentando o desenvolvimento de cada fase da tradução. Estando concluída esta etapa pode-se proceder ao processo de validação.

3.2 VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO

3.2.1 DESCRIÇÃO E RELEVÂNCIA

Após a realização do pré-teste, o investigador deve aplicar o instrumento numa amostra maior e verificar as propriedades psicométricas da versão final do instrumento, através da análise da fiabilidade e validade do instrumento⁴⁰.

3.3 PROCESSO DELPHI

3.3.1 DESCRIÇÃO

O recurso à técnica Delphi permite estruturar o processo de comunicação de um grupo de indivíduos, como um todo, tendo como fonte de informação a opinião de peritos. O seu principal objetivo é a obtenção de uma opinião qualificada coletiva sobre determinadas questões. Partindo das opiniões, pontos de acordo e divergências entre os peritos, pretende-se chegar a certos elementos de consenso e a uma hierarquização de aspetos importantes e secundários relativos ao problema em estudo.

As principais características da técnica Delphi consistem na utilização de um painel de peritos para obter consenso, sustentado no facto de os participantes não terem confrontação frente a frente, na garantia de anonimato das respostas e no uso de ferramentas estatísticas simples para identificar níveis de concordância³⁵.

Esta técnica permite o anonimato, sendo que a opinião dos membros do grupo é obtida através de um questionário, pelo que os participantes não interagem diretamente uns com os outros. Posteriormente, os resultados são enviados aos participantes para que estes validem novamente as suas opiniões. Se necessário, recorre-se á interação, sendo que esta técnica consiste em sucessivas rondas cuja quantidade é determinada de acordo com um critério de consenso do grupo ou estabilização dos julgamentos individuais³⁵.

Na prática, este *feedback* controlado consiste em remeter a todos os participantes, em rondas sucessivos, a informação que se vai gerando em cada etapa. É neste sentido que o investigador vai transmitindo aos participantes a informação livre de interferências, eliminando aquela que considera não relevante, repetida e confusa, com o intuito de enviar uma mensagem clara, que agrupe a opinião do grupo sobre a temática em discussão⁴¹.

Sublinha-se a importância do método Delphi como técnica de exploração monovariável para a previsão de tecnologia. Afirma-se ainda que o método Delphi foi desenvolvido a fim de tornar possível a discussão entre especialistas, sem permitir um certo comportamento social interativo, como acontece durante uma discussão em grupo normal e dificulta a formação da opinião.

3.3.2 OBJETIVO

O principal objetivo do processo ou técnica de Delphi é chegar a um consenso de opinião profissional, relativamente a qualquer temática, sendo o meio através do qual o conhecimento e a experiência profissional relevante podem ser sintetizados e utilizados para se chegar a uma decisão fundamental⁴¹.

3.3.3 MÉTODO

O método de Delphi envolve a identificação de profissionais especialistas na área em estudo, sendo-lhes enviado um formulário de análise, cujo propósito é o de apurar os seus pontos de vista acerca dos tópicos a serem estudados. Tal pode ser efetuado através de convite aos especialistas num formato de resposta livre e não estruturada ou através de uma escala numérica (p.e. escala de *Likert*), onde se solicita o preenchimento da mesma de acordo com o grau de concordância do especialista.

Todas as respostas deverão ser devolvidas ao investigador, o qual as examinará. O procedimento é repetido numerosas vezes até que se obtenha uma pequena lista de itens que reúna a concordância de todos os especialistas que compõem o painel. Tal concordância poderá assumir duas formas distintas, nomeadamente, a concordância dos especialistas relativamente às questões investigadas e a concordância entre os diversos membros que constituem o painel⁴¹.

Todo este processo é anónimo e confidencial de forma a evitar as possíveis influências interpessoais.

3.3.4 PROCEDIMENTOS

Os procedimentos recomendados nesta prática são habitualmente dividido em nove etapas distintas^{35,41}:

1. “Identificar o painel de peritos;
2. Determinar a vontade dos peritos em servir o painel;
3. Reunir o contributo individual do tema específico e depois compila-lo numa instrução básica;
4. Analisar os dados provenientes do painel;
5. Compilar a informação para uma nova ronda;
6. Analisar a nova informação (repetir esta etapa até haver consenso) e devolver os dados finais ao painel;
7. Solicitar a cada membro do painel opinião sobre a recolha e síntese de dados;
8. Analisar a informação, sintetizar e partilhar com o painel;
9. Possibilidade de fazer o tratamento estatístico com o Coeficiente de Kendall para obter concordância ou através de métodos de estatística descritiva, descrevendo percentagens,

sendo que este apenas pode ser efetuado quando os peritos avaliam quantitativamente as questões ou a pertinência das mesmas.”

3.3.5 VANTAGENS E DESVANTAGENS

Sendo que a técnica de Delphi é um processo anónimo, as suas respostas tendem a ser imunes a influências, possibilitando a expressão de opiniões de forma objetiva e desinibida ^{42,41}.

Para além disso, é um método pouco dispendioso que possibilita a recolha de uma grande quantidade de dados, de um vasto leque de especialistas, aumentando a validade do seu conteúdo⁴³.

É também uma técnica altamente flexível, que pode ser adaptada a várias temáticas e profissionais, bem como a vários desenhos de estudo^{41,43}.

Contudo, esta técnica tem também sido alvo de críticas quanto à falta de rigor científico, principalmente no que concerne ao processo de amostragem, à inexistência de linhas de recomendação quanto aos critérios de inclusão para a seleção do painel de especialistas e por estar dependente da colaboração ativa dos mesmos⁴¹.

4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Tal como em muitos outros países, não existe nenhum instrumento validado para a população portuguesa no que concerne à identificação de perturbações da alimentação. Contudo, os técnicos, inclusive os terapeutas da fala, aquando do contacto com esta perturbação, expressa uma necessidade clara de possuir um instrumento com este intuito³⁷.

Embora os terapeutas da fala desempenhem um papel forte e importante no tratamento das dificuldades de alimentação e deglutição em muitas populações, a literatura tem ainda de contribuir para o crescente corpo de pesquisa sobre a expressão específica e intervenção nas dificuldades de alimentação.

A tradução para o português europeu do MCH-FS e o contributo para a sua validação será uma oportunidade única no cumprimento desta carência.

Em suma, é possível concluir que as perturbações da alimentação podem ser um foco de preocupação e gerador de arduidades, quer para as crianças, quer para os seus cuidadores, acabando por ter um impacto negativo no seu desenvolvimento. De facto, ainda que alguns comportamentos alimentares sejam transitórios, outros podem persistir e exacerbar as dificuldades idiossincráticas da criança. A avaliação por parte de uma escala concisa e objetiva irá auxiliar os técnicos na identificação e diagnóstico das perturbações da alimentação de forma mais precoce, contribuindo para uma referenciação mais eficiente e auxílio por parte de profissionais especializados.

5. REFERÊNCIAS

1. **Morris, E., Klein, M.** *Pre-Feeding Skills*. Estados Unidos da América : Therapy Skill Builders, 2000.
2. **Satter, E.** The feeding relationship. *Journal of the American Dietetic Association*. 1986, Vol. 86, pp. 352-356.
3. **Butte, N., Cobb, K., Graney, L., Heird, W., Rickard, K.** The Start Healthy Feeding Guidelines for Infants and Toddlers. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004, Vol. 104, pp. 442-454.
4. **Blum-Kemelor, D.** *Feeding Infants: A Guide for Use in the Child Nutrition Programs*. Estados Unidos da América : U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 2001.
5. **Story, M., Holt, K., Sofka, D.** *Bright Futures in Practice: Nutrition*. Estados Unidos da América : National Center for Education in Maternal and Child Health, 2002.
6. **Satter, E.** *How to Get Your kid to Eat...But Not Too Much*. . Estados Unidos da América : Bull Publishing Company, 1987.
7. **Association, American Psychiatric.** *Diagnostic and stastitical manual of mental disorders*. 5ª ed. Estados Unidos da América : American Psychiatric Publishing, 2013.
8. **Williams, K., Riegel, K., Kerwin, M.** Feeding disorder of infancy or early childhood: How often is it seen in feeding program. *Children's Health Care*. 2009, Vol. 38 (2), pp. 123-136.
9. **Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R., Walsh, B.** Feeding and eating disorders in children. *Internaltional Journal of Eating Disorders*. 2010, Vol. 42 (2), pp. 98-111.

10. **Pressman, H., Berkowitz, M.** *Treating children with feeding disorders.* s.l. : ASHA: The ASHA Leader, 2003.
11. **Groden, J., Diller, A., Bausman, M., Velicer, W., Norman, G., Cautela, J.** The development of a stress survey schedule for persons with autism and other developmental disabilities. *Journal of Autism Development Disorders.* 2001, Vol. 31, pp. 207-217.
12. **Hobson, P.** *The cradle of thought. Exploring the Origins of Thinking.* Estados Unidos da América : Oxford University Press, 2004.
13. **Williamson, G., Anzalone, M., Hanft, B.** Assessment of Sensory Processing, Praxis, and Motor Performance. s.l. : ICDL Clinical Practice Guidelines, 2000.
14. **Bogdashina, O.** *Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome: Different Sensory Experiences – Different Perceptual Worlds.* Inglaterra : Jessica , 2003.
15. **Eliot, L.** *What's going on in there? How the brain and mind develop in the first five years of life.* Estados Unidos da América : Bantam Books, 2000.
16. **Ayres, J.** *Sensory Integration And The Child. Understanding Hidden Sensory Challenges.* Estados Unidos da América : Western Psychological Services, 2005.
17. **[ASHA], American Speech Hearing Association.** *The Effect of Sensory-Based Interventions on Communication Outcomes in children: A Systematic Review.* s.l. : National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders, 2012.
18. **Ayres, A.** Tactile functions. Their relation to hyperactive and perceptual motor behavior. *American Journal of Occupational Therapy.* 1964, Vol. 18, pp. 6-11.

19. **Lane, S. Miller, L., Hanft, B.** Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 2: Sensory integration patterns of function and dysfunction. *Sensory Integration Special Interest Section*. 2000, Vol. 23 (2), pp. 1-3.
20. **Arvedson, J.** Evaluation of children with feeding and swallowing problems. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2000, Vol. 31 (1), pp. 28-41.
21. **Arvedson, J., Brodksy L.** *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management*. Estados Unidos da América : Singular, 2001.
22. **Shore, B., Piazza, C.** Pediatric feeding disorders. *Manual for the Assessment and Treatment of the Behavior Disorder of People with Mental Retardation*.
23. **Linscheid, T.** Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Behavior Modification*. 2006, Vol. 30 (1), pp. 6-23.
24. **Dunn, W.** *The Sensory Profile*. Estados Unidos da América : Therapy Skill Builders, 1999.
25. **Boshart, C.** *Oral-motor analysis and remediation techniques*. Estados Unidos da América : Speech Dynamics, 1998.
26. **Matson, J., Kuhn, D.** Identifying feeding problems in mentally retarded persons: development and reliability of the screening tool of feeding problems (STEP). *Research in Developmental Disabilities*. 2001, Vol. 21, pp. 165-172.
27. **Archer, L., Rosenbaum, P., Streiner, D.** The Children's Eating Behavior Inventory: Reliability and validity results. *Journal of Pediatric Psychology*. 1991, Vol. 16, pp. 629-42.

28. **Crist, W., McDonnell, P., Beck, M., Gillespie, C., Barrett, P., Mathwes, J.** Behavior at mealtimes and the young child with cystic fibrosis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1994, Vol. 15, pp. 157-61.
29. **Crist, W., Dobbelsteyn, C., Brousseau, A., Napier-Phillips, A.** Pediatric Assessment Scale for Severe Feeding Problems: Validity and reliability of a new scale for tube-fed children. *Nutrition in Clinical Practice*. 2004, Vol. 19, pp. 403-8.
30. **Davies, W., Ackerman, L., Davies, C., Vannatta, K., Noll, R.** About your child's eating: Factor structure and psychometric properties of a feeding relationship measure. *Eating Behaviors*. 2007, Vol. 8, pp. 457-63.
31. **Lukens, C., Linscheid, T.** Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008, Vol. 35, pp. 382-85.
32. **Berlin, K., Davies, W., Silverman, A., Woods, D., Fischer, E., Rudolph, C.** Assessing children's mealtime problems with the Mealtime Behavior Questionnaire. *Children's Health Care*. 2010, Vol. 39, pp. 142-156.
33. **Nadon, G.** *Le profil alimentaire des enfants présentant un trouble envahissant du développement: un lien avec l'âge et le diagnostic*. University of Montreal. Montreal, Canada : s.n., 2007. Dissertação de mestrado.
34. **Fortin, M.** *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Portugal : Lusodidacta, 2009.
35. **Hicks, C.** *Research Methods for Clinical Therapists*. s.l. : Lusociência, 2006.

36. **Ramsay, M., Martel, C., Porporino, M., Zygmuntowicz, C.** The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Pediatric Child Health*. 2011, Vol. 16 (3), pp. 147-151.
37. **van Dijk, M., Timmerman, M., Martel, C., Ramsay, M.** Towards the development of a Dutch screening instrument for the detection of feeding problems in young children. *Netherlands Journal of Psychology*. 2011, Vol. 66 (4), pp. 112-119.
38. **Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.** Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000, Vol. 25 (24), pp. 3186-91.
39. **Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A.** Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005, Vol. 8(2), pp. 94-104.
40. **McKenna, S., Doward, L.** The translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures. *Value Health*. 2005, Vol. 8(2), pp. 89-91.
41. **Yousuf, M.** The Delphi Technique. *Essays in Education*. 2007, Vol. 20, pp. 80-89.
42. **Elwyn, G., O'Connor, A., Stacey, D., Volk, R., Edwards, A., Coulter, A.** Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *Bmj*. 2006, Vol. 333 (7565), pp. 417-23.
43. **Finger, M. E., Cieza, A., Stoll, J., Stucki, G., Huber, E.** Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a Delphi exercise. *Phys Ther*. 2006, Vol. 86 (9), pp. 1203-1220.

44. **Costa, C.** Protocolo de avaliação da alimentação. Lisboa : (não publicado), 2010.

6. APÊNDICES

APÊNDICE I – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Dados relativos à criança:

Sexo: F M

Data de Nasc.: ____/____/____ Idade: _____

Naturalidade: _____ Concelho de residência: _____

J.I./Escola/Instituição: _____

História clínica relativa à criança:

Semanas de gestação: _____ semanas

Parto com complicações? S N Se sim, quais? _____

Peso à nascença: _____ gramas

Necessitou de incubadora? S N Se sim, quanto tempo? _____

Toma medicação? S N Se sim, qual? _____

Assinale com um X se na família houver referência a alguma das seguintes alterações.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perturbações de fala/linguagem/comunicação | <input type="checkbox"/> Perturbações sensoriais |
| <input type="checkbox"/> Perturbações da alimentação | <input type="checkbox"/> Perturbações gastrointestinais |
| <input type="checkbox"/> Perturbações da saúde mental | <input type="checkbox"/> Perturbações do neurodesenvolvimento |

Já foi/é acompanhado em terapia da fala? S N Se sim, porquê?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atraso do desenvolvimento da linguagem | <input type="checkbox"/> Perturbação da Comunicação |
| <input type="checkbox"/> Perturbação articulatória | <input type="checkbox"/> Perturbação Específica da Linguagem |
| <input type="checkbox"/> Perturbação da alimentação | <input type="checkbox"/> Perturbação da motricidade orofacial |

Já foi/é acompanhado em psicologia? S N

Se sim, porquê?

- Perturbação da alimentação Perturbação do neurodesenvolvimento
 Hiperatividade e Défice de Atenção Perturbação da saúde mental

Já foi/é acompanhado em Terapia Ocupacional? S N Se sim, porquê?

- Perturbação da alimentação Perturbação do neurodesenvolvimento
 Hiperatividade e Défice de Atenção Perturbação da saúde mental
 Perturbação sensorial

Quem é a pessoa que, se necessário, assiste e auxilia a criança ao almoço?

- Mãe Pai Avó Avô Ama
 Educadora de Infância Auxiliar de ação educativa Empregada Outro: _____

Quem é a pessoa que, se necessário, assiste e auxilia a criança ao jantar?

- Mãe Pai Avó Avô Ama
 Educadora de Infância Auxiliar de ação educativa Empregada Outro: _____

Dados relativos ao agregado familiar:

Grau de Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão

Este questionário foi preenchido por (grau de parentesco): _____

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS AUTORES PARA A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DA MCH-FS

Dear Dr. Maria Ramsay,

I am a Speech Therapy Master Degree student and I am making my specialization in orofacial therapy and swallowing in the Escola Superior de Saúde do Alcoitão/Santa Casa da Misericórdia, in Portugal.

As I was doing my research for my thesis I came across the Montreal Children's Hospital Feeding Scale and I would like to ask your permission to translate it and adapt it to the Portuguese population and cultural reality.

I believe that this instrument has great value and would bring an enormous contribute to the assessment of feeding and eating disorders of childhood in our country as we see many children with this kind of difficulty but no screening test that can help us diagnose the issue.

I would also like to know if you have any literature that you would like to recommend or any other information that you think that it is relevant.

If you have any question please do not hesitate to contact.

Hoping to soon be contacted,

Yours sincerely,

Ana Cláudia Lopes

Dear Speech Therapists,

It is my pleasure to give you all the information you need about our scale. We are pleased to that you are interested in the scale. The purpose of our scale was to focus on the child and not to blame the mother. The scale has been already translated and standardized in two countries: Norway and Thailand. Attached is the article on Norway's results and the Thailand article is being submitted. To our pleasant surprise, the item score means and total mean scores are similar to our scores.

Attached are the articles we already published. If you have any further questions, please do not hesitate to communicate with me.

Sincerely,

M

APÊNDICE III – PEDIDOS DE COLABORAÇÃO NO ESTUDO ÀS INSTITUIÇÕES

4/7/2014 Mensagem de Impressão do Outlook.com

[Imprimir](#) [Fechar](#)

De: **Ana Cláudia Lopes** (anaclaudialopestf@gmail.com)
Enviada: sexta-feira, 4 de Julho de 2014 07:44:19
Para: jipopular@hotmail.com

Exma. Coordenadora Pedagógica do Jardim-de-Infância Popular,

O meu nome é Ana Cláudia Lopes, sou terapeuta da fala, e neste momento frequento o Mestrado em Terapia da Fala na área de especialização em motricidade orofacial e deglutição da Escola Superior de Saúde de Alcoitão/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

No âmbito da dissertação de mestrado, pretendo realizar um trabalho intitulado “Adaptação Transcultural e Validação da Escala de Alimentação do Hospital Pediátrico de Monterreal (EAHPM)” cujo objetivo é aferir uma escala que permita identificar e diagnosticar perturbações da alimentação, com base sensorial, em crianças com idades compreendidas entre os seis meses e os seis anos de idade. Para a persecução deste objectivo venho por este meio solicitar a sua autorização para o efetuar na instituição que V^ª EX^ª dirige e naturalmente após o consentimento dos encarregados de educação das crianças a recolha de dados referentes aos seus hábitos alimentares. Tal implicará a resposta dos pais a algumas questões elementares que lhes serão facultadas via papel, por mim mesma ou pelas educadoras responsáveis. Todos os dados serão tratados por mim e será respeitado o anonimato das crianças sendo que a informação será divulgada de forma global.

Considerando a pertinência da proposta que apresento agradeço desde já a atenção dispensada,

Atenciosamente,

Ana Cláudia Lopes

Terapeuta da Fala
Cédula Profissional nº C – 041692187
anaclaudialopestf@gmail.com
96 112 00 86

*AUBR: 3190
4/7/2014
TUMF*

https://dub128.mail.live.com/ol/mail_mvc/PrintMessages?mkid=pt-pt 1/1

Exma. Diretora do Centro de Desenvolvimento Infantil LogicaMentes

Lisboa, 4 de junho de 2014

O meu nome é Ana Cláudia Lopes, sou terapeuta da fala, e neste momento frequento o Mestrado em Terapia da Fala na área de especialização em motricidade orofacial e deglutição da Escola Superior de Saúde de Alcoitão/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

No âmbito da dissertação de mestrado, pretendo realizar um trabalho intitulado “Adaptação Transcultural e Validação da Escala de Alimentação do Hospital Pediátrico de Monterreal (EAHPM)” cujo objetivo é aferir uma escala que permita identificar e diagnosticar perturbações da alimentação, em crianças com idades compreendidas entre os seis meses e os seis anos de idade.

Para a persecução deste objectivo venho por este meio solicitar a sua autorização para o efectuar na instituição que V^ª EX^ª dirige e naturalmente após o consentimento dos encarregados de educação das crianças a recolha de dados referentes aos seus hábitos alimentares. Tal implicará a resposta dos pais a algumas questões elementares que lhes serão facultadas via papel, por mim mesma ou pelas educadoras responsáveis.

Solicito também a sua autorização para a utilização do Protocolo de Avaliação da Alimentação, criado por Costa (2010).

Todos os dados serão tratados por mim e será respeitado o anonimato das crianças sendo que a informação será divulgada de forma global.

Considerando a pertinência da proposta que apresento agradeço desde já a atenção dispensada,

Atenciosamente,

Ana Cláudia Lopes

Terapeuta da Fala

Cédula Profissional n^º C – 041692187

anaclaudialopestf@gmail.com

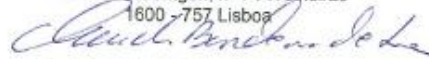
LogicaMentes

Centro de Desenvolvimento Infantil

Cont: 508 122 287

Alameda Roentgen, n^º 7 F. Telheiras

1600 -757 Lisboa



Cláudia Bandeira de Lima

Directora Clínica LógicaMentes

APÊNDICE IV – DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO INDIVÍDUO

Título do projeto: “Adaptação transcultural e contribuição para a validação do *Montreal Children’s Hospital Feeding Scale* para o português europeu”.

Instituição: Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA)/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Autor: Ana Cláudia Lopes, Terapeuta da Fala com a Cédula Profissional nº C- 041692187

Sob a orientação de: Professora Doutora Isabel Peixoto Guimarães

Sob a coorientação de: Mestre Catarina Afonso

Objetivo da Investigação

O principal objetivo deste estudo adaptar e validar uma escala de avaliação que permita identificar e diagnosticar perturbações da alimentação, com base sensorial, em crianças com idades compreendidas entre os seis meses e os seis anos de idade.

Metodologias

A participação neste estudo envolverá o preenchimento de uma escala de avaliação relativa aos hábitos alimentares da criança.

O seu preenchimento levará, aproximadamente, cinco minutos e deverá ser realizado pelo indivíduo que assiste e auxilia a criança na maioria das suas refeições. Posteriormente, a escala preenchida deverá ser entregue à Terapeuta da Fala responsável pelo estudo ou à Educadora de Infância da criança.

Informações

- 1) A participação é voluntária, podendo escolher não participar no estudo ou revogar este consentimento em qualquer momento.
- 2) Será salvaguardada a confidencialidade dos dados adquiridos.
- 3) Qualquer dúvida que tenha, deverá ser colocada à equipa de investigadores.

APÊNDICE V – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do encarregado de educação) _____ encarregado de educação da criança (nome completo da criança) _____ compreendi a explicação que me foi prestada relativamente a este estudo, cujo objetivo é adaptar e validar uma escala de avaliação que permita identificar e diagnosticar perturbações da alimentação, com base sensorial, em crianças com idades compreendidas entre os seis meses e os seis anos de idade.

Asseguro, de que fui informado(a) acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que o meu educando será incluído(a).

Tomei conhecimento de que para a participação serão recolhidos dados sobre o meu educando, os quais serão recolhidos de forma completamente anónima e sem fazerem referência a qualquer tipo de identificação pessoal.

Na apresentação e publicação dos resultados do estudo, será garantida a confidencialidade da identidade de todos os intervenientes.

Poderão ter acesso direto aos questionários para verificação dos procedimentos do registo e/ou dados, monitores, auditores, membros da Comissão de Ética e Autoridades Regulamentares, na extensão permitida pelas leis e regulamentos aplicáveis.

Não obterei qualquer remuneração financeira ao participar neste estudo e tenho conhecimento que não existe para o investigador e colaboradores qualquer benefício financeiro na realização do mesmo.

Foi-me dada a oportunidade de realizar as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Alem disso, foi-me afirmado que a participação é voluntária e tenho o direito de recusar a todo o tempo sem que isso possa ter como efeito prejudicial.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA OS RESPONSÁVEIS DO ESTUDO, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Assim, declaro a minha vontade em que o meu educando:

Participe voluntariamente neste estudo.

Não participe neste estudo.

Data: ___/___/2014

Assinatura do indivíduo: _____

O responsável pelo estudo,

Nome: Ana Cláudia Lopes

Assinatura: _____

Responsável pelo estudo:

ANA CLÁUDIA LOPES

TELEFONE: 961120086

E-MAIL: anaclaudialopestf@gmail.com

Orientador: Professora Doutora Isabel Guimarães

TELEFONE: 938243676

E-MAIL: iguimaraes@essa.pt

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA OS RESPONSÁVEIS DO ESTUDO, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE VI – VERSÃO CONSENSO APÓS TRADUÇÃO DA LÍNGUA ORIGINAL PARA PORTUGUÊS EUROPEU

Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal (EAHPM) - Versão portuguesa

Por favor faça um círculo à volta do número correspondente a cada item. Note que o significado dos números varia – não vão sempre no mesmo sentido. Por favor leia cada questão cuidadosamente. Obrigada.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Como qualificaria a hora da refeição da criança?	Muito difícil						Fácil
2. Quão preocupado está com a alimentação da criança?	Não preocupado						Muito preocupado
3. Qual o grau de apetite (fome) da criança?	Nunca tem apetite						Bom apetite
4. Durante a refeição, quando é que a criança inicia a recusa alimentar?	No início						No fim
5. Quanto tempo dura a refeição da criança, em minutos?	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60 m
6. Como é que a criança se comporta durante a refeição?	Comportase bem						Mal, faz birra
7. A criança fica nauseada, cospe ou vomita com determinados alimentos?	Nunca						A maior parte das vezes
8. A criança retém a comida na sua boca sem a engolir?	A maior parte das vezes						Nunca
9. Tem de ir atrás da criança ou distraí-la (p.e. com brinquedos, televisão) para que ela coma?	Nunca						A maior parte das vezes
10. Tem de forçar a criança a comer ou a beber?	A maior parte das vezes						Nunca
11. Como qualificaria a capacidade de mastigação (ou sucção) da criança?	Boa						Muito má
12. Como qualificaria o crescimento da criança?	Crescimento inapropriado						Crescimento apropriado
13. Como é que a alimentação da criança influencia a sua relação com ela?	De forma muito negativa						Não influencia
14. Como é que a alimentação da criança influencia as relações familiares?	Não influencia						De forma muito negativa

APÊNDICE VII – VERSÃO CONSENSO APÓS RETROTRADUÇÃO DE PORTUGUÊS EUROPEU PARA A LÍNGUA ORIGINAL

Feeding timetable from the Paediatric Hospital of Montreal

Please circle the number that corresponds to each item. Notice that the meaning of the numbers varies – they do not always have the same meaning. Please read each question attentively. Thank you.

	1	2	3	4	5	6	7
1. How would you classify the feeding time of a child?	<i>very hard</i>						<i>Easy</i>
2. How worried are you with the feeding of the child?	<i>Not worried</i>						<i>Very worried</i>
3. What is the level of appetite (hunger) of the child?	<i>Never has appetite</i>						<i>Good appetite</i>
4. When does the child begin to refuse to eat at feeding time?	<i>At the beginning</i>						<i>At the end</i>
5. How much time does the child's meal take, in minutes?	<i>1-10</i>	<i>11-20</i>	<i>21-30</i>	<i>31-40</i>	<i>41-50</i>	<i>51-60</i>	<i>>60 m</i>
6. How does the child behave during meals?	<i>Well behaved</i>						<i>Bad behaved, tantrum</i>
7. Does the child regurgitate, spit or vomit with a specific type of food?	<i>Never</i>						<i>Most of the times</i>
8. Does the child hold food in his/her mouth without swallowing it?	<i>Most of the times</i>						<i>Never</i>
9. Do you have to chase the child or distract him/her (e.g. with toys, TV) so that he/she eats?	<i>Never</i>						<i>Most of the times</i>
10. Do you have to force the child to eat or drink?	<i>Most of the times</i>						<i>Never</i>
11. How would you classify the chewing (sucking) skills of the child?	<i>Good</i>						<i>Very poor</i>
12. How would you classify the child's growth?	<i>Inadequate</i>						<i>adequate</i>
13. How does the feeding of the child influences your relationship with him/her?	<i>In a very negative way</i>						<i>It doesn't</i>
14. How does the feeding of the child influences the family relationships?	<i>It doesn't</i>						<i>In a very negative way</i>

APÊNDICE VIII – VERSÃO CONSENSO APÓS RETROTRADUÇÃO

Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal (EAHPM) - Versão portuguesa

Por favor faça um círculo à volta do número correspondente a cada item. Note que o significado dos números varia – não vão sempre no mesmo sentido. Por favor leia cada questão cuidadosamente. Obrigada.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Como qualificaria a hora da refeição com a criança?	<i>Muito difícil</i>						<i>Fácil</i>
2. Quão preocupado está com a alimentação da criança?	<i>Não preocupado</i>						<i>Muito preocupado</i>
3. Qual o grau de apetite (fome) da criança?	<i>Nunca tem apetite</i>						<i>Bom apetite</i>
4. Quando é que a criança começa a recusar-se a comer, à hora de refeição?	<i>No início</i>						<i>No fim</i>
5. Quanto tempo dura a hora de refeição com a criança, em minutos?	<i>1-10</i>	<i>11-20</i>	<i>21-30</i>	<i>31-40</i>	<i>41-50</i>	<i>51-60</i>	<i>>60 m</i>
6. Como é que a criança se comporta durante a hora da refeição?	<i>Comport a-se bem</i>						<i>Mal, faz birra</i>
7. A criança regurgita, cospe ou vomita com determinados alimentos?	<i>Nunca</i>						<i>A maior parte das vezes</i>
8. A criança retém a comida na sua boca sem a engolir?	<i>A maior parte das vezes</i>						<i>Nunca</i>
9. Tem de ir atrás da criança ou distraí-la (p.e. com brinquedos, televisão) para que ela coma?	<i>Nunca</i>						<i>A maior parte das vezes</i>
10. Tem de forçar a criança a comer ou a beber?	<i>A maior parte das vezes</i>						<i>Nunca</i>
11. Como qualificaria a capacidade de mastigação (ou sucção) da criança?	<i>Boa</i>						<i>Muito má</i>
12. Como qualificaria o crescimento da criança?	<i>Crescimento inapropriado</i>						<i>Cresce apropriado</i>
13. Como é que a alimentação da criança influencia a sua relação com ela?	<i>De forma muito negativa</i>						<i>Não influencia</i>
14. Como é que a alimentação da criança influencia as relações familiares?	<i>Não influencia</i>						<i>De forma muito negativa</i>

APÊNDICE IX – CARTA DE PEDIDO DE PARTICIPAÇÃO NO PAINEL DE PERITOS E DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO PARA O PORTUGUÊS EUROPEU DO *MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL FEEDING SCALE*

Exmo(a). Sr(a).

Sou Ana Cláudia Ferreira Lopes, terapeuta da fala, e encontro-me a frequentar o mestrado em Terapia da Fala – Especialização em Motricidade Orofacial e Deglutição, na Escola Superior de Saúde do Alcoitão/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Escolhi como tema, da dissertação no âmbito do mestrado supracitado, a “Adaptação Transcultural e Validação Escala de Alimentação do Hospital Pediátrico de Monterreal (EAHPM)” sob a orientação da Professora Doutora Isabel Guimarães e coorientação da Mestre Catarina Afonso.

Assim solicito a sua colaboração para integrar no comité de Peritos que irá verificar a validade da tradução e de conteúdo deste instrumento, através do preenchimento de um documento em anexo, de modo a determinar se o domínio do conteúdo do instrumento em questão é apropriado aos objetivos esperados.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Aguardo resposta o mais breve possível.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Cláudia Lopes

9XXXXXXXXX

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Este documento pretende avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural da tradução e adaptação para o Português Europeu do *Montreal Children's Hospital Feeding Scale*, uma escala cujo objetivo principal é o auxílio no diagnóstico das perturbações da alimentação com base sensorial em crianças dos seis meses aos seis anos de idade.

Para clarificar o preenchimento do questionário foram estabelecidas algumas regras:

I – A escala de cotação relacionada com o modo como o **item** está **traduzido** vai de **1 a 5**:

- 1. Concorda sem reservas** com o modo como o item está formulado.
- 2. Concorda na generalidade** com o modo como o item está formulado (proponha alterações).
- 3. Sem opinião**
- 4. Não concorda** com o modo como o item está formulado (proponha alterações).
- 5. Discorda totalmente** com o modo como o item está formulado (proponha alterações).

II – A escala de cotação relacionada com a **importância** que os **itens** têm para a inclusão no questionário é considerada como:

- A.** Considera o item **essencial** para a avaliação da alimentação
- B.** Considera o item **importante** para a avaliação da alimentação.
- C. Sem opinião.**

Escala de Alimentação do Hospital Pediátrico de Montreal (EAHPM)

	ITENS	I - GRAU DE ACORDO (com a tradução)					SUGESTÕES (de alteração à formulação dos itens)	II - GRAU DE ACORDO (com a importância)		
		1	2	3	4	5		A	B	C
INSTRUÇÕES	Por favor faça um círculo à volta do número correspondente a cada item. Note que o significado dos números varia – não vão sempre no mesmo sentido. Por favor leia cada questão cuidadosamente. Obrigada. / <i>Please CIRCLE the corresponding number on each item. Note that the meaning of the numbers vary – they do not all go in the same direction. Please read each question carefully. Thank you</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 1:	Como qualificaria a hora da refeição com a criança? / <i>How do you find mealtimes with your child?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 2	Quão preocupado está com a alimentação da criança? / <i>How worried are you about your child's eating?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 3:	Qual o grau de apetite (fome) da criança? / <i>How much appetite (hunger) does your child have?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 4:	Quando é que a criança começa a recusar-se a comer, à hora de refeição? / <i>When does your child start refusing to eat during mealtimes?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 5:	Quanto tempo dura a hora de refeição com a criança, em minutos? / <i>How long do mealtimes take for your child (in minutes)?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 6:	Como é que a criança se comporta durante a hora da refeição? / <i>How does your child behave during mealtimes?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C

QUESTÃO 7:	A criança regurgita, cospe ou vomita com determinados alimentos? / <i>Does your child gag or spit or vomit with certain types of food?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 8:	A criança retém a comida na sua boca sem a engolir? / <i>Does your child hold food in his/her mouth without swallowing it?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 9:	Tem de ir atrás da criança ou distraí-la (p.e. com brinquedos, televisão) para que ela coma? / <i>Do you have to follow your child around or use distractions (toys, TV) so that your child will eat?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 10:	Tem de forçar a criança a comer ou a beber? / <i>Do you have to force your child to eat or drink?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 11:	Como qualificaria a capacidade de mastigação (ou sucção) da criança? / <i>How are your child's chewing (or sucking) abilities?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 12:	Como qualificaria o crescimento da criança? / <i>How do you find your child's growth?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 13:	Como é que a alimentação da criança influencia a sua relação com ela? / <i>How does your child's feeding influence your relationship with him/her?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C
QUESTÃO 14:	Como é que a alimentação da criança influencia as relações familiares? / <i>How does your child's feeding influence your family relationships?</i>	1	2	3	4	5		A	B	C

Obrigada pela sua colaboração,

Ana Cláudia Lopes – Terapeuta da Fala

XXXX@XXX.com; 9XXXXXXXXX

7. ANEXOS

ANEXO I – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO⁴⁴



LógicaMentes

Centro de Desenvolvimento Infantil

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO

I – IDENTIFICAÇÃO

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO _____

MOTIVO DE AVALIAÇÃO _____ IDADE _____

AVALIADOR _____ DATA DE AVALIAÇÃO _____

II - HISTÓRIA DA ALIMENTAÇÃO

RELATO DOS PAIS SOBRE A DESCRIÇÃO DO PROBLEMA:

OBSERVAÇÕES

III – COMPORTAMENTO DA CRIANÇA



- ESTADO DE DISPOSIÇÃO DA CRIANÇA?

- QUAL O COMPORTAMENTO DA CRIANÇA DURANTE TODO O DIA?

- QUAL O PADRÃO DE CICLO DE SONO DA CRIANÇA?

- COMO É QUE A CRIANÇA REAGE QUANDO SE INTRODUZ NOVO ALIMENTO?

- COMO É A CRIANÇA REAGE DURANTE A ALIMENTAÇÃO?

- COMO É QUE SABE QUE A ALIMENTAÇÃO ACABOU?

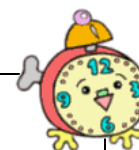
- COMO É QUE A CRIANÇA REAGE QUANDO SE INTRODUZ NOVO MEIO DE ALIMENTAÇÃO (MAMA, BIBERÃO, COLHER)?

- COMO SE COMPORTA DURANTE A ALIMENTAÇÃO?

- TEM ALGUM ALIMENTO PREFERIDO? NÃO SIM:

- REJEITA ALGUM ALIMENTO? NÃO SIM:

IV – HORÁRIO DA ALIMENTAÇÃO



- COMO É QUE SABE QUANDO ALIMENTAR A CRIANÇA?

- QUANTAS VEZES POR DIA A CRIANÇA É ALIMENTADO?

- QUANTO TEMPO DEMORA A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA?

V – MÉTODOS DE ALIMENTAÇÃO



	IDADE TRANSIÇÃO	AJUDAS TÉCNICAS		OBSERVAÇÕES
		COM AJUDA	SOZINHO	
AMAMENTAÇÃO				
BIBERÃO	ANATÓMICO			
	NORMAL			
COLHER				
GARFO				
GARFO E FACA				
PALHINHA				
COPO				

VI – POSIÇÃO DURANTE A ALIMENTAÇÃO

	RECTO	INCLINAÇÃO LATERAL	INCLINAÇÃO PARA TRÁS
SENTADO NO COLO			
SENTADO NA CADEIRA			
DEITADO			
POSIÇÃO DA CABEÇA			

VII – AVALIAÇÃO OBJECTIVA

SUCÇÃO

MATERIAL: CHUCHA, BIBERÃO

ESTRATÉGIA: COLOCA-SE OS DIFERENTES OBJECTOS NA BOCA DA CRIANÇA E OBSERVA-SE O SEU MOVIMENTO DE SUCÇÃO E POSTURA. NO CASO DA CHUCHA COLOCA-SE NA BOCA DA CRIANÇA E OBSERVA-SE, NÃO HAVENDO CHUCHA O TERAPEUTA PODE MESMO USAR O SEU DEDO. NO CASO DO BIBERÃO PEDE-SE AOS PAIS QUE O DÊEM Á CRIANÇA E OBSERVA-SE.

POSTURA: CABEÇA CORRECTA EXTENSÃO FLEXÃO
 CORPO SENTADO DEITADO

	<u>SUCKLING</u>	<u>SUCKING</u>
DIFICULDADE	SIM / NÃO	SIM / NÃO
FORÇA DE SUCCÃO		
RESISTÊNCIA		

SUCCÃO:

COMPORTAMENTAL

(A PARTIR DOS 8 MESES)

COLHER:

MATERIAL: COLHER, UM ALIMENTO SEMI-SÓLIDO E SÓLIDO QUE SEJA COMIDO COM COLHER.O MATERIAL DEVE SER TRAZIDO PELOS PAIS.

ESTRATÉGIA: SE A CRIANÇA COMER SOZINHA PEDE-SE QUE COM A COLHER TIRE COMIDA E A COMA. CASO A CRIANÇA NÃO COMA SOZINHA PEDE-SE AOS PAIS QUE LHA DÊEM.

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
A BOCA FICA QUIETA ATÉ QUE SEJA APRESENTADO O ALIMENTO			
ABERTURA GRADUAL DA BOCA ATÉ RECEBER A COLHER			
LÁBIOS BEM FECHADOS EM TORNO DA COLHER			
O ALIMENTO É LIMPO DA COLHER COM O LÁBIO SUPERIOR			
A POSIÇÃO ESTÁVEL DA CABEÇA É MANTIDA			
HÁ CORRECTA MOBILIDADE DA LÍNGUA E DA MANDÍBULA			
HÁ COORDENAÇÃO ENTRE A RESPIRAÇÃO E A DEGLUTIÇÃO			

BEBER PELO COPO:

MATERIAL : COPO, LEITE OU SUMO. OS MATERIAIS SÃO TRAZIDOS PELOS PAIS.

ESTRATÉGIA: SE A CRIANÇA BEBER SOZINHA PEDE-SE QUE PEGUE NO COPO E BEBA O QUE LÁ ESTÁ. CASO A CRIANÇA NÃO BEBA SOZINHA PEDE-SE AOS PAIS QUE LHE DÊEM O QUE ESTÁ NO COPO.

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
A ABERTURA DA MANDÍBULA É GRADUAL			
A MANDÍBULA FICA ESTABILIZADA PARA BOA COLOCAÇÃO DO COPO			
OS LÁBIOS FECHAM DE MODO ADEQUADO			
HÁ COORDENAÇÃO ENTRE BEBER, DEGLUTIR E RESPIRAR			

MORDER E MASTIGAR:

MATERIAL: SE A CRIANÇA JÁ APRESENTAR DENTIÇÃO ANTERIOR É-LHE DADO PÃO, SE NÃO TIVER A DENTIÇÃO DÁ-SE APENAS O MIOLO DO PÃO.

ESTRATÉGIA: DÁ-SE Á CRIANÇA UM PEDAÇO DE PÃO DE TAMANHO SUFICIENTE PARA QUE ELA TENHA DE O MORDER ANTES DE O MASTIGAR.

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
MOVIMENTAÇÃO DA MANDÍBULA NA MASTIGAÇÃO PARA CIMA, PARA BAIXO OU ROTATIVAMENTE			
MOVIMENTO LATERAL DA LÍNGUA PARA MANTER O ALIMENTO ENTRE OS DENTES			
LÁBIOS FECHADOS DE FORMA ADEQUADA			

VIII – COMPORTAMENTOS ASSOCIADOS

ENGASGA-SE COM FREQUÊNCIA: COM QUE TIPO DE ALIMENTOS:

.....

VOMITA: QUANDO: FREQUÊNCIA:

.....

BABA: SIM NÃO

ATITUDE PERANTE A ALIMENTAÇÃO: RELAXADA TENSA INTERACTIVA

PREFERÊNCIAS ALIMENTARES: TEXTURA

SABOR

IX – AVALIAÇÃO GLOBAL**REFLEXOS ORAIS**

	SIM	NÃO
REFLEXO DOS 4 PONTOS CARDEAIS		
REFLEXO DE SUCÇÃO/DEGLUTIÇÃO		
REFLEXO DE MORDER		
REFLEXO DO VÔMITO		
REFLEXO DA TOSSE		

MASTIGAÇÃO

	NÃO	SIM	DIREITA	ESQUERDA
DE BOCA ABERTA				
COM ESMAGAMENTO DA LÍNGUA				
COM DIFICULDADE				
MUITO RÁPIDO				
MUITO DEVAGAR				
MASTIGA MUITO POUCO				
MASTIGA DE MAIS ANTES DE ENGOLIR				
SOLICITA LÍQUIDOS DURANTE A MASTIGAÇÃO				
UTILIZA OS DEDOS PARA JUNTAR O ALIMENTO				
SALIVAÇÃO SUFICIENTE				

COORDENAÇÃO MASTIGAÇÃO/RESPIRAÇÃO:

	SIM	NÃO	INCONCLUSIVO
BOCA ABERTA			
BOCA FECHADA			

DENTIÇÃO

	FUNCIONAL	NÃO FUNCIONAL
ACTO DA MASTIGAÇÃO		

ATM

NORMAL		
COM DOR	À DIREITA	
	À ESQUERDA	
COM RUÍDO	À DIREITA	
	À ESQUERDA	

LÍNGUA

	SIMÉTRICO	ASSIMÉTRICO	PRESENTE	AUSENTE
PULVERIZAÇÃO				
LIMPEZA DOS VESTÍBULOS LATERAIS				
IMPULSO DA LÍNGUA				

LÁBIOS DURANTE A MASTIGAÇÃO

	SIM	NÃO	INCONCLUSIVO
ABERTOS			
ENTREABERTOS			
ENCERRADOS			

DEGLUTIÇÃO

	SIM	NÃO
NORMAL		
COM PROJEÇÃO DA LÍNGUA ANTERIOR		
COM MOVIMENTO DA CABEÇA		
COM RUÍDO		
COM DIFICULDADE		
COM DOR		
COM ENGASGOS		
COM TOSSE APÓS DEGLUTIR		

CONCLUSÕES

ANEXO II – MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL FEEDING SCALE³⁶



Centre universitaire de santé McGill
 McGill University Health Centre
 The Montreal Children's Hospital - Pediatric Feeding Program

The MCH-Feeding Scale
 (For children: 6 months - 6 years)

DATE: _____

NAME OF CHILD: _____

Please CIRCLE the corresponding number on each item. Note that the meaning of the numbers vary – they do not all go in the same direction. Please read each question carefully. Thank you.

- | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------------------|
| 1. | How do you find mealtimes with your child? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Very difficult</i> | | | | | | <i>Easy</i> |
| 2. | How worried are you about your child's eating? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Not worried</i> | | | | | | <i>Very worried</i> |
| 3. | How much appetite (hunger) does your child have? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Never hungry</i> | | | | | | <i>Good appetite</i> |
| 4. | When does your child start refusing to eat during mealtimes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>At the beginning</i> | | | | | | <i>At the end</i> |
| 5. | How long do mealtimes take for your child (in minutes)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>1-10</i> | <i>11-20</i> | <i>21-30</i> | <i>31-40</i> | <i>41-50</i> | <i>51-60</i> | <i>>60 min</i> |
| 6. | How does your child behave during mealtimes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Behaves well</i> | | | | | | <i>Acts up, makes a big fuss</i> |
| 7. | Does your child gag or spit or vomit with certain types of food? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Never</i> | | | | | | <i>Most of the time</i> |
| 8. | Does your child hold food in his/her mouth without swallowing it? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Most of the time</i> | | | | | | <i>Never</i> |
| 9. | Do you have to follow your child around or use distractions (toys, TV) so that your child will eat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Never</i> | | | | | | <i>Most of the time</i> |
| 10. | Do you have to force your child to eat or drink? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Most of the time</i> | | | | | | <i>Never</i> |
| 11. | How are your child's chewing (or sucking) abilities? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Good</i> | | | | | | <i>Very poor</i> |
| 12. | How do you find your child's growth? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Growing poorly</i> | | | | | | <i>Growing well</i> |
| 13. | How does your child's feeding influence your relationship with him/her? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Very negatively</i> | | | | | | <i>Not at all</i> |
| 14. | How does your child's feeding influence your family relationships? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | <i>Not at all</i> | | | | | | <i>Very negatively</i> |