

Marta Mendes Ventura dos Santos

**“Escala de alimentação do Hospital pediátrico de
Montreal”:
contributo para a validação do instrumento em Portugal
Continental**

**Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em terapia da fala
na Área de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Doutoranda e Mestre Ana Marques, Terapeuta da fala

Coorientador: Mestre Ana Cláudia Lopes, Terapeuta da fala

Março, 2016

Marta Mendes Ventura dos Santos

**“Escala de alimentação do Hospital pediátrico de Montreal”:
contributo para a validação do instrumento em Portugal
Continental**

**Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em terapia da fala
na Área de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Doutoranda e Mestre Ana Marques, Terapeuta da fala

Coorientador: Mestre Ana Cláudia Lopes, Terapeuta da fala

Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria da Lapa Capacete Rosado

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Mestre Ana Cláudia Ferreira Lopes

Mestre em Terapia da Fala, área da Motricidade orofacial e deglutição

Professora Doutora Maria de La Salette Cunha Teixeira

Professora do Instituto “Ensino Profissional Avançado e Pós-graduado”

Março, 2016

NOTA

Este projeto foi elaborado no âmbito da 2ª edição de Mestrado em terapia da fala – especialização em motricidade orofacial e deglutição, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA).

Foi escrito segundo as normas ortográficas em vigor desde Janeiro de 2009.

A 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

AGRADECIMENTOS

À minha família em especial ao meu marido e aos meus filhos por permitirem sempre que eu conquiste os meus objetivos e pelo apoio incondicional em todas as tomadas de decisões da minha vida. Obrigada por estarem sempre presentes de forma incansável na minha vida académica e profissional e pessoal.

À orientadora Ana Marques e coorientadora Ana Cláudia por todo o apoio, colaboração e incentivo demonstrado ao longo de todo o processo de elaboração deste trabalho.

À Dra. Cláudia Ribeiro da Silva pelo empenho e dedicação no que respeita à elaboração da estatística.

Às instituições: Escola do povo das Mercês, Dim Dam Dum, Creche sempre em flor e Escola do povo de Massamá por colaborarem neste estudo.

A todas as famílias que confiam no meu profissionalismo, proporcionando-me sempre a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos teóricos.

Obrigada pela dedicação e incentivo demonstrado diariamente.

RESUMO

Objetivo: Contribuir para a validação em Portugal Continental da Escala de Alimentação do hospital pediátrico de Montreal o qual permite identificar a opinião dos cuidadores de crianças, entre os seis meses e os seis anos de idade com perturbações da alimentação. **Métodos:** A amostra apresenta um total de 183 crianças com desenvolvimento típico, avaliadas em infantários no concelho de Lisboa e Sintra. Foi efetuada análise descritiva e a análise de relação entre algumas variáveis nominais. **Resultados:** Os cuidadores classificam a hora da refeição moderadamente fácil, demonstrando não haver preocupação com a alimentação das crianças. As crianças apresentam sinais de apetite e só recusam o alimento após 21 a 31 minutos da refeição. As crianças comportam-se bem e são em minoria as que apresentam comportamentos de recusa. São raros os cuidadores que têm de discutir ou forçar as crianças para comer ou beber. Os cuidadores classificam como adequado o crescimento da criança e positivamente a capacidade de mastigação ou sucção. A análise fatorial confirma que a escala tem estrutura unidimensional, a validade discriminante revela diferenças significativas entre o género, sendo a média mais elevada para o sexo masculino. Os antecedentes pessoais das crianças não se relacionam significativamente com o resultado total da escala, assim como a escolaridade dos pais. Salienta-se uma correlação negativa entre a escolaridade do pai e o total da escala em que quanto maior a idade do pai, as crianças têm menos problemas na alimentação. O *t student* revela que os resultados são concordantes, provando que o teste é fidedigno. O *Alfa de Crobach* confirma uma boa consistência interna com elevada coerência nos itens da escala. Por fim a fidelidade teste reteste confirma a existência de uma elevada consistência temporal assim como a estabilidade da escala EAHPM como ocorrido na escala original.

Conclusão: A contribuição deste estudo na validação da escala contribuiu para uma abordagem preventiva no que respeita à identificação e intervenção precoce nas perturbações alimentares mais sustentada. Através da análise comparativa das respostas obtidas em estudos anteriores realizados com a mesma escala, denotou-se diferenças na média para alguns itens.

Palavras-chave: escala de alimentação, pediatria, integração sensorial, terapia da fala.

ABSTRACT

Objective: To contribute to the validation, in continental Portugal, of the Montreal Pediatric Hospital's Feeding Scale, which allows the identification of the opinion of caretakers of children between six months and six years old with feeding disorders. **Methods:** The sample constitutes a total of 183 children typically developed, evaluated in kindergartens of the councils of Sintra and Lisbon. A descriptive analysis and an analysis of relation between some nominal variables were conducted. **Results:** The caretakers classify the mealtime moderately easy, showing no concern with the children feeding. These show signs of appetite and only refuse food after 21 to 31 minutes after the start of the meal. They are well-behaved and only a minority manifests a refusal behavior. The caretakers rarely argue or force the children to eat or drink. They also classify as adequate the child's growth and as positive their chewing or suction skills. The factorial analysis proves that the scale has a unidimensional structure; the discriminative validity reveals significant differences between genders, being the highest average associated to the male sex. The children's personal antecedents are not significantly related with the total result of the scale, just as the parents' schooling level. Emphasis is laid on a negative correlation between the father's schooling level and the total of the scale, in which the higher the age of the father is, lesser are the feeding problems that children have. The *t student* reveals that the results are consistent, proving that the test is reliable. The *Alpha de Crobat* confirms a good internal consistency with a high coherence in the scale items. Finally, the test retest fidelity confirms the existence of a high temporal consistency, as well as the MPHFS scale's stability, as occurred in the original scale.

Conclusion: The contribution of this study in the validation of the scale contributed to a preventive approach, more sustained, regarding the early identification and intervention in feeding disorders. Through the comparative analysis of answers obtained in previous studies performed with the same scale, some differences on the average of some items was observed.

Keywords: feeding scale; pediatrics; sensorial integration; Speech Language Therapy

ÍNDICE

1.Introdução.....	10
2.Enquadramento Teórico	10
2.1.Relação entre a terapia da fala e a alimentação.....	10
2.2. Desenvolvimento normal da alimentação	11
2.2.1 Desenvolvimento da alimentação dos seis meses aos seis anos de idade	12
2.2.2 Associação entre diversificação alimentar vs desenvolvimento motor oral vs fala	13
2.3.Processo de alimentação na criança – diversificação alimentar	15
3. Desenvolvimento do sistema sensorial.....	17
3.1.Integração sensorial.....	18
3.1.1 Sistema visual.....	19
3.1.2. Sistema auditivo	19
3.1.3.Sistema olfativo.....	19
3.1.4 Sistema gustativo.....	20
3.1.5. Sistema tátil.....	21
3.1.6. Sistema vestibular	21
3.1.7.Sistema proprioceptivo.....	22
4. Alteração na integração sensorial.....	22
4.1.Sistema tátil.....	23
4.2. Sistema vestibular.....	23
4.3. Sistema proprioceptivo.....	23
4.4. Sistema auditivo	24
4.5. Sistema visual.....	24
4.6. Sistema olfativo vs sistema gustativo	24
4.7.Alterações do processamento sensorio motor oral.....	24
5. Avaliação das perturbações da alimentação com base sensorial.....	25
6. Metodologia.....	26
6.1. Procedimentos	26
6.2. Materiais.....	27
6.3. Análise estatística	28
6.3.1 Amostra	29
6.3.2.Tratamento de dados.....	39
6.3.3.Apresentação de resultados.....	40

6.3.4 Validade do construto.....	41
6.3.5 Validade discriminante.....	43
6.3.6 Fidelidade: consistência interna	45
6.3.7 Fidelidade – teste reteste	46
7. Discussão.....	48
8. Considerações finais.....	51
9. Rerefências	53
10. Apêndices	59
APÊNDICE I – Ficha de caracterização sociodemográfica.....	60
APÊNDICE II – Declaração de consentimento livre e informado.....	63
APÊNDICE III - Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal – Versão portuguesa.....	65
APÊNDICE IV – Documento de informação ao indivíduo	68
APÊNDICE V – Pedidos de colaboração no estudo às instituições	70
10. ANEXOS.....	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das Crianças: Sexo, Idade, Naturalidade e Concelho.....	31
Tabela 2 - Caracterização das crianças: Instituição, Semanas de Gestação e Complicações no Parto.....	32
Tabela 3 – Caracterização das Crianças: Peso, Incubadora, Tempo de gestação.....	33
Tabela 4 – Caracterização das Crianças: Medicação.....	34
Tabela 5 – Caracterização das Crianças: Auxílio Almoço e Jantar.....	35
Tabela 6 – Caracterização da Criança: Treino de Sucção Nutritiva e existência de Perturbações.....	36
Tabela 7 – Caracterização das Mães das Crianças.....	37
Tabela 8 – Caracterização dos pais das crianças	38
Tabela 9- Estatística descritiva (Média, desvio padrão, mínimo e máximo) – - Itens da escala EAHPM.....	41
Tabela 10 – t de student: comparação sexo feminino vs masculino no resultado final da escala.....	43
Tabela 11 – t de student: comparação entre crianças que tiveram complicações no parto e as que não tiveram no resultado final da escala	43

Tabela 12 – t de student: comparação entre crianças que tiveram na incubadora e as que não tiveram no resultado final da escala.....	44
Tabela 13 – t de student: comparação entre crianças que tomam medicação e as que não tomam medicação no resultado final da escala.....	44
Tabela 14 – Correlações de variáveis sócio demográficas com o resultado total da escala.....	45
Tabela 15: Alpha de Crobach da Escala.....	45
Tabela 16: Análise “Scaleif Item Deleted”.....	46
Tabela 17 - Coeficiente de correlação Intra Classe: Momento1 Vs Momento 2.....	47
Tabela 18 – Estatística descritiva dos dois momentos de avaliação	48
Tabela 19 – T de student para amostras repetidas: comparação entre os dois momentos da avaliação	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Análise fatorial confirmatória.....	42
Figura 2- Correlação de Pearson e Método Bland Altman: Momento 1 Vs Momento.....	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Parentesco do Inquirido.....	30
---	----

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto de investigação contempla pesquisas integradas ao estudo “Escala de alimentação do Hospital pediátrico de Montreal”: contributo para a validação do instrumento em Portugal Continental (EAHPM). É também objetivo facultar informação adicional ao estudo, no que respeita ao seu referencial teórico, não só para terapeutas da fala, mas para todos os profissionais cuja área de intervenção se encontre relacionada com a saúde infantil.

A EAHPM é um contributo para os profissionais que pretendem identificar, de forma simples e rápida, o nível de desempenho alimentar da criança. Por esse motivo, em caso de suspeita de perturbação, a informação obtida através da EAHPM, por ser apenas um instrumento formal para rastreio, deve ser contextualizada no âmbito mais vasto de uma bateria de avaliação que envolva a recolha de outras informações que permitam um conhecimento aprofundado da criança avaliada e a determinação do diagnóstico funcional em terapia da fala.

Tem-se conhecimento da procura de profissionais de saúde por parte de educadores de infância, professores e encarregados de educação, quando a criança já apresenta problemas de ordem nutricional, alterações dento faciais com consequência na articulação verbal ou alterações das funções estomatognáticas, devido ao facto de não terem recebido atempadamente orientações específicas e preventivas em relação ao processo de diversificação alimentar da criança.

Face ao exposto, esta pesquisa também possui como intuito incentivar a prevenção dos problemas decorrentes do processo de alimentação inadequada por um meio de intercâmbio entre vários profissionais da área de saúde.

Esta pesquisa foi realizada através do estudo e colheita bibliográfica de dados existentes nas áreas de terapia da fala, pediatria, nutrição, terapia ocupacional e psicologia sobre a importância de uma alimentação eficaz e adequada, restringindo-se a crianças dos seis meses aos seis anos e onze meses de idade.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. RELAÇÃO ENTRE A TERAPIA DA FALA E ALIMENTAÇÃO

Na área da terapia da fala, a forma como a criança se alimenta é fulcral para a intervenção, uma vez que um padrão alimentar inadequado, desfavorece as funções motoras orais, resultando numa perturbação alimentar e articulatória¹. Crianças com esta problemática têm complicações relacionadas com a moticidade orofacial como fraqueza nos músculos dos lábios, língua e face e as funções a elas relacionadas, como a respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala².

A alimentação é tratada no âmbito das funções estomatognáticas. Deste sistema faz parte um conjunto de estruturas que exercem funções básicas, tais como: sucção, mastigação, deglutição, fala e respiração. Cada uma destas estruturas tem características que lhe são peculiares e que agem de forma conjunta, sendo que qualquer alteração dessas estruturas resultará num desequilíbrio generalizado³.

O processo de diversificação alimentar da criança é das etapas mais importantes do desenvolvimento alimentar e envolve uma série de fatores vistos por diferentes perspectivas, conforme o interesse profissional^{4,5}.

A alimentação numa criança requer a prática e a aprendizagem de movimentos motores, da postura corporal, interação comunicativa com o cuidador, além de capacidades orais para apreender o alimento, morder, mastigar e controlá-lo na cavidade oral com uma capacidade sensorial preservada⁶.

Uma criança que apresente dificuldades alimentares ao nível da diversificação alimentar pode ter problemas na introdução e tolerância de alimentos sólidos, bem como no aprazimento da refeição, o que pode contribuir para um atraso no desenvolvimento sensorial, alterações articatórias e alterações da motricidade orofacial^{4,5,7,8}.

Por esta razão, torna-se imprescindível o trabalho preventivo e a atuação do terapeuta da fala⁹ em crianças com perturbação alimentar decorrente de carência ou privação de adequada estimulação sensorio motor oral⁹. A especificidade desta atuação visa não apenas o diagnóstico, mas o tratamento precoce das alterações estomatognáticas, que colmatam patologias ligadas à área da comunicação, decorrentes da carência de estimulação sensorio motora oral, prevenindo ou minimizando os seus efeitos^{9,10}.

A avaliação destas capacidades deve ser feita em equipa multidisciplinar¹¹. Desta equipa devem constar profissionais, como o pediatra, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, educador de infância² e nutricionistas¹².

2.2 DESENVOLVIMENTO NORMAL DA ALIMENTAÇÃO

O desenvolvimento normal da alimentação é um processo complexo que inclui cognição, desenvolvimento motor, neurológico e maturação fisiológica. Ao envolver uma série de fatores de neurodesenvolvimento, contribui para diferentes perspectivas conforme o interesse profissional. É uma das primeiras aquisições complexas do desenvolvimento infantil, pois associa aspetos motores e sensoriais¹³.

O suporte na alimentação requer um acompanhamento que vai para além da família, sendo que a escola assume especial importância pois oferece um contexto para a aprendizagem formal. Como tal, não só a família, mas também os educadores/professores, devem estar preparados para alterações na alimentação².

2.2.1 DESENVOLVIMENTO DA ALIMENTAÇÃO DOS SEIS MESES AOS SEIS ANOS DE IDADE

Aos seis meses de idade o bebé deverá ter não só maturidade neurológica como um adequado crescimento das estruturas orais tornando a movimentação oral num padrão voluntário¹⁴.

Até esta idade o leite materno é aconselhável como forma de alimentação exclusiva, podendo durar até aos dois anos devendo-se introduzir ao mesmo tempo outros alimentos. O leite materno diminui o risco de infeções respiratórias, entre outras doenças¹⁴.

A introdução de novos alimentos deve ser gradativa para uma adaptação à nova dieta e uma maturação das funções orais¹⁵⁻¹⁷.

Com seis meses de idade a criança deverá possuir um bom controlo no tronco, cabeça e pescoço conseguindo-se sentar. Como tal, nesta fase poderá ser iniciada a introdução de novos alimentos através da colher, uma vez que já é capaz de deglutir alimentos de forma segura.

É nesta fase que os primeiros esboços de mastigação começam a aparecer, quando os alimentos semissólidos são introduzidos na dieta da criança¹⁸. Primeiro consegue lateralizar alimentos com a língua e depois executar movimentos verticais de mandíbula. A partir do momento em que a criança controla a mastigação, o cuidador não deve triturar ou picar os alimentos mais duros (p. ex.: legumes, pão, bife...) para facilitar a alimentação. Uma alimentação variada contribuirá para o aprimoramento de sensações¹⁹. Através do alimento, a criança vai descobrindo sabores, consistências, temperaturas, texturas, volumes e formas¹⁹.

A língua começa a movimentar-se para cima e para baixo, a mandíbula realiza um movimento vertical e dissociado da língua. Há uma aproximação firme dos lábios e, juntamente com o novo padrão de movimentos de língua, permitem o aparecimento de uma pressão negativa intraoral que facilitará a ingestão de líquidos e alimentação pastosa.

Aos seis meses, a trituração complementar dos alimentos é realizada com as gengivas que já se encontram suficientemente endurecidas (devido a aproximação dos dentes da superfície da gengiva). A introdução da alimentação complementar espessa vai estimular as funções de lateralização da língua, movendo os alimentos para os dentes trituradores, e no reflexo de mastigação.

O sétimo mês coincide com um grande desenvolvimento das capacidades motoras globais, sendo que a criança consegue sentar-se sem apoio, deglute alimentos mais sólidos e apresenta autonomia alimentar. Geralmente um mês mais tarde, ocorre a introdução do beber líquidos pelo copo^{20, 21}.

Com oito meses, a criança que for estimulada a receber papas com consistência espessa, vai desenvolver melhor a musculatura facial e a capacidade de mastigação. Assim a criança aceitará com mais facilidade a comida da família a partir desta idade^{20,21}.

No primeiro ano de vida, não é recomendado que os alimentos sejam muito misturados, porque a criança está a aprender a conhecer novos sabores e texturas²².

A partir dos dois anos de idade, a criança deve estar adaptada à alimentação familiar, devendo ingerir diariamente alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos. Nesta idade a criança já comunica, possui diversos dentes e apresenta sistemas metabólicos e digestivos com capacidade igual ou semelhante ao adulto²². A partir desta idade a taxa de crescimento somático e desenvolvimento psico-motor evolui. Neste período, uma adequada alimentação assegura a sobrevivência e proporciona um adequado crescimento e desenvolvimento infantil²³. Grande parte dos problemas de saúde nos primeiros anos de vida está relacionada com a alimentação e às práticas alimentares inadequadas²³⁻²⁶.

2.2.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR vs DESENVOLVIMENTO MOTOR ORAL vs FALA

A alimentação é uma das primeiras aquisições do desenvolvimento infantil, juntando aspetos motores e sensoriais.

Os bebés através da sucção, já estão a trabalhar aspetos motores dos músculos orofaciais (lábios, língua, bochechas). Mais tarde com a mastigação estas duas funções propiciam um harmonioso crescimento facial e desenvolvem vários músculos para a produção dos sons da fala.

Uma mastigação eficaz fortalece os músculos da face, estimula a salivação, fraciona os alimentos em partículas menores, preparando-as para a deglutição.

Os mesmos músculos que são usados para a alimentação são os mesmos utilizados para falar. É como se houvesse uma preparação da boca a partir da alimentação para falarmos.

Uma criança que tem gosto em alimentar-se será uma criança terá prazer de estar à mesa com a família a conversar, e assim aprender a socializar.

A diversificação alimentar na criança é um fator importante para o desenvolvimento motor oral, não só para a função alimentar mas também para a fala. A importância da entrada do copo no lugar do biberão estabiliza a mandíbula, a introdução da colher serve de preparação para a produção dos fonemas bilabiais, passando os dentes nos lábios, preparando assim a estrutura para os fonemas lábio dentais²⁷. A atividade da língua altera-se à medida que o padrão de alimentação amadurece e, num estágio mais avançado, a língua expressa-se mais na mandíbula pelos movimentos que vão sendo feitos para trabalhar o alimento²⁷.

Uma das condições primordiais para a fala fluente é a realização de movimentos automáticos, rápidos, precisos e coordenados das estruturas articulatórias preservando ainda estreita relação com a evolução dos modos de obtenção e textura dos alimentos¹⁵. A mastigação exige uma dissociação de movimentos de língua, lábios e mandíbula, muito importante na preparação para a articulação. É indispensável proporcionar oportunidades para o exercício da mastigação e estimulação oral, devendo-se além do mais, modificar a consistência da alimentação semissólida, passando-se de papa liquidificada para esmagada na colher e depois com o garfo²⁷.

Reflexos Orais

Os reflexos orais garantem uma alimentação segura e equilibrada na fase inicial do desenvolvimento^{18,28,29}. Estes estão presentes desde o período embrionário quando o feto se prepara para exercer as atividades de sugar, deglutir, respirar e chorar. Serão estas competências que irão possibilitar a sobrevivência ao nascer.

O reflexo dos quatro pontos cardeais tem a função de localizar o mamilo no peito. É obtido quando se toca em qualquer região em torno da boca, o bebê vira o rosto para o lado estimulado. O bebê abre a boca e vira a cabeça movendo a língua em direção ao toque. É inibido aproximadamente no terceiro ou quarto mês de vida^{18,28,29}.

O reflexo de protusão leva a língua para a frente da boca e faz uma leve pressão no peito para ajudar a saída do leite. Quando o bebê inicia a alimentação semissólida, continua a repetir este reflexo e por isso o alimento é deitado fora. É necessário tolerância, para que a criança entenda o ato de mastigar e engolir o alimento como novos movimentos, além do movimento de protusão que continuará a existir até a maturidade assim o permitir.

O reflexo de sucção tem a função de retirar o leite do seio. Iniciado quando o bico do seio toca na ponta da língua e na papila palatina. Inicia-se a partir da vigésima semana de gestação e é inibido por volta dos quatro meses, passando de controle voluntário para automatização^{18,28,29}.

A sucção é dividida tendo em conta o seu objetivo e a sua função nutricional³⁰:

- Sucção nutritiva: quando se dá a entrada de alimento, quer por aleitamento materno quer como aleitamento artificial;
- Sucção não nutritiva: é um importante regulador para o recém nascido, não visa assegurar a alimentação da criança, mas incorpora os hábitos orais, como a sucção da chupeta, da língua e outros objetos.

Ao pesquisar sobre os dois tipos de sucção, é notório que a sucção nutritiva através do seio dada pela mãe é aquela que constitui maiores benefícios para o bebê e para a mãe, favorecendo desta forma o desenvolvimento das funções estomatognáticas³¹.

O reflexo de deglutição é obtido mediante estímulo do leite na região posterior da língua, palato mole, faringe e epiglote. Surge na décima semana de gestação, mas é a partir do primeiro mês que o bebê deglute melhor, regurgitando menos. Este reflexo passa para o controlo voluntário entre sete e onze meses^{18,28,29}.

O reflexo de mordida ocorre mediante o toque na região interna das gengivas. Inibido por volta do quarto mês de idade^{18,28,29}.

Por último o reflexo de vômito tem a função de proteção das vias aéreas. Pode ser obtido inicialmente, na ponta da língua, consistindo numa extensão de toda a musculatura orofaríngea. Presente desde o nascimento até aos quatro meses, a partir daí vai sendo posteriorizado localizando-se no terço posterior da cavidade oral. Permanece até o fim da vida^{18,28,29}.

2.3 PROCESSO DE ALIMENTAÇÃO NA CRIANÇA – DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

É consensual o reconhecimento que, do ponto de vista da evolução maturativa, o latente normal de termo esteja preparado para o início da diversificação alimentar a partir dos seis meses de vida, ainda que seja sublinhada a importância do aleitamento materno, se possível de modo exclusivo, durante os primeiros seis meses de vida. Nesta idade, o latente ganha mais estabilidade do maxilar e do pescoço e o padrão primitivo de sucção começa a modificar-se³². Nesta fase apresenta uma maturação fisiológica e preferências associadas à diversificação alimentar,^{33,34} tornando-se por isso uma fase oportuna para dar início à formação de bons hábitos alimentares na criança⁴⁻⁶.

Esta etapa deve ser iniciada por volta dos seis meses de idade, apenas com pequenas doses de alimentos, sendo que as aquisições major ocorrem até aos 24 meses. Esta etapa torna-se assim um marco muito importante para o desenvolvimento global do bebê⁴⁻⁶. Se for necessário deve-se complementar com o leite materno⁹.

Se a criança não aceitar um alimento, é aconselhável não se forçar mas sim esperar uns dias e tentar novamente, até que a criança se habitue ao novo sabor do alimento⁴⁻⁶.

Entre os cinco e oito meses ocorre uma transição progressiva das funções oromotoras com a passagem da sucção para a mastigação³⁵. A partir deste período, o latente desenvolve assim a capacidade de mastigação devendo este processo ser estimulado de modo a facilitar a integração na alimentação familiar³².

Há um período crítico para a introdução de sólidos na alimentação do latente³⁶. Se a introdução não ocorrer até aos 10 meses, aumentará o risco de dificuldades na alimentação com impacto negativo nos hábitos dietéticos em idades posteriores³³⁻³⁵.

O início dos seis meses deve-se ao facto de haver exigências nutricionais quer inerentes ao desenvolvimento neurossensorial, quer motor e social e deverá proceder-se à introdução de alimentos de texturas progressivamente menos homogêneas até aos 12 meses³⁸. A especificidade desta idade para a função alimentar, deve-se ao facto do organismo do bebé estar mais maduro e apresentar um desenvolvimento motor global que favorece a diversificação alimentar, tais como: o sentar sem apoio, controlo da cabeça, levar os alimentos à boca e acima de tudo a capacidade em deglutir alimentos semi-sólidos em segurança. A diversidade alimentar nesta fase e as experiências que tem com os alimentos, como cheirar, ver e tocar influenciam não só as suas preferências e hábitos alimentares durante toda a sua vida, como o desenvolvimento sensorial³⁶. O bebé é também influenciado por aquilo que vê e pelo cheiro e pela textura que sente. Assim, irá participar mais ativamente nas refeições, apreciar os alimentos e sentir-se-á mais confiante para esta função⁴⁻⁶.

Salienta-se também que nesta idade, a maturação do aparelho digestivo do bebé permite a digestão de outros alimentos que uma alimentação mais diversificada possa conter³⁶.

Iniciar a diversificação alimentar antes do tempo pode ter consequências para a saúde da criança, uma vez que o organismo do bebé não está preparado para receber alimentos desadequados para a sua idade. Um dos fatores pode ser a rejeição energética quando alimentado à colher criando ansiedade e frustração, tanto para o bebe como para o cuidador, com consequências negativas na formação dos hábitos alimentares da criança⁴⁻⁶.

Como os bebés já nascem com a preferência pelo paladar doce, devem aprender a apreciar os paladares naturais dos alimentos. Esta preferência pelo doce deve ser contrariada e não oferecer sumos e chás desde muito cedo, pois acabam por rejeitar a água o que contribui não só para a obesidade infantil, como para a criação de cáries nos dentes de leite. A água deve ser a bebida de eleição para satisfazer a sede⁴⁻⁶. Contudo o doce é uma preferência natural e deve ser vista como um aliado na hora da introdução alimentar.

Por volta dos 12 a 15 meses, é comum as crianças manifestarem a chamada “neofobia”, que é a aversão a novos alimentos. Para evitar esta situação deve ser oferecido ao bebê uma grande variedade de alimentos saudáveis⁴⁻⁶.

Os bebês nascem com a capacidade de regular aquilo que devem consumir de acordo com as suas necessidades. Ao pressionar os bebês para que comam mais um pouco os pais e outros cuidadores poderão perturbar esta capacidade de autorregulação⁴⁻⁶.

O bebê tem a capacidade de demonstrar quando estão satisfeitos, saber interpretar esses sinais comunicacionais é de extrema importância para o sucesso da diversificação. Outras questões importantes para o processo desenvolvimental da alimentação, são as questões comportamentais. É importante que os bebês comam sentados à mesa, que retirem o prazer do convívio inerente à refeição, promovendo o desenvolvimento da comunicação, da socialização, de novas experiências e da autonomia alimentar, e não apenas ser visto como a «hora do comer».⁴⁻⁶.

O incentivo para que o bebê comece paulatinamente, a comer sozinho é também muito importante⁴⁻⁶.

Sendo uma necessidade fundamental para a sobrevivência, a alimentação é um dos fatores que mais afetam a saúde e o desenvolvimento infantil. Não basta ter acesso a bens alimentares, é necessário "saber comer" - saber escolher os alimentos de forma e em quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo de diferentes fases da vida³⁹. Entre os seis e os dez anos de idade inicia-se a dentição permanente, sendo importante reforçar os bons hábitos de saúde, como a alimentação e a higiene. Nesta faixa etária há um aumento do apetite e melhor aceitação da alimentação. Se a criança tiver hábitos alimentares inadequados, há a probabilidade dessa inadequação se acentuar e alguns distúrbios alimentares persistirem^{33,34}.

3. DESENVOLVIMENTO DA INTEGRAÇÃO SENSORIAL

A alimentação esta diretamente relacionada com a integração sensorial, uma vez que a aparência, o cheiro, a textura e o sabor poderão causar reações desadequadas que advêm de um mau processamento dessas mesmas sensações, Essas reações apresentam consequentes alterações no tônus muscular e sensibilidade orofacial não só para a função alimentar mas também para a fala²⁶.

É nos primeiros sete anos de vida que se dá o período de organização e integração sensório-motora, sendo que o desenvolvimento nesta fase “faz parte de um processo de organização dos estímulos sensoriais no sistema nervoso”⁴⁰. Nesta fase, a criança torna-se um ser maduro em

termos sensorio motores, podendo depois passar ao desenvolvimento de funções intelectuais superiores⁴⁰.

O sistema sensorial é composto por uma rede de sistemas inter-relacionados, que possibilita a percepção do mundo. Todas as informações que recebidas são transmitidas, pelo sistema sensorial, ao cérebro e subseqüentemente processadas por ele. A qualidade dessa rede de sistemas tem um efeito direto sobre o comportamento, as emoções e a qualidade dos movimentos.

Conclui-se que o desenvolvimento global da criança depende, da capacidade do sistema nervoso central organizar os vários estímulos sensoriais que recebe, e provoca respostas adequadas, capacidade a que se dá o nome de Integração sensorial (IS).

3.1. INTEGRAÇÃO SENSORIAL

A IS é “o processo neurológico que organiza as sensações do próprio corpo e do ambiente, tornando possível o uso do corpo de forma eficiente”⁴⁰. Este processo dá-se quando é atingido o limiar neurológico, que funciona como uma barreira que o estímulo tem de ultrapassar para que as sensações sejam percebidas e se obtenha uma resposta adequada. As crianças com uma IS ineficiente apresentam respostas emocionais e físicas desadequadas, podendo ser de hipo ou hiper-responsividade ao estímulo recebido⁴⁰.

Com a IS, todas as partes do sistema nervoso trabalham em conjunto para que se possa passar por experiências e interagir de maneira eficiente com o ambiente.

A IS é a capacidade de organizar e processar a informação que chega através dos diferentes canais sensoriais e de interrelacioná-la e sintetizá-la de forma a emitir uma resposta motora adequada. As crianças que apresentam alterações de integração sensorial poderão exibir atrasos ao nível das capacidades motoras, de equilíbrio, de coordenação e do uso manual, distração, defesa tátil, perturbações da linguagem e das capacidades visuo-espaciais. Se estes problemas não forem detetados até à idade escolar podem aparecer problemas na leitura, na escrita e na matemática⁴¹.

Os sistemas sensoriais transmitem a informação sensorial necessária para que os indivíduos sejam funcionais no mundo. Estes sentidos situam-se nos órgãos sensoriais que captam estímulos e transmitem-nos ao cérebro para processar, organizar e interpretar. Os diferentes sistemas recebem a informação através de estímulos internos e externos ao corpo⁴¹⁻⁴³.

O sistema sensorial é assim a parte do sistema nervoso responsável pelo processamento das informações sensoriais. Os mais conhecidos são cinco: a visão, audição, tato, paladar e olfato^{42, 43}. Ainda fazem parte do sistema sensorial, o sistema vestibular e proprioceptivo^{41, 42}.

Seguidamente, será descrito cada sistema sensorial e a sua função no corpo humano.

3.1.1 SISTEMA VISUAL

Os recetores deste sistema são os olhos. Este sistema é iniciado por volta da quarta semana de vida. A informação capacita as crianças para distinguirem pessoas e objetos perto ou longe de si; discriminar tamanhos, formas e as cores dos objetos e vê-los em três dimensões. As crianças utilizam a visão como um guia na maioria das ações em que se envolvem⁴⁴.

Problemas neste sistema criam informação visual distorcida interferindo com a aprendizagem. Poderão surgir problemas na perseguição ocular, dificuldades na memória visual, problemas na discriminação figura-fundo e / ou problemas visuo motores, que interferem com a aprendizagem da leitura e escrita, atenção e competências sensório motoras⁴⁵.

Nos primeiros meses de vida verifica-se um rápido desenvolvimento da capacidade do bebé em seguir um alvo em movimento assim como da perceção da cor.

Por volta dos dois meses de idade, o bebé é capaz de distinguir o vermelho do verde; aos três meses de idade distingue o azul. Com quatro meses de idade o bebé é capaz de discriminar entre vermelho, verde, azul e amarelo. Os olhos do recém-nascido focam melhor a uma distância de aproximadamente 30 centímetros, a distância típica entre o rosto do bebé e o da pessoa que lhe está a pegar ao colo⁴⁴.

Em suma, pode-se dizer que o bebé tem um sistema visual funcional e eficaz (competências de discriminação e preferência visual), embora a qualidade da visão seja inferior à dos adultos pelo menos nas primeiras semanas ou meses de vida^{44, 45}.

3.1.2. SISTEMA AUDITIVO

Receber e processar a informação auditiva, inclui uma estimulação recebida através dos recetores periféricos e posteriormente transmitida até ao sistema nervoso central.

Para além de ouvir, a criança tem que aprender a reconhecer as características dos diferentes sons de forma a decidir quando deve ou não reagir aos estímulos auditivos. O processamento auditivo influencia a localização da fonte sonora, os padrões ou ritmos sonoros, discriminação auditiva, separação auditiva dos sons de fundo e a memória auditiva sequencial. Problemas ao nível do sistema auditivo poderão refletir-se em problemas na atenção, seguir instruções, hipersensibilidade ao som, dificuldade nas mudanças de atividade, reações tardias aos sons ou instruções, pobre equilíbrio, falar alto e dificuldades ao nível da fala e linguagem⁴⁵.

A audição está funcional mesmo antes do nascimento aos seis meses de gestação. O feto responde a sons (de baixa ou alta frequência) e parece aprender a reconhecê-los: sons da fala, ruídos do meio externo, do organismo, da natureza^{44, 45}. Com um mês de vida, o bebé é capaz de

discriminar sons tão semelhantes como “ba” e “pa”. Com menos de três dias de vida, quando é contada uma história que já ouviram no útero ou histórias que nunca ouviram antes, respondem de forma distinta. Também é capaz de distinguir a voz da sua mãe da voz de uma pessoa desconhecida e prefere a sua língua materna a uma língua estrangeira (ao nível do timbre, frequência; particularmente os sons mais agudos). A sensibilidade auditiva poderá ser um indicador precoce de capacidades cognitivas^{44, 45}.

3.1.3.SISTEMA OLFATIVO

O recém-nascido é capaz de localizar e distinguir os odores. A preferência por odores agradáveis é aprendida no útero e nos primeiros dias após o nascimento, contribuindo para esta aprendizagem a variedade de odores transmitidos através do leite materno⁴⁴.

Bebés com seis dias de vida, que estejam a ser amamentados, demonstram preferências por compressas com o odor do seio da sua mãe, em comparação com o de outra mulher que esteja a amamentar. Tal facto não se verifica em bebés com dois dias de vida, sugerindo, que os bebés precisam de experiência de dias para aprenderem a reconhecer o odor das suas mães. Os bebés alimentados a biberão não são capazes de efetuar esta distinção⁴⁴.

3.1.4 SISTEMA GUSTATIVO

Surge durante o primeiro trimestre de gestação⁴⁴. Tanto os bebés prematuros quanto os nascidos de termo reagem positivamente a estímulos doces e negativamente a salgados e amargos. Quanto mais doce for o líquido amniótico, mais forte é a sucção e mais líquido o bebé ingere. O leite materno é bastante doce, tal como os alimentos nutritivos como os legumes e os frutos que desde cedo passam a fazer parte da dieta alimentar do bebé. As respostas de rejeição do bebé face a sabores amargos são provavelmente um mecanismo de sobrevivência na medida em que muitas das substâncias amargas são tóxicas⁴⁴. O sistema gustativo a gustativo permite saber se o alimento é comestível e se a textura é agradável, uma vez que os principais órgãos envolvidos neste sistema são a língua, a faringe, o palato, a epiglote e os recetores olfativos⁴⁴.

O reconhecimento dos sabores é modulado por recetores localizados nos botões gustativos da língua e palato⁴⁶. Estes botões estão formados à 15^o semana de gestação. Desta forma o feto reconhece os sabores da dieta materna, transferidos pelo líquido amniótico. Esta capacidade de reconhecimento de sabores traduz-se por uma aceitação mais fácil quando administrada aos bebés frutos dessas gestações na altura da diversificação alimentar⁴⁷.

Este sistema vai evoluindo durante toda a infância consoante as experiências vividas e a estimulação permitida à criança.

O sentido gustativo e olfativo são denominados de sentidos químicos uma vez que são excitados por estimulantes químicos presentes nos alimentos e no ar, respetivamente.

Estes sentidos trabalham conjuntamente na perceção dos sabores. O centro do olfato e do gosto no cérebro combina a informação sensorial da língua e do nariz⁴⁸.

3.1.5. SISTEMA TÁTIL

Tem uma grande influência na determinação física, mental e emocional. Desde a infância é necessária uma constante estimulação tátil para manter o indivíduo organizado e funcional. A informação tátil chega à boca e pele da face, através de células, denominadas de recetores, que estão localizadas por toda a pele. Sensações de toque como pressão, vibração, movimento, temperatura e dor são ativadas pelos recetores táteis. Existem dois componentes que fazem parte do sistema tátil. O sistema proprioceptivo, cujo recetores se encontram nos músculos e articulações e o sistema discriminativo cujos recetores se encontram na pele e são ativados pelo toque, temperatura e dor^{44, 45}.

Este sistema é um dos grandes sistemas sensoriais que dá informação necessária não só para a perceção visual, planeamento motor e consistência corporal, como para a aquisição de competências académicas, segurança emocional e competências sociais⁴².

No que se refere aos sentidos cutâneos responsáveis pela sensibilidade ao tato, à pressão, à dor e à temperatura, o padrão parece semelhante ao já visto em outras ocasiões: estes sentidos são funcionais ainda na vida intrauterina, embora a sensibilidade cutânea aumente durante as primeiras semanas após o nascimento. Um embrião com cinco semanas de gestação detém sensibilidade nos lábios e nariz. Na nona semana de gestação o queixo, pálpebras e braços. À 12^o semana toda a superfície corporal. Aos 24 meses processa quatro vezes mais rápido do que no nascimento. Aos seis anos esta velocidade está igual ao adulto^{44,45}.

3.1.6. SISTEMA VESTIBULAR

Às dez semanas o feto responde ao movimento. Às doze semanas mexe os olhos relativamente à posição da cabeça⁴⁴.

Este sistema indica qual a posição das cabeças e corpos em relação ao espaço. Dá informações sobre o equilíbrio e movimento do pescoço, olhos e corpo e ajuda ainda a regular o tónus muscular o que permite mover com eficácia. Transmite a informação de quando o corpo se move ou quando

está parado, e quando os objetos estão parados ou a mover-se relativamente ao corpo. Transmite igualmente a informação de e para onde se está a ir e de quão rápido se a desloca. Os recetores do sistema vestibular estão localizados no ouvido interno⁴².

É considerado o sentido de movimento – equilíbrio, porque coordena os olhos a cabeça e os movimentos do corpo em relação ao espaço. Desenvolve-se na vida intrauterina.

3.1.7. SISTEMA PROPRIOCETIVO

Refere-se à informação sensorial que nos transmite informação sobre os nossos movimentos e posição do corpo. Este permite a integração de estímulos táteis e vestibulares. Os recetores do sistema proprioceptivo estão localizados nos músculos, articulações, ligamentos e tendões, e os estímulos para recetores são o movimento e a gravidade. As funções que estão inerentes a este sistema sensorial são: promover a consciência corporal e contribuir para o planeamento motor. Este sistema influencia a capacidade de expressão corporal e a capacidade para movimentar as partes do corpo de forma eficaz⁴². O primeiro sinal desta capacidade é visível em vida intra uterina, quando o bebe leva a mão à boca, ainda que, o bebé não nasce com estratégias e conhecimento para perceber as complexidades dos estímulos ambientais. Esta habilidade desenvolve-se com a idade e experiência a nível social^{49, 50}.

Após o nascimento a interação do bebe com o seu ambiente logo se torna uma fonte de conhecimento^{49, 50}.

4. ALTERAÇÃO NA INTEGRAÇÃO SENSORIAL

Aplica-se a crianças que são sensíveis aos estímulos devido a “baixas resistências” neurológicas no caso dos hipersensíveis ou também “altas resistências” no caso dos hipossensíveis. Revelam dificuldades na concentração, dificuldades em reconhecer estímulos, necessitando de mais tempo ou de maior ou menor quantidade de estimulação para desencadear uma resposta⁵¹.

A perturbação de integração sensorial (PIS) ocorre quando o *input* sensorial dos diferentes sistemas não chega organizado. Priva as crianças da receção de informação sensorial dos diferentes sistemas e das experiências que precisam para aprenderem para se desenvolverem⁵². Crianças com PIS revelam dificuldade em regular o grau, a intensidade e a natureza das respostas do *input* sensorial que resultam em problemas consideráveis com os papéis e rotinas diárias⁵³. O limiar neurológico consiste no *input* de múltiplas modalidades sensoriais combinado através do tempo e do espaço. As crianças agem de acordo com o seu limiar neurológico, outras tentam compensá-lo⁵⁴. Uma criança com baixo registo neurológico apresentará uma hiper reatividade, como resposta

apresenta um padrão de evitamento sensorial. Estas crianças envolvem-se menos nas atividades, apresentam comportamentos de afastamento e isolamento, evitam determinadas situações ou procuram outros estímulos para compensar. Crianças com alto limiar neurológico apresentam um comportamento de baixo registo. Sendo necessário mais tempo e maior quantidade de informação no estímulos para que haja uma resposta; apresentam uma necessidade de procura sensorial revelando comportamentos arriscados na procura intensa de estímulos. São crianças com hiporeatividade²⁶. Tanto as hipo como as hiper são crianças inibidas de uma participação plena nas atividades da vida diária, tais como dificuldades em vestir por alteração de sensibilidade, brincar, na alimentação e na interação social com os outros²⁶.

A PIS pode ter vários impactos no desempenho humano, dependendo do sistema em causa e da sua relação com os outros tipos de informação.

De seguida será apresentado uma pequena síntese das alterações no processamento dos diferentes nos sistemas sensoriais.

4.1. SISTEMA TÁTIL

Provoca alterações na perceção tátil, perceção corporal, planeamento motor, perceção visual, segurança emocional e nas aptidões sociais, bem como na utilização de utensílios. Estas alterações influenciam negativamente o desempenho porque impossibilitam o conhecimento de atributos físicos dos objetos, conhecimento do corpo, apresentando igualmente dificuldades em manusear objetos como tesoura, lápis ou talheres⁵⁵.

4.2. SISTEMA VESTIBULAR

Provoca alterações ao nível gravitacional, no movimento e equilíbrio, tónus muscular, processamento visuo-espacial, planeamento motor e segurança emocional, controlo da força na escrita, em agarrar algo utilizando ambas as mãos, levando igualmente a uma baixa autoestima e frustração por não conseguirem participar em atividades e por sentirem dificuldades em se relacionar com os pares.

4.3. SISTEMA PROPRIOCETIVO

Pode ter implicações na perceção corporal, no controlo e planeamento motor, na estabilidade postural, bem como na segurança emocional⁵⁶. Estas alterações podem influenciar o desempenho dificultando o manusear de brinquedos pequenos, o controlar o seu corpo, por não conseguir

processar informações suficientes do seu corpo para o poder orientar adequadamente como levar a comida à boca⁵⁶.

4.4. SISTEMA AUDITIVO

Provoca alterações na compreensão, na linguagem/discurso, bem como no cumprimento de ordens verbais, podendo ainda distrair-se com facilidade devido a estímulos auditivos externos. Este tipo de alterações no sistema auditivo pode impedir a sociabilização das crianças com os seus pares, por dificultar a comunicação, levando ao isolamento das mesmas⁵⁷.

4.5. SISTEMA VISUAL

Provoca alterações na percepção visuo-espacial. Este tipo de alterações pode provocar problemas na interpretação de imagens e figuras, disgrafias, ou alterações na compreensão da leitura⁵⁷.

4.6. SISTEMA OLFATIVO vs SISTEMA GUSTATIVO

Alterações olfativas e gustativas frequentemente ocorrem juntas.

Uma alteração no sistema olfatório impede a condução de moléculas transportadas pelo ar nas cavidades nasais e atenua a percepção do sabor⁵⁸.

Alterações neste tipo poderão levar à falta de sabor dos alimentos⁵⁸.

4.7. ALTERAÇÕES DO PROCESSAMENTO SENSORIO MOTOR ORAL

Crianças com alterações sensoriais orais manifestam dificuldades em processar uma informação sensorial na face, nas estruturas orais e cavidade oral (toque, proprioção, dor e temperatura).

Estas alterações podem se manifestar numa resposta híper ou hipo reativa ao estímulo oral que influenciará questões faríngeas ou respiratórias. Nestas alterações a criança apresenta dificuldades em gerir o estímulo sensorial, dificuldade em dar resposta à informação que são dadas através da faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe). Apresentará também dificuldades na discriminação, modulação, integração e organização dos estímulos sensoriais para a faringe, apresentados pelo sistema somatossensorial (tato, proprioção, dor e temperatura) e sistemas sensoriais periféricos: olfático (cheiro), gustativo (sabor) e vestibular (equilíbrio).

5. AVALIAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO COM BASE SENSORIAL

Não existe um teste para avaliar as funções oromotoras e alimentação no entanto existem várias *checklists* e escalas de avaliação para assimilar na sistematização das observações^{59, 60}.

São facultados neste capítulo alguns instrumentos de avaliação da alimentação, ainda que nenhum dos instrumentos referidos se encontre traduzido ou adaptado para a população portuguesa.

Porém, é possível avaliar sob outros métodos, como através da realização de entrevistas aos cuidadores das crianças (informação que identifique os tipos, texturas, cor dos alimentos ingeridos pelas crianças, assim como o comportamento da criança à hora da refeição e quais as técnicas de gestão de comportamento aplicadas)⁶¹, ou questionários padronizados^{62, 63} e através de observação das refeições da criança.

Estas observações devem ocorrer entre os diferentes tipos de refeição (p. ex.: pequeno-almoço, lanche, almoço) e configurações (p. ex.: refeitório, sala de aula, cozinha), com o objetivo de avaliar as consequências das modificações do tipo de alimento e da informação sensorial a que a criança está sujeita, assim como observar o comportamento do adulto que dá a alimentação. Na avaliação deve também constar a resposta da criança à textura (p. ex.: papa e batatas fritas), às alterações de sabor (p. ex.: musse de maracujá e musse de chocolate), temperatura (p. ex.: gelado e sopa) ou apresentação (p. ex.: prato com desenhos preferidos e tabuleiro da escola)^{63,64}.

De seguida apresenta-se uma sucinta informação sobre alguns instrumentos de avaliação da alimentação, ainda que não estejam aferidos para a população portuguesa.

*Sensory Profile*⁶⁵, questionário utilizado na avaliação do impacto do processamento sensorial que influencia o desempenho funcional do indivíduo. Constituí uma secção relativa ao processamento sensorial oral, bem como outras áreas que influenciam o desempenho da criança no ato alimentar.

*Oral-motor Analysis*⁶⁶ avalia a sensibilidade tátil facial e oral e a diferenciação motora oral. Apesar de não ser especificamente concebido para a alimentação, pode ser utilizada para avaliar perturbações do processamento oral por hipo ou hiperresponsividade.

*Screening Tool of Feeding Problems*⁶⁷ é uma ferramenta de triagem das dificuldades de alimentação (e.g. seletividade/recusa de alimentos).

*Children's Eating Behavior Inventory*⁶⁸ avalia as problemáticas associadas à alimentação e à hora da refeição. Relaciona com as preferências alimentares, as capacidades motoras e a conformidade comportamental. Avalia ainda 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.

*Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale – Child Behaviors sub scale*⁶⁹ avalia os comportamentos alimentares da criança à refeição e as restrições na dieta.

*Pediatric Assessment Scale for Severe Feeding Problems*⁷⁰ avalia a severidade da perturbação da alimentação aquando da alimentação não-oral (descrição da necessidade de alimentação não-oral; comportamentos alimentares; qualidade de vida da criança e dos seus cuidadores e aceitação ou recusa de alimentos pela sua textura e/ou temperatura).

*About Your Child's Eating – Revised*⁷¹, aborda as dificuldades comportamentais e internacionais entre a criança e os seus cuidadores, ainda avalia a resistência à alimentação, o ambiente à refeição e a aversão dos cuidadores à refeição.

*Brief Autism Mealtime Behavior Inventory (BAMBI)*⁷² é uma ferramenta que avalia o comportamento alimentar em crianças com perturbações do espectro do autismo, abordando a variedade de alimentos ingeridos, a recusa alimentar e algumas características das perturbações do espectro do autismo.

*Mealtime Behavior Questionnaire*⁷³ identifica os comportamentos problemáticos à hora da refeição. Avalia a recusa ou evitamento de determinados alimentos, a manipulação dos alimentos, a presença ou não de comportamentos agressivos, náuseas ou vômitos, aquando da refeição.

*Eating Profile*⁷⁴ é um questionário que foca especificamente as necessidades das crianças com Perturbação do Espectro Autismo que aborda a entre outros fatores a história alimentar da criança (lidar com a alimentação, comportamentos orais, quantidade de ingestão, perceção dos pais em relação à adequação da ingestão, ganho de peso ao longo do último três, seis e doze meses; história alimentar da família, alergias alimentares, comportamento às refeições, capacidades motoras orais, preferências alimentares, autonomia, estratégias utilizadas para resolver as dificuldades encontradas durante as refeições).

6. METODOLOGIA

6.1. PROCEDIMENTOS

O estudo foi composto por dois momentos de recolha.

Num primeiro momento foi efetuado um contacto à direção dos jardins-de-infância (JI) escolhidos para o estudo. Foi explicado o tipo de estudo e os objetivos da recolha. Após autorização da direção por escrito (apêndice V), os educadores de educação foram informados dos critérios de seleção da amostra para realizarem uma pré-seleção das crianças a integrar o estudo.

Foi solicitado a colaboração das educadoras e auxiliares de ação educativas para a entrega dos documentos informativos aos encarregados de educação das crianças que preenchiam os critérios de seleção para a realização do estudo:

- Crianças com idades compreendidas entre os seis meses e os seis anos de idade;
- Naturalidade portuguesa;
- Sem perturbação do neuro desenvolvimento ou da alimentação diagnosticada previamente;
- Nunca tenham sido acompanhadas em terapia da fala, terapia ocupacional ou psicologia.

Foi entregue um envelope fechado que continha um documento informativo sobre o estudo a desenvolver (apêndice IV); uma ficha de caracterização sóciodemográfica (apêndice I) e uma declaração de consentimento livre e informado de modo a autorizar a recolha de dados (apêndice II).

Após a recolha total dos consentimentos foi entregue aos cuidadores a escala (anexo I) com o objetivo de concluir a recolha.

Todos os documentos foram preenchidos no domicílio, de forma anónima, e entregues em envelope fechado às educadoras e auxiliares responsáveis pelas crianças no JI e entregues pessoalmente à investigadora.

No segundo e último momento, foi aplicado novamente aplicada a escala a 50% da amostra para verificação da fidelidade do valor obtido comparativamente com os valores obtidos no primeiro momento de resposta.

A recolha foi realizada em aproximadamente dois meses para cada estabelecimento educativo.

6.2. MATERIAIS

A escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal (EAHPM)⁷⁵ é um questionário composto por 14 itens, que foi traduzido e adaptado para português europeu⁷⁶ (anexo I). O objetivo é avaliar os seguintes domínios: sintomas sensoriomotores orais (itens oito e onze), sintomas sensoriais orais, (itens sete e oito), apetite (itens três e quatro), preocupações dos cuidadores (itens um, dois e doze), comportamento da criança à hora da refeição (itens seis e oito), estratégias compensatórias dos cuidadores (itens cinco, nove e dez) e reações dos cuidadores (itens treze e catorze). A escala deve ser preenchida pelo cuidador que auxilia a maior parte das refeições da criança e deve classificar cada um dos 14 itens através de uma escala de *Likert* (um a sete). A escala possui pontos-âncora nos extremos mas nenhuma legenda nos valores entre dois e seis. O

tempo médio de preenchimento é de aproximadamente 10 minutos. É possível obter a severidade dos sintomas apresentados espelhando metade dos itens (sete), somando a pontuação total e comparando-a com a tabela normativa.

A ficha de caracterização sociodemográfica (apêndice I) pretende obter informações relacionadas com a criança (p. ex.: data de nascimento, naturalidade), história clínica (p. ex.: semanas de gestação, peso à nascença), presença de diagnósticos em terapia da fala, psicologia, ou terapia ocupacional, dados relativos ao principal cuidador que assiste e auxilia a criança às refeições e dados relativos ao agregado familiar (p. ex.: idade, escolaridade).

A declaração de consentimento livre e informado (apêndice II) consente que o encarregado de educação da criança autoriza a sua participação no estudo e compreende a sua finalidade.

Assegura, de que foi informado de que para a participação do seu educando serão recolhidos dados de forma anónima, assim como será garantida a confidencialidade da identidade do seu educando e de todos os intervenientes. Poderão ter acesso direto aos questionários para verificação dos procedimentos do registo. A declaração assegura ainda de que o encarregado não terá qualquer remuneração financeira ao participar no estudo assim como para o investigador e colaboradores não haverá qualquer benefício financeiro na realização do mesmo.

O documento de informação ao indivíduo (apêndice IV) é meramente informativo relativamente ao estudo a proceder. Apresenta o título do projeto, qual a instituição a que pertence, a autora da investigação a realizar, assim como a identificação da orientadora. Informa ainda qual o objetivo do estudo (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) as metodologias adotadas.

6.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizado um estudo de natureza metodológica. Neste tipo de estudo a qualidade da investigação depende não só do tipo de desenho ou do processo adotado para controlar as variáveis, mas também da finalidade dos instrumentos de medida, permitindo assim, aos investigadores utilizá-los com toda a confiança. As noções de fidelidade e de validade aplicam--se igualmente às escalas traduzidas numa outra língua ou utilizá-las em populações diferentes daquelas para as quais o instrumento foi concebido. A fidelidade e a validade são qualidades essenciais de qualquer instrumento de medida⁷⁷.

O estudo metodológico difere dos outros métodos de investigação, porque não inclui todas as etapas do processo de investigação. Não se interessa nem pelas relações entre variável

independente e dependente, nem pelo efeito da variável independente. Ele define-se como uma estratégia em várias etapas, tratando da elaboração ou validação de um instrumento (escala) traduzido, deve assegurar-se que a escala é: 1) aplicável a vários grupos de sujeitos na população em geral; 2) apropriado às dimensões do conceito a medir; 3) fácil de utilizar e 4) suficientemente sensível para revelar mudanças no tempo⁷⁷.

O principal objetivo do estudo foi um contributo para a validação da EAHPM versão portuguesa⁷⁶.

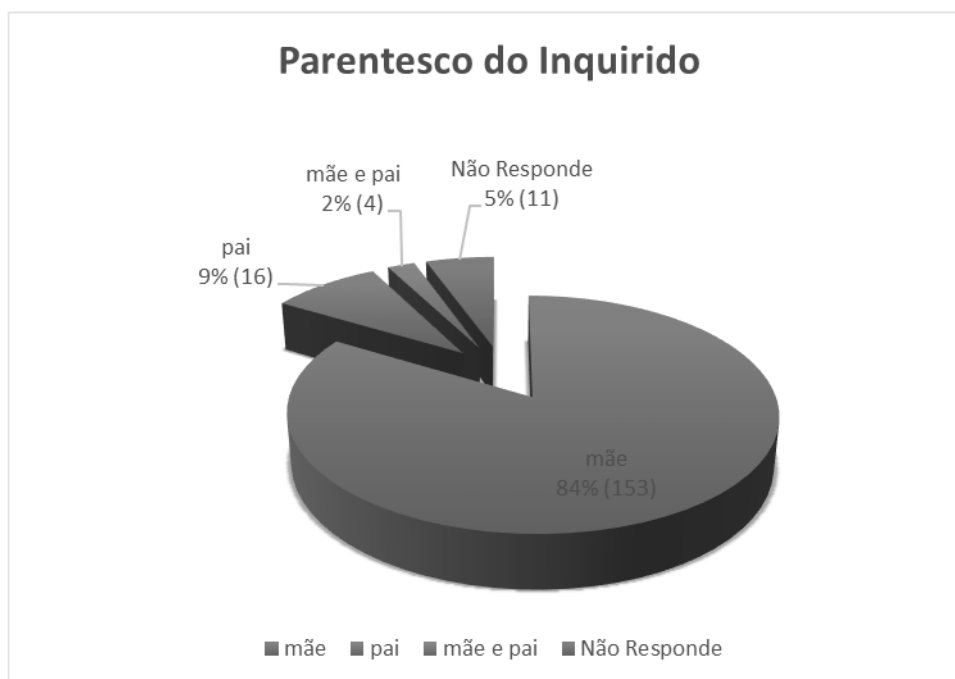
Neste estudo foram obtidos dados quantitativos. Estes dizem respeito à cotação das respostas obtidas da aplicação do instrumento de avaliação.

6.3.1 AMOSTRA

As crianças que compõem a amostra do estudo piloto estavam integradas nas respetivas instituições do jardim de Infância do ensino privado, do distrito de Lisboa, concelho de Sintra. Para a seleção da amostra foram definidos alguns critérios de inclusão já apresentados nos procedimentos.

A amostra é constituída por 183 sujeitos, cuidadores das crianças avaliadas. A grande maioria dos respondentes são as mães 84% (n=154), havendo 9% (n=16) de pais e 2% (n=4) em que a resposta foi dada pelo casal. Existe ainda 5% (n=11) de casos em que o inquirido não identificou o parentesco (gráfico 1).

Gráfico 1: Parentesco do Inquirido



Relativamente à caracterização das crianças, a distribuição por género das crianças é relativamente equilibrada: 54.1% sexo masculino e 45,9% do sexo feminino. As idades oscilam entre os 8 meses e 6 anos e 11 meses, a maioria tem entre 1 ano e 4 anos e 11 meses (74.4%), sendo a média de 3.31 anos e a dispersão em torno da média 1.40. Relativamente à naturalidade da criança predomina o concelho de Lisboa (61.2%), seguido do de Sintra (18.6%) e o de Cascais (12.6%). O concelho de residência da esmagadora maioria das crianças é o concelho de Sintra (88%) (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das Crianças: Sexo, Idade, Naturalidade e Concelho

		Frequência	%
Sexo criança	Feminino	84	45.9
	Masculino	99	54.1
	Total	183	100,0
Idade Criança	Menos de 1 ano	7	3.8
	1 Ano-2 anos e 11 meses	55	30.1
	3 Anos-4 anos e 11 meses	81	44.3
	5 Anos-6anos e 11 meses	40	21.9
	Total	183	100.0
		Média = 3.31	Desvio Padrão = 1.40
	Mínimo = 8 meses	Máximo = 6 anos e 11 meses	
Naturalidade	Sintra	34	18.6
	Lisboa	112	61.2
	Torres Vedras	3	1.6
	Cascais	23	12.6
	Reboleira	1	.5
	Venteira	3	1.6
	Santa Maria dos Olivais	1	.5
	Cabo Verdiana	1	.5
	Açores	1	.5
	Coimbra	1	.5
	Não Responde	3	1.6
	Total	183	100.0
Concelho residência	Sintra	161	88.0
	Alenquer	2	1.1
	Mafra	3	1,6
	Amadora	2	1.1
	Cascais	1	.5
	Oeiras	6	3.3
	Torres Vedras	1	.5
	Belas	2	1.1
	Lisboa	2	1.1
	Não Responde	3	1.6
	Total	183	100.0

Uma grande percentagem das crianças avaliadas frequentam a escola do povo das mercês (46.4%) e o infantário do povo de Massamá. A maioria (86.3%) teve um tempo de gestação normal (entre 37 e 49 semanas), havendo 11.5% que nasceram prematuras (menos de 37 semanas). A média do tempo de gestação é de 38.59 semanas, sendo o desvio padrão de 2.20 semanas. Na maioria das crianças não aconteceram complicações no parto (78.7%). Nas 37 crianças em que foram referidas complicações no parto as principais complicações foram: cesariana (16.2%),

ventosas e fórceps (13.5%), paragem cardio respiratória (13.5%), pré eclâmpsia (13.5%) e ventosas (10.8%) (tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das crianças: Instituição, Semanas de Gestação e Complicações no Parto

		Frequência	%
Instituição	Sabugo e Vale Lobos	1	.5
	Harpa- Associação Recriar para Aprender	1	.5
	Domicilio	2	1,1
	Escola do Povo das Mercês	85	46.4
	Vem Brincar	1	.5
	Pequena semente	10	5.5
	Dim Dam Dum	18	9.8
	Misericórdia da portela de Sintra	1	.5
	Infantário do Povo Massamá	64	35.0
	Total	183	100.0
Semanas de Gestação	Menos de 37 semanas	21	11.5
	Entre 37 e 42 semanas	158	86.3
	Não responde	4	2.2
Total	183	100.0	
		Média =38.59	Desvio Padrão = 2.20
		Mínimo = 24.0	Máximo = 49.0
Parto complicações	Sim	37	20.2
	Não	144	78.7
	Não Responde	2	1.1
Total	183	100.0	
Quais	Cesariana	6	16.2
	Ventosas e Fórceps	5	13.5
	Ventosas	4	10.8
	Paragem cardio respiratória	5	13.5
	Mãe com hipertensão	2	5.4
	Pré-eclâmpsia	5	13.5
	Mecônio	1	2.7
	Descolamento placenta	1	2.7
	Taquicardia	1	2.7
	Não responde	7	18.9
	Total	37	100.0

O peso das crianças oscila entre as 600 gramas e 4.93 quilos, sendo a média de 3.19 quilos e a dispersão em torno desse valor de 0.56 quilos, a maioria das crianças tem entre 3 e 3.99 quilos (63.9%). A maioria das crianças não necessitou de incubadora. Das 15 crianças que necessitaram

de incubadora, uma grande porcentagem (46.7%) esteve menos de 5 dias, havendo 33.3% que estiveram entre 5 a 10 dias e 20% mais de 10 dias, sendo a mediana de 5 dias (tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização das Crianças: Peso, Incubadora, Tempo de Incubadora

		Frequência	%
Peso	Menos de 2 quilos	6	3.3
	2-2,99 Quilos	48	26.2
	3-3,99 Quilos	117	63.9
	4-4,99 Quilos	6	3.3
	Não Responde	6	3.3
Total		183	100.0
		Média =3.19	Desvio Padrão = 0.56
		Mínimo = 600 gramas	Máximo = 4.93 quilos
Necessitou incubadora	Sim	15	8.2
	Não	167	91.3
	Não Responde	1	.5
Total		183	100.0
Tempo de incubadora	Menos de 5 dias	7	46.7
	5-10 Dias	5	33.3
	Mais de 10 dias	3	20.0
Total		15	100.0
		Média =16.67, Mediana = 5 dias	Desvio Padrão = 34.41
		Mínimo = meio-dia	Máximo = 134 dias

A maioria das crianças não toma medicação (90.2%). Das 18 crianças que tomam medicação, os medicamentos mais referidos são: singular e zytec (22.2%), zyrtec (16.7%) e o Nasomet e Aeruis (11.1%) (tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização das Crianças: Medicação

		Frequência.	%
Toma Medicação	Sim	18	9.8
	Não	165	90.2
	Total	183	100.0
Qual	Singular e Zyrtec	4	22.2
	Singular	3	16.7
	Alergias	1	5.6
	Atarax	1	5.6
	Flixotaide	1	5.6
	Aerius	1	5.6
	Nasomet, Aerius	2	11.1
	Diplexil	1	5.6
	Insulina	1	5.6
	fluxotoide, pulmicort, biogaia, avamis	1	5.6
	Vigantol	1	5.6
	Não responde	1	5.6
	Total	18	100.0

A maioria das crianças é auxiliada ao almoço pela educadora de infância (13.1%), apenas por ela ou em conjunto com a auxiliar de ação educativa (7.1%). Ao jantar são os pais (3.8%) ou só a mãe (4.9%) que assumem essa tarefa (tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização das Crianças: Auxílio Almoço e Jantar

		Frequência	%
Auxílio almoço	Mãe	9	4.9
	Educadora de Infância	24	13.1
	Auxiliar Ação Educativa	13	7.1
	Mãe e Pai	7	3.8
	Professora Primária	2	1.1
	Educadora de Infância e Auxiliar de Ação Educativa	79	43.2
	Mãe e Auxiliar de Educação	7	3.8
	Mãe, pai, Educadora de Infância, Auxiliar	28	15.3
	Mãe e avó	1	.5
	Mãe e Educadora de Infância	6	3.3
	Mãe, pai, avó, avô	1	.5
	Não Responde	6	3.3
	Total	183	100.0
Auxílio Jantar	Mãe	46	25.1
	Pai	3	1,6
	Avó	1	,5
	Mãe e Pai	107	58.5
	Mãe, pai, avó	12	6.6
	Mãe, pai, avô, avó	4	2.2
	Mãe e avó	5	2.7
	Não Responde	5	2.7
	Total	183	100.0

Apenas em 3.8% dos casos houve treino de sucção nutritiva. Não se verifica a existência de perturbações nesta amostra, ao nível da fala, alimentação, saúde mental, a nível sensorial, gastrointestinal e de neuro desenvolvimento (tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização da Criança: treino de sucção nutritiva e existência de perturbações

		Sim	Não	Total
Treino sucção nutritiva	Frequência	7	176	183
	%	3.8%	96.2%	100.0%
Perturbações fala	Frequência	0	183	183
	%	.0%	100.0%	100.0%
Perturbações alimentação	Frequência	0	183	183
	%	.0%	100.0%	100.0%
Perturbações saúde mental	Frequência	0	183	183
	%	.0%	100.0%	100.0%
Perturbações sensoriais	Frequência	0	183	183
	%	.0%	100.0%	100.0%
Perturbações gastrointestinais	Frequência	0	183	183
	%	.0%	100.0%	100.0%
Perturbações neuro desenvolvimento	Frequência	0	183	183
	%	.0%	100.0%	100.0%

A idade das mães oscila entre os 21 e os 49 anos, a maioria das mães tem idade entre os 31 e os 40 anos (66.7%), sendo a média de 34.98 anos e a dispersão em torno deste valor de 5 anos. A maioria tem entre o ensino secundário e o ensino superior (77%), havendo uma grande percentagem nas profissões intelectuais e científicas (25.1% e em cargos de direção ou gestão (24.6%) (tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização das Mães das Crianças

		Frequência	%
Idade da mãe	21-30 Anos	29	15.8
	31-40 Anos	122	66.7
	41-50 Anos	25	13.7
	Não Responde	7	3.8
Total		183	100.0
		Média = 34.98	Desvio Padrão = 5.00
		Mínimo = 21	Máximo = 49
Escolaridade da mãe	1º Ciclo	3	1.6
	2º ciclo	2	1.1
	3º ciclo	28	15.3
	Ensino secundário	56	30.6
	Ensino superior	85	46.4
	Não responde	9	4.9
	Total	183	100.0
Profissão da Mãe	Representantes do Poder Legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	45	24.6
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	46	25.1
	Técnicos e Profissões de nível intermédio	5	2.7
	Pessoal Administrativo	22	12.0
	Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores	23	12.6
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	2	1.1
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	2	1.1
	Operadores de instalações e trabalhadores da montagem	9	4.9
	Trabalhadores não qualificados	6	3.3
	Desempregado	15	8.2
	Não Responde	8	4.4
	Total	183	100.0

A idade dos pais oscila entre os 22 e os 54 anos, a maioria tem idade entre os 31 e os 40 anos (57.4%), sendo a média de 36.84 anos e a dispersão em torno deste valor de 5.46 anos. A maioria tem entre o ensino secundário e o ensino superior (61.7%), havendo uma grande percentagem nas profissões ligadas aos serviços pessoais de proteção e vendedores (17.5%), em cargos de direção ou gestão (16.9%) e profissões intelectuais e científicas (13.7%) (tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização dos Pais das Crianças

		Frequência	%
Idade do Pai	21-30 Anos	17	9.3
	31-40 Anos	105	57.4
	41-50 Anos	33	18.0
	51-60 Anos	3	1.6
	Não Responde	25	13.7
Total		183	100.0
		Média = 36.84	Desvio Padrão = 5.46
		Mínimo = 22	Máximo = 54
Escolaridade do pai	1º Ciclo	4	2.2
	2ºCiclo	5	2.7
	3ºCiclo	32	17.5
	Ensino secundário	59	32.2
	Ensino superior	54	29.5
	Não Responde	29	15.8
Total		183	100.0
Profissão do pai	Profissões das Forças Armadas	3	1.6
	Representantes do Poder Legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	31	16.9
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	25	13.7
	Técnicos e Profissões de nível intermédio	5	2.7
	Pessoal Administrativo	14	7.7
	Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores	32	17.5
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	19	10.4
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	8	4.4
	Operadores de instalações e trabalhadores da montagem	7	3.8
	Trabalhadores não qualificados	10	5.5
	Desempregado	2	1.1
	Não responde	27	14.8
	Total		183

6.3.2 TRATAMENTOS DE DADOS

Para estudar a validade de construto da escala, recorreu-se a uma análise fatorial confirmatória no sentido de confirmar a unidimensionalidade da escala. O *software* usado foi o *AMOS 22.0*.⁷⁸ As medidas de ajustamento utilizadas foram χ^2/gl , *Comparative Fit Index (CFI)*, *Tucker Lewis Indice (TLI)* e *Parcimony Comparative Fit Index (PCFI)*.

A validade discriminante foi estudada relacionando o score total da escala com variáveis sócio demográficas das crianças e dos pais, com o objetivo de identificar possíveis fatores socio demográficos que influenciem os seus resultados. Para tal recorreu-se ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0*⁷⁹, utilizando-se os seguintes testes inferenciais:

Teste paramétrico - *t de student* para amostras independentes para comparar dois grupos no total da escala (p. ex.: sexo feminino e masculino; crianças que tiveram e que não tiveram complicações no parto), dado haver normalidade ou desvios pouco severos à normalidade nos grupos.

Correlação de Pearson (Paramétrico) para relacionar o score total da escala com as variáveis sócio demográficas com escala quantitativa (ex.: idade do pai e da mãe, tempo de gestação).

Correlação de Spearman (Não Paramétrico) para relacionar o score total da escala com as variáveis sócio demográficas com escala ordinal (ex.: escolaridade do pai e da mãe).

No estudo da fidelidade as medidas utilizadas foram:

- Teste reteste (Consistência Temporal) mede se as medidas de um fenómeno estável permanecem semelhantes em períodos diferentes, ou se numa situação semelhante as medidas continuam as mesmas com o decorrer do tempo. A fidedignidade teste reteste foi avaliada mediante dois procedimentos associados ao índice de concordância entre os resultados dos avaliadores:
 - a) Coeficiente de correlação intraclasse para relacionar as respostas do primeiro e do segundo momento: para esse cálculo foi escolhido o método “*Twoway misturado*” e “*Absolut Agreement*” com intervalo de confiança a 95%. Para interpretação dos valores do ICC foi utilizada a escala de valores de *Menzet al* (2004): valores de acima de 0.75 mostram repetibilidade excelente; valores entre 0.40 e 0.75 repetibilidade moderada/satisfatória e valores abaixo de 0,40 repetibilidade pobre.
 - b) *Método Bland Altman* para definir a magnitude de concordância/discordância entre os resultados das duas avaliações. Esta técnica gráfica consiste de um traçado de dispersão, onde as diferenças entre as medições emparelhadas (A-B nas ordenadas) são traçadas (ou

projetadas) contra os seus valores médios $(A + B) / 2$, nas abcissas) com limites de concordância a 95%. Deste traçado, é muito mais fácil concluir acerca da magnitude de discordância. Complementaram-se estes resultados do *Bland Altman* com o teste paramétrico *t de student* para amostras dependentes para averiguar se o viés entre as respostas dos dois grupos (estudantes e dentistas) eram estatisticamente significativos nos vários métodos.

- Consistência interna: medida de correlação entre os itens do mesmo instrumento. Avalia se cada item avalia o mesmo fenómeno e se estas respostas são consistentes entre si. A consistência interna foi estudada através do *Alpha de Crobach*.

6.3.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Iniciou-se a análise dos dados efetuando estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo), aos itens da escala.

As médias dos itens revelam, que de uma maneira geral nesta amostra, os pais das crianças classificam a hora da refeição da criança como moderadamente fácil (Item 1 – Média 5.35 ± 1.78), não havendo preocupação com a alimentação das mesmas (Item 2 – Média 2.71 ± 2.00), consideram que as crianças têm algum apetite (Item 3 – Média 5.31 ± 1.77) e que nas refeições é mais perto do fim da refeição que a criança recusa os alimentos (item 4 – Média 5.54 ± 2.09). Em média as refeições duram perto de 21 a 30 minutos (Item 5 – Média 3.19 ± 1.05), e as crianças comportam-se relativamente bem (Item 6- Média 2.33 ± 1.53), sendo raro a criança ficar nauseada, cuspir ou vomitar certos alimentos (Item 7 – Média 1.86 ± 1.47), reter a comida na boca antes de engolir (item 8 – Média 5.57 ± 1.95), e os pais terem de ir atrás da criança ou distraí-la para que comam (item 9 – Média 1.85 ± 1.66), sendo também raro os pais terem de forçar a criança a comer ou beber (item 10 – Média 5.45 ± 1.95). Os pais classificam positivamente a capacidade de mastigação ou sucção da criança (item 11 – Média 1.86 ± 1.45), e qualificam o crescimento da criança como adequado (item 12- Média 6.49 ± 1.10), considerando que a alimentação da criança não influencia a relação com os pais (item 13- Média 6.37 ± 1.09) nem com os outros familiares (item 14 – Média 1.79 ± 1.26) (tabela 9).

Tabela 9- Estatística descritiva (Média, desvio padrão, mínimo e máximo) - Itens da escala EAHPM

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Item 1 - Como qualificaria a hora da refeição da criança?	183	1.00	7.00	5.35	1.78
Item 2 - Quão preocupado está com a alimentação da criança?	183	1.00	7.00	2.71	2.00
Item 3 -Qual o grau de apetite (fome) da criança?	183	1.00	7.00	5.31	1.77
Item 4 -Durante a refeição, quando é que a criança inicia a recusa alimentar?	183	1.00	7.00	5.54	2.09
Item 5 -Quanto tempo dura a refeição da criança, em minutos?	183	1.00	6.00	3.19	1.05
Item 6 -Como é que a criança se comporta durante a refeição?	183	1.00	7.00	2.33	1.53
Item 7- A criança fica nauseada, cospe ou vomita com determinados alimentos?	183	1.00	7.00	1.86	1.47
Item 8 -A criança retém a comida na sua boca sem a engolir?	183	1.00	7.00	5.57	1.95
Item 9 -Tem de ir atrás da criança ou distraí-la (p.ex. com brinquedos, televisão) para que ela coma?	183	1.00	7.00	1.85	1.66
Item 10 -Tem de forçar a criança a comer ou a beber?	183	1.00	7.00	5.45	1.95
Item 11 - Como qualificaria a capacidade de mastigação (ou sucção) da criança?	183	1.00	7.00	1.86	1.45
Item 12 - Como qualificaria o crescimento da criança?	183	2.00	7.00	6.49	1.10
Item 13 -Como é que a alimentação da criança influencia a sua relação com ela?	183	2.00	7.00	6.37	1.09
Item 14 -Como é que a alimentação da criança influencia as relações familiares?	183	1.00	6.00	1.79	1.26

6.3.4 VALIDADE DO CONSTRUTO

A validade de construto da escala foi estudada recorrendo-se a uma análise fatorial confirmatória (figura 1), com a utilização do *software AMOS 22.0*⁷⁹. Fomos confirmar que a escala é unidimensional, ou seja que os 14 itens concorrem para a obtenção de um score final.

De salientar que se utiliza o método confirmatório quando há informação prévia sobre a estrutura fatorial que é preciso confirmar, o método exploratório é usado quando não há informação sobre essa estrutura⁷⁹. As medidas de ajustamento utilizadas foram χ^2/df , CFI, TLI e PCFI:

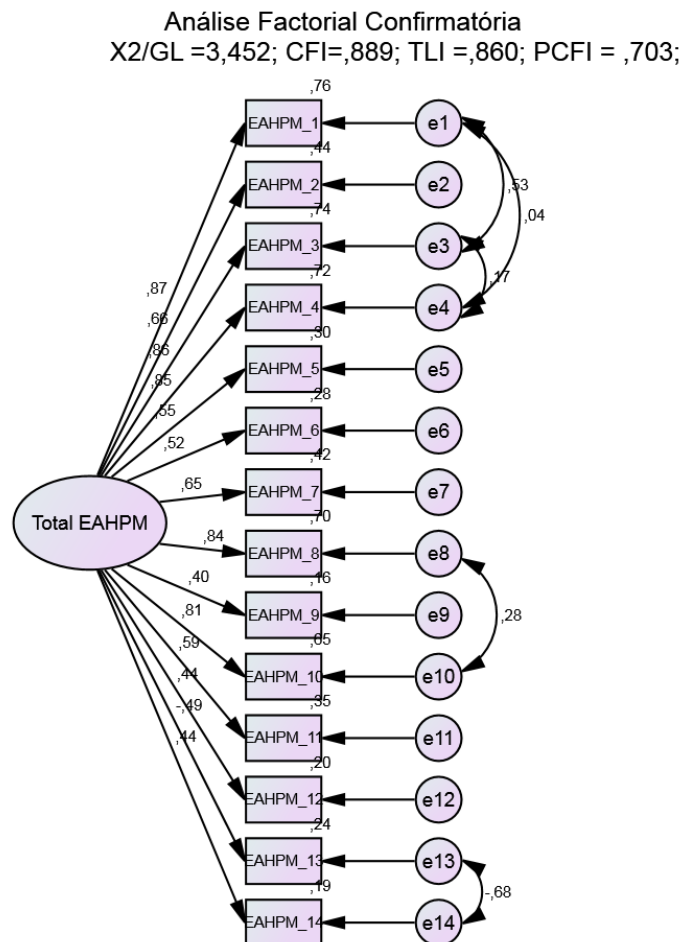
- χ^2/df : um modelo é considerado suficientemente ajustado se tiver valores iguais ou inferiores a 5, valores entre 1 e 2 correspondem a um bom ajustamento, entre 2 e 5 um ajustamento aceitável e inferior a 1 um ajustamento muito bom⁷⁹.

- **Índice CFI e TLI:** valores inferiores a 0.8 revelam um ajustamento mau, entre 0.8 e 0.9 ajustamento aceitável e entre 0.9 e 0.95 ajustamento bom, superiores a 0.95 o ajustamento é muito bom⁷⁹.

-**PCFI:** valores inferiores a 0.60 revelam um ajustamento mau, entre 0.6 e 0.8 ajustamento bom e superiores a 0.80 o ajustamento é muito bom⁷⁹.

Como se pode comprovar pelos valores apresentados na figura em baixo, os valores de $X^2/df = 3.452$, de $CFI = 0.889$, $TLI = 0.860$, revelam um ajustamento aceitável e o valor de $PCFI = 0.703$ um bom ajustamento. Podemos assim confirmar a estrutura da escala original, provando-se que a escala é unidimensional.

Figura 1: Análise fatorial confirmatória



6.3.5 VALIDADE DISCRIMINANTE

No sentido de determinar se a escala discrimina os sujeitos em função de determinadas características sócio demográficas, foi-se cruzar o total da escala com variáveis como: sexo da criança, idade da criança e dos pais, escolaridade dos pais, semanas de gestação, complicações no parto, ter estado na incubadora, tempo na incubadora e uso de medicação.

Recorreu-se ao teste t de *student* sempre que se pretendeu compara dois grupos no resultado final. Usou-se este teste paramétrico dado haver normalidade ou desvios pouco severos à normalidade nos grupos a comparar.

O teste t de *student* revelou a existência de uma diferença significativa entre as crianças do sexo feminino e do sexo masculino, sendo a média significativamente mais elevada nas raparigas (Média 34.34±15.48) comparativamente com os rapazes (Média 28.74±14.75), contudo ambas as médias não traduzem a existência de dificuldades (segundo os dados normativos a partir de 46), embora as raparigas não tenham tão bons resultados como os rapazes (tabela 10).

Tabela 10 – t de *student*: comparação sexo feminino vs masculino no resultado final da escala

	Sexo da criança	N	Média	Desvio Padrão	t de <i>student</i> para amostras
					independentes
Resultado Final	Feminino	84	34.34	15.48	t (181) = 2.50 p = 0.013*
	Masculino	99	28.74	14.75	

*Significativo para $p \leq 0,05$

O teste t de *student* não revelou a existência de uma diferença significativa entre as crianças que tiveram e as que não tiveram complicações no parto no resultado final da escala (tabela 11).

Tabela 11 – t de *student*: comparação entre crianças que tiveram complicações no parto e as que não tiveram no resultado final da escala

	Complicações no				t de <i>student</i> para amostras
	Parto	N	Média	Desvio Padrão	independentes
Resultado Final	Sim	37	28.91	13.78	t (179) = -1.04 p = 0.29
	Não	144	31.85	15.55	

O teste t de *student* não revelou a existência de uma diferença significativa entre as crianças que tiveram e as que não tiveram na incubadora no resultado final da escala (tabela 12).

Tabela 12 – *t de student*: comparação entre crianças que tiveram na incubadora e as que não tiveram no resultado final da escala

	Incubadora	N	Média	Desvio Padrão	<i>t de student</i> para amostras independentes
Resultado Final	Sim	15	28.53	16.16	$t(180) = -0.71$
	Não	167	31.50	15.27	$p = 0.47$

O teste *t de student* não revelou a existência de uma diferença significativa entre as crianças que tomam e as que não toma medicação no resultado final da escala (tabela 13).

Tabela 13 – *t de student*: comparação entre crianças que tomam medicação e as que não tomam medicação no resultado final da escala

	Toma medicação	N	Média	Desvio Padrão	<i>t de student</i> para amostras independentes
Resultado Final	Sim	18	29.50	15.79	$t(181) = -0.52$
	Não	165	31.51	15.29	$p = 0.59$

Os dados das crianças, como a idade, as semanas de gestação, o peso e o tempo na incubadora não se relacionam de forma significativa com o resultado total da escala. Os dados dos pais como a idade e a escolaridade também não se relacionam de forma significativa com o resultado final, contudo é de salientar uma correlação no limiar da significância entre escolaridade do pai e o total da escala ($p = 0.076$), sendo a correlação negativa e fraca (havendo a tendência para quanto maior a idade do pai menos problemas ao nível da alimentação das crianças), (tabela14).

Tabela 14 – Correlações de variáveis sócio-demográficas com o resultado total da escala

		Resultado Final
Idade da criança	Correlação <i>Pearson</i>	-.099
	p	.184
	N	183
Peso da criança	Correlação <i>Pearson</i>	.030
	p	.694
	N	179
Semanas gestação	Correlação <i>Pearson</i>	.073
	p	.331
	N	179
Tempo na Incubadora	Correlação <i>Pearson</i>	-.235
	p	.400
	N	15
Idade da Mãe	Correlação <i>Pearson</i>	-.086
	p	.258
	N	176
Idade do pai	Correlação <i>Pearson</i>	-.142
	p	.076
	N	158
Escolaridade da Mãe	Correlação <i>Spearman</i>	-.085
	p	.263
	N	174
Escolaridade do pai	Correlação <i>Spearman</i>	-.049
	p	.549
	N	154

6.3.6 FIDELIDADE: CONSISTÊNCIA INTERNA

No sentido de se estudar a consistência interna da escala, recorreu-se ao *Alpha de Cronbach*. O *Alpha de Cronbach* da escala é de 0,886 o que indica a existência de uma boa consistência interna, ou seja existe uma elevada coerência entre os itens da escala (tabela 15).

Tabela 15: *Alpha de Cronbach* da Escala

<i>Alpha de Cronbach</i>	Número de itens
.886	14

Foi-se de seguida efetuar uma análise “*Scaleif item deleted*” que permite avaliar o comportamento da escala caso se elimine cada um dos itens. Esta análise permite averiguar se algum item está a prejudicar a consistência interna da escala.

Observando a tabela constata-se que nenhum item ao ser eliminado conduziria a um aumento significativo da consistência interna da escala. As correlações item com o total sem esse item são entre moderadas a fortes variando entre 0.385 e 0.836 (tabela 16).

Tabela 16: Análise “*Scaleif Item Deleted*”

	Score Total da escala se item eliminado	Variância total da escala se item eliminado	Correlação Item Total (sem o item no score total)	Alpha de Crobach se item eliminado
EAHPM_1	33.62	166.54	.83	.86
EAHPM_2	33.55	170.32	.64	.87
EAHPM_3	33.57	167.02	.83	.86
EAHPM_4	33.80	161.12	.80	.86
EAHPM_5	33.07	191.54	.53	.88
EAHPM_6	33.92	184.39	.51	.88
EAHPM_7	34.39	181.42	.61	.87
EAHPM_8	33.84	164.04	.80	.86
EAHPM_9	34.41	189.38	.34	.88
EAHPM_10	33.72	165.36	.77	.86
EAHPM_11	34.40	183.07	.58	.87
EAHPM_12	34.75	193.35	.44	.88
EAHPM_13	29.89	224.16	.52	.91
EAHPM_14	34.46	193.06	.38	.88

6.3.7 FIDELIDADE – TESTE RETESTE

A fidedignidade teste reteste foi avaliada mediante dois procedimentos associados ao índice de concordância.

O primeiro procedimento foi o cálculo do coeficiente de correlação intraclasse para relacionar as respostas do primeiro e do segundo momento: para esse cálculo foi escolhido o método “*Twoway misturado*” e “*Absolut Agreement*” com intervalo de confiança a 95%.

O coeficiente intra classe é de 0.916 o que traduz a existência de uma repetibilidade excelente, indicando existência de uma elevada consistência temporal (tabela 17).

Tabela 17 - Coeficiente de correlação Intra Classe: Momento1 vs Momento 2

	Correlação intra classe ^b	95% Intervalo de confiança		F Test with True Value 0			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas de solteiro	.91 ^a	.86	.94	22.52	70	70	.00
Medidas médias	.95 ^c	.92	.97	2252	70	70	.00

Two-way mixed effects model where people effects are random and measures effects are fixed.

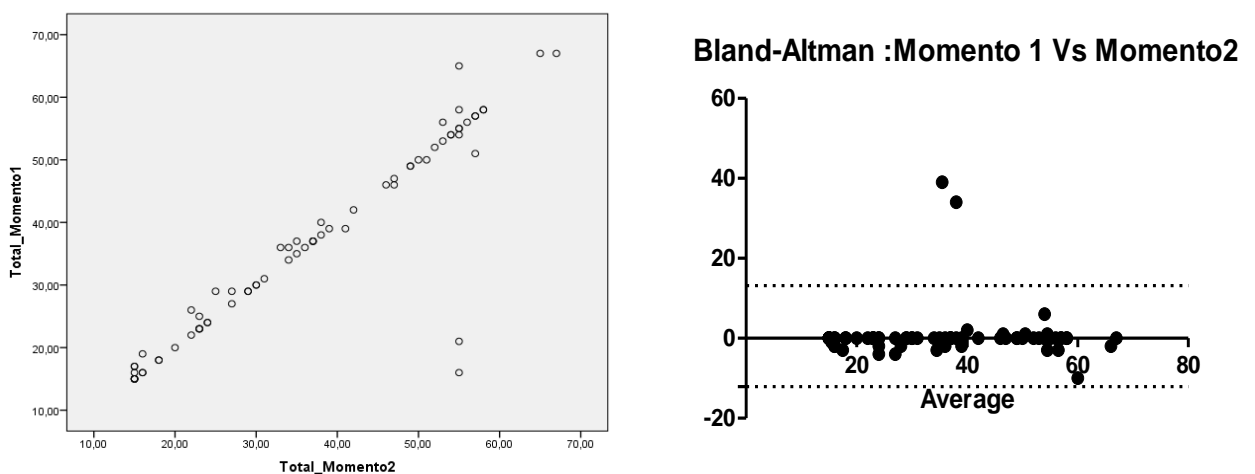
a. The estimator is the same, whether the interaction effect is present or not.

b. Type A intraclass correlation coefficients using an absolute agreement definition.

c. This estimate is computed assuming the interaction effect is absent, because it is not estimable otherwise.

O outro procedimento utilizado foi o método *Bland Altman*. Utilizou-se este método para definir a magnitude de concordância/discordância entre os resultados das duas avaliações. Complementaram-se estes resultados do *Bland Altman* com o teste paramétrico *t de student* para amostras dependentes para averiguar se o viés entre os resultados dos dois momentos eram estatisticamente significativos.

Figura 2- Correlação de *Pearson* e Método *Bland Altman*: Momento 1 Vs Momento 2



IC 95% (-12,10, 13,14); Viés = 0.521, $t(71) = -0.682$, $p = 0.497$, Correlação *Pearson* = 0.915, $p < 0.0001$

O Método *Bland Altman* permite constatar pela visualização dos gráficos que os resultados dos dois momentos estão altamente correlacionados, apresentando uma correlação muito forte e positiva e são concordantes⁷⁹, revelando um viés de apenas 0.52 entre os dois momentos. Os resultados do teste *t de student* para amostras dependentes vem provar que o viés entre os dois momentos não é estatisticamente significativo para $p < 0.05$.

Tabela 18 – Estatística descritiva dos dois momentos de avaliação

	Média	N	Desvio Padrão
Resultado Final Momento 1	36.33	71	15.59
Resultado Final Momento 2	36.85	71	15.63

O teste t de *student* não revelou a existência de uma diferença significativa entre os dois momentos de avaliação, sendo a diferença ou viés de 0.52 (ver tabela 19), revelando que os resultados são concordantes.

Tabela 19 –t de *student* para amostras repetidas : comparação entre os dois momentos de avaliação

	t de <i>student</i> para Amostras Repetidas				t	df	p
	Diferença de médias	Desvio padrão das diferenças	Ic 95%				
Resultado Final M1							
Resultado Final M2	-0.52	6.43	-2.04	1.00	-0.68	70	.49

7. DISCUSSÃO

No presente estudo, foi apresentada uma ferramenta de triagem para a detecção rápida de problemas de alimentação em crianças entre os seis meses e os seis anos e onze meses de idade. O objetivo do questionário é avaliar os domínios: sintomas sensoriomotores orais, sintomas sensoriais orais, apetite, preocupações dos cuidadores, comportamento da criança à hora da refeição, estratégias compensatórias dos cuidadores e reações dos cuidadores. Através da análise estatística descritiva foi possível constatar que os cuidadores classificam a hora da refeição moderadamente fácil, demonstrando não haver preocupação com a alimentação das crianças que constituíram a amostra deste estudo. Verificou-se que as crianças apresentam sinais de apetite e só recusam o alimento após 21 a 31 minutos da refeição (tempo médio achado para a duração das refeições). Este valor é consistente com pesquisas anteriores. Uma pesquisa registou 20 a 30 minutos como um tempo de refeição apropriada em crianças sem perturbação alimentar⁸⁰, e outra pesquisa mencionou 19 minutos em crianças sem problemas de alimentação⁸¹.

Comportamentos associados à hora da refeição, os cuidadores descrevem que as crianças comportam-se bem e que são em minoria as que apresentam comportamentos de náusea, de cuspir ou vomitar, assim como, reter o alimento na boca antes de engolir. São raros os cuidadores que têm que discutir ou forçar as crianças para comer ou beber. Os cuidadores classificam positivamente a capacidade de mastigação ou sucção da criança, assim como o crescimento da

criança como adequado. A alimentação não influencia a relação cuidador vs criança; família vs criança. A análise fatorial confirmou pela validade de construto que a escala tem uma estrutura unidimensional pois os 14 itens fornecem um score final. Pela validade discriminante foi revelado na amostra diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino, uma vez que a média é mais elevada significativamente no sexo feminino do que no masculino. Embora ambos não apresentem dificuldades alimentares, no grupo de crianças do sexo feminino os resultados não são tão bons quando comparados com os do sexo masculino. Quanto aos antecedentes pessoais, no período neo e pós natal, não se observaram diferenças significativas entre as crianças que tiveram e as que não tiveram complicações no parto e as que tiveram na incubadora. Estudos referem que as dificuldades alimentares são comuns em crianças prematuras⁸²⁻⁸⁴, o que não vai de encontro aos achados deste estudo.

Crianças que tomam e as que não tomam medicação, a idade, a semana de gestação, o peso e o tempo na incubadora não se relacionam significativamente com o resultado total da escala. Assim como os dados dos pais no que concerne à idade e à escolaridade.

Salienta-se uma correlação negativa e fraca (no limiar da significância) entre a escolaridade do pai e o total da escala em que quanto maior a idade do pai, menor os valores encontrados em cada item.

A fidelidade teste reteste (consistência temporal) foi achada em dois procedimentos. No primeiro procedimento, foi possível averiguar que o relacionamento das respostas do primeiro e do segundo momento o coeficiente de correlação intraclasse apresenta um total que confirma a existência de uma elevada consistência temporal. No segundo procedimento pelo *Bland Altman*, constatou-se que os dois momentos apresentam correlação muito forte e positiva e são concordantes revelando um viés de 0,521 entre os dois momentos. O resultado do *T student* para amostras dependentes provou que o viés entre os dois momentos não é estatisticamente significativa para $p < 0,05$ revelando que os resultados são concordantes. Este achado mostra que o teste é fidedigno.

Na fidelidade teste reteste (consistência interna), o *alfa de crobach* confirma uma boa consistência interna indicando que existe uma elevada coerência entre os itens da escala. O “*scaleif item deleted*” demonstra que nenhum item ao ser eliminado conduz a um aumento significativo da consistência interna da escala.

Comparando os resultados com estudos realizados com a mesma escala, denotou-se que a maioria dos dados apresentam na totalidade características similares às referidas na literatura e no trabalho realizado por Lopes⁷⁶ estando no geral todos os valores dentro da normalidade sem grande disparidade.

Através de uma análise comparativa entre os dados obtidos com os resultados obtidos, será realizada uma comparação dos dados obtidos relativamente aos resultados recolhidos por Lopes⁷⁶ e o do artigo original Ramsay, Martel, Porporino e Zygmuntowicz⁷⁵, quando comparável.

Em relação aos dados sociodemográficos, concluiu-se que a média das idades das crianças foi semelhante aos dados obtidos por Lopes⁷⁶. No que concerne à idade gestacional da amostra, as semanas de gestação foram de 38.59 semanas e o peso à nascença foi de 3.19 quilos. Este dado veio ao encontro dos achados de Lopes⁷⁶, no qual demonstrou que a média das semanas de gestação e do peso à nascença são semelhantes, respetivamente 38.17 semanas de gestação e 3.21 quilos. Demonstrando que as crianças correspondentes às amostras nasceram de termo, sendo um fator importante no que respeita à diminuição do risco para as perturbações do neurodesenvolvimento, das disfunções da integração sensorial⁶⁹ e conseqüentemente para perturbação alimentar. Sabe-se que 40% de prematuros são encaminhados para intervenção da terapia da fala, pelas dificuldades significativas e persistentes ao nível alimentar, tais como: Ingestão restrita de alimentos e dificuldades em aceitar novos alimentos com diferentes texturas⁸². Relativamente aos dados dos familiares, não foram encontradas diferenças nas idades dos pais entre os resultados obtidos por Lopes⁷⁶ média encontrada para as mães foi de 34.98 e dos pais 36.84 relativamente aos de Lopes (33.9) e (36.4) respetivamente⁷⁶. Concretamente à análise estatística do género revelou que as raparigas não traduzem tão bons resultados quanto os rapazes, sendo a média significativamente mais elevada nas raparigas (34.34) comparativamente aos rapazes (28.74). Estes achados não foram encontrados por Lopes⁷⁶. Relativamente aos valores obtidos na escala, não se denota resultados que possam apresentar perturbação na alimentação, uma vez que se aproximam de valores considerados normais na escala. Através da análise comparativa das respostas obtidas com os dados obtidos por Lopes⁷⁶, o artigo observaram-se diferenças significativas na média com valores inferiores a este estudo, exceto para as questões número 2 (Quão preocupado está com a alimentação da criança); número 6 (como é que a criança se comporta durante a refeição), número 7 (A criança fica nauseada, cospe ou vomita com determinados alimentos), número 11 (Como qualificaria a capacidade de mastigação ou sucção da criança) e número 14 (Como é que a alimentação da criança influencia as relações familiares). Nas restantes questões desta escala a média é muito superior, relativamente aos valores encontrados por Lopes⁷⁶. Estas diferenças podem estar relacionadas com as diferenças substanciais em termos de tamanho de amostra, sendo que a amostra de Lopes⁷⁶ é de n=30 e este estudo é de n=183. Relativamente à escala original de Ramsay, Martel, Porporino e Zygmuntowicz⁷⁵ as respostas têm uma média significativamente inferior nas questões 1 (Como qualificaria a hora da refeição da criança), número 3 (qual o grau de apetite / fome da criança), número 4 (Durante a refeição quando é que a criança inicia a recusa alimentar),

número 8 (A criança retém a comida na sua boca sem a engolir), número 10 (Tem de forçar a criança a comer ou beber), número 12 (Como qualificaria o crescimento da criança), e por último item número 13 (Como é que a alimentação da criança influencia a sua relação com ela).

Pode-se sugerir que comparativamente com este estudo (“Escala de alimentação do Hospital pediátrico de Montreal”: contributo para a validação do instrumento em Portugal Continental), no artigo original os cuidadores das crianças sem perturbação alimentar qualificam a hora da refeição e o grau de apetite de forma mais negativa. Através das questões número 8 e 10 denotou-se dificuldades no momento da alimentação, no entanto é importante não esquecer, que como referido no enquadramento teórico existe uma fase (12-15 meses) em que é natural a criança apresentar uma anorexia fisiológica. Nas questões 12 e 13 observa-se que os cuidadores portugueses qualificam o crescimento da criança como apropriado e a sua relação com a criança de forma positiva, o que não é observado na escala original de Ramsay, Martel, Porporino e Zygmuntowicz⁷⁵.

No que toca à consistência interna dos itens da escala, foi observada uma elevada coerência entre os mesmos, ao ser eliminado algum item, não conduziria a um aumento significativo da consistência interna.

Por fim, no que concerne aos dados obtidos na aplicação do teste reteste, foi possível confirmar a estabilidade da escala EAHPM, indicando existência de uma elevada consistência temporal tal como o ocorrido na escala original.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É do desconhecimento dos encarregados de educação, e ainda de muitos profissionais de saúde e de educação a relação do desadequado desempenho alimentar da criança com o desenvolvimento crânio facial vs motor oral, assim como de ordem nutricional e psicológica.

Desta forma é de fulcral importância dispor de um instrumento validado e estandardizado, que permita o rastreio de forma sistemática e fidedigna do desempenho alimentar da criança desde os seis meses de idade até aos seis anos e onze meses de idade. Constitui assim, um recurso importante para a atuação do terapeuta da fala no âmbito da prevenção e atuação.

Quanto ao envolvimento de profissionais de educação na participação do presente estudo, os educadores e auxiliares de ação educativa estiveram extremamente presentes e participativos, o que é muito positivo uma vez que estes profissionais são elementos chave no contexto educativo da criança com perturbação na alimentação ou como forma de prevenção. Também porque, depreende-se que eles sejam os intervenientes mais pró-ativos no acompanhamento da criança.

Não há estudos neste âmbito sobre o envolvimento de outros profissionais, mas relativamente a outras áreas sabe-se que contrariamente, o médico de família e o médico pediatra, por exemplo, estão pouco envolvidos quando trabalham fora do contexto hospitalar. Desta forma, recomenda-se uma interação efetiva de todos os profissionais, num trabalho de verdadeira equipa. A motivação mostrada por parte dos profissionais de educação e encarregados de educação/cuidadores neste estudo é fundamental para a procura de formação e, por isso, as entidades formadoras com o objetivo de alertar para as dificuldades de alimentação e a importância da deteção precoce para posterior orientação/intervenção.

O terapeuta da fala é o profissional com competências no processo de avaliação e de intervenção das crianças com perturbação alimentar, embora não se sabe exatamente com que grau é feito este envolvimento. Daí surge a recomendação de se efetuarem estudos para ter conhecimento sobre como intervêm os terapeutas da fala nesta área, também se torna num dado importante, não só para a investigação mas também para a formação deste mesmo profissional.

Durante a aplicação da escala, foi possível verificar que algumas questões / itens suscitaram algumas dúvidas, mesmo após serem dadas as instruções. A escala de Likert não apresenta uma resposta fiável por parte dos cuidadores suscitando dúvidas, sendo a margem de 1 a 7 ser muito abrangente. Desta forma, considera-se uma limitação ao estudo, ficando em proposta para estudos futuros.

O material bibliográfico encontrado foi abrangente principalmente na área de pediatria, por isso houve dificuldade em sintetizá-lo, relatando apenas o “básico” e o mais importante para a área da terapia da fala. É importante reconhecer o terapeuta da fala como um profissional que apresenta uma estreita relação com a forma de alimentação, principalmente aquele que atua em motricidade orofacial, devendo portanto atuar de forma preventiva e multidisciplinar.

9. REFERÊNCIAS

1. **Drent, L.V. e Pinto, E.A.L.** Problemas de Alimentação em crianças com doença de Refluxo Gastro Esofágico. 2007; 19 (1)
2. **Arvedson, J.C.** Evaluation of Children with Feeding and Swallowin Problems. Language, Speech and Hearning Services in Schools. 2000; (31)
3. **Machado, F.P.** Problemas de linguagem fala e deglutição. São Paulo : Pontificia Universidade Catolica de São Paulo, 2007
4. **hunt, C. e Rudolf, M.** Tackling childhood obesity with henry leeds. U.K. : Unite/Community Practitioners' and Health Visitors' Association, 2008
5. **Rudolf, M.** Tackling obesity through the healthy child programme: a framework for action. 2009
6. **Stevenson, R.D. e Allaire, J.H.** The development of normal feeding and Swallowing. s.l. : Pediatric Clinic North. 1991; (38): 1439-53
7. **Organization, word health.** Infant and young child feeding. 2009 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf.
8. **J.M., Hawdon, Beauregard, N. e Kennedy, G.** Indentification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. s.l. : Developmental Medicine & Child Neurology, 2000 (42)
9. **Barbosa T.C. & Schonberger, M.** A importância do aleitamento materno no desenvolvimento da motricidade oral: Tópicos em fonoaudiologia, Lovise. 1996 (3)
10. **Neiva, F.C.B. Leone, C.R.** Sucção em recém nascidos pré termo e estimulação da sucção. Revista de atualização científica. Brueri (SP) 2006 (18)
11. **Cerro, N & Cols:** Eating behavior of children 1.5 - 3.5 Years born preten: parent´s perceptions. J. Pediatr Child Health. 1, 2002 (38)
12. **Winslow.** The practical management of Eating Drinking difficulties in children. Estados Unidos.1994
13. Feeding impairments in Children. Gisel, E.G., Birnbaum, R e Schwarts, S. diagnosis and effective intervention. J orofacial Myology, 1998 (24)
14. An international conference on healyh promotion. The move towards a new public health. promotion, OMS - Ottawa charter for. Otava: Canada : s.n., 1986.
15. **Bresolin, A. M., Issler, H. e Bricks, L.F.** Higiene alimentar. In: Lins, L. Pediatria em consultório. Savier, 1998
16. **Bersolin, A. M. B.** Recusa alimentar: abordagem ambulatorial. s.l. : J. Pediatric, 1987 (9)

17. **Spolodoro, J.V. e Muller, D.P.** Alimentação no primeiro ano de vida. Revista brasileira de nutrição clinica. 2001 (16)
18. **Gomes, I. Proença, M Limongi, S.** Avaliação e terapia da motricidade oral. In: Temas de fonoaudiologia. S.P : Loyola, 1994
19. **Proença, M.G.** Sistema sensorio motor oral - Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria. S.P. : Sarvier, 1994
20. **Limonge, S.C.O.** Considerações sobre a importância dos Aspectos morfo fisiologicos e emocionais no desenvolvimento e profilaxia dos OFA. M.C, Lacerda E.T. Cunha. Sistema sensorio motor oral: prespectivas de avaliação e terapia. Sao Paulo : Educ. 1987
21. **Arvedson, J.C. & Brodsky, L.** Pediatric Swallowing and Feeding. Assessment and Management. San Diego, California : Singular Publishing. 1993
22. **Gaglianone, C.P.** Alimentação no segundo ano de vida, pré-escola e escolar. Lopez. Nutrição e dietética em clinica pediátrica. s.l. : Atheneu S.P., 2003
23. **Euclides, M. P.** Bases fisiológicas para a alimentação e nutrição de latentes. Nutrição do latente: Base científica para uma alimentação adequada. Viçosa: Suprema, 2000
24. **Peres, E.** Alimentos e alimentação. Porto : Artes Graficas, 1992
25. **Belliot, M.D. Cachia, H. Machinot, S.** Dietetique infantile. Paris : Masson, 1986
26. **Scaaf, R.C. & Nightlinger, K.M.** Occupational Therapy using a sensory integrative approach. A case study of effectiveness. , s.l. : The american journal of occupational therapy, 2007 (61)
27. **Morris, S. & Wilson, J.** Oral motor function and dysfunction in children . North Carolina, 1997
28. **Crelin, E.** Anatomia do recém nascido. Cavidade oral e língua. Panamericana, 1988
29. **Douglas.C.R.** Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde. Conceitos gerais sobre fisiologia bucal. Robe Editorial, 1994
30. **Boni., V. Degan & R.** Hábitos de Sucção: chupeta e mamadeira. V. Degan. Tipos de sucção. São José dos Campos. Pulso Editorial. 2004
31. **Berwig, L. et al.** Alterações no modo respiratório, na oclusão e na fala em escolares: ocorrências e relações. Revista CEFAC, 2010, Vols. (12): 795-802
32. **P.G, Meyer. s.l.** Tongue lip and jaw differentiation and its relationship to orofacial myofunctional treatment : journal orofacial myology, 2000 (26)
33. **Giugliani, Gomes, C.** jornal of pediatric. Complementary of pediatrics, 2000 (76)
34. **Guerra, A., et al.** Revista de medicina da criança e do adolescente. Alimentação e nutrição no latente. Ata Pediatrica Portuguesa, 2012 (13)

- 35. Sheppard, J.J e Mysak, E.D.** Ontogeny of infantile oral reflexes and emerging chewing. Child develop. 1984 (55)
- 36. Illingworth, R.S. and Lister, J.** The critical or sensitive period, with special reference to certain feeding problems in infants and children. journal Pediatric. 1964 (65)
- 37. Northstone, K., Emmett, P. e Nethersole, F.** The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. Journal of Hum Nutr Diet, 2001 (14)
- 38. Wharton, B.** Patterns of complementary feeding (weaning) in countries of the European Union: Topics for research . Pediatrics, 2000
- 39. Neves, E. e Breda, J.** Direção Geral da Saúde. Manual para uma alimentação saudável em jardim de infância. s.l. : Europress, Lda.
- 40. Ayres, A.J.** Sensory integration and the child 4ªEd. Los Angeles : Western Psychological Services, 2005
- 41. Berk, R.A. & De Gangi, G.A.** Berk Test of Sensory integration manual . los angeles : WPS, 1994
- 42. Kranowitz, C.** The out of sync Child. New York : Perigree books, 1998.
- 43. Williamson, G. Anzalone, M. Hanft, B.** Assessment of sensory processing, praxis, and motor performance. Clinic practice guidelines, 2000.
- 44. Eliot, L.** What's going on in there? How the brain and mind develop in the first five years of life. EUA : Bantam Books, 2000
- 45. Cheatum, B.A. & Hammond, A.A.** Physical Activities for Improving Children's Learning and Behaviors- A guide to sensory motor development. Champaign : Human Kinetics, 2000
- 46. Kare, M. R. e Beauchamp, G.K.** The role of taste in the infant diet. s.l. : J. Clinic Nutr, 1985 (41)
- 47. Merrell, J.A., Jagnow, C.P. e Beauchamp, G.K.** Prenatal and preschooler's food neophobia and its associations with food preferences. J.Nutr. Educ. Behav., 2008 (40)
- 48. Netto, C.R.S.** Gosto, olfato, tato e temperatura. Fisiologia e fisiopatologia. s.l. : Funpec , 2007
- 49. Stern, D.N.** The motherhood constellation. A unified view of parent infant psycho therapy. N.Y. : Basic, 1995
- 50. Hobson, P.** The Cradle of thought . London : Macmillan, 2002
- 51. Dunn, W. & Debra, B.** The occupational journal of research. Development of the infant. Toddler sensory profile. 2000 (20)

- 52. Coll, J.R. e Miller, L.J. & Scoen, S.A.** A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *The American Journal of occupational therapy*. 2007 (61)
- 53. Miller, L.J.** Sensational kids - Hope and help for children with sensory processing disorder. New York : Perigee, 2006
- 54. Anzalone, M.E. & Williamson, G.G.** Sensory integration and self - regulation in infants and toddlers: Helping very young children interact with their environment . Washington, D.C. : Zero to three, 2001
- 55. Kranowitz, C.S.** The out of sync child: Recognizing and coping with sensory processing disorder. Londres : Penguin Group Ltd , 2005
- 56. O'Brien J. & Smith, J.** Occupational therapy for children 6ªEd. St. Louis : Mosby, 2010
- 57. Hopkins, H.L.&Smith, H.D.** Willard & Spackman's Occupational Therapy 8ªEd. Philadelphia:J.B. Lippincott Co. 1993.
- 58. Hungria, H.** Otorrinolaringologia. 8ª ed. s.l. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2000
- 59. Arvedson, J.C.** Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management. J.C. & Brodsky, L. Arvedson. Oral motor and feeding assessment. San Diego, CA : Singular, 1993
- 60. Wolf, L.S. & Glass, R. P.** Feeding and swallowing disorders in infancy: assessment and management. . Tucson, AZ : Therapy 20Arvedson, J. Evaluation of children with feeding and swallowing problems. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2000, Vol. 31 (1), pp. 28-41.
- 61. Linscheid, T.** Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Behavior Modification*. 2006, Vol. 30 (1), pp. 6-23.
- 62. Arvedson, J.** Evaluation of children with feeding and swallowing problems. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2000, Vol. 31 (1), pp. 28-41.
- 63. Arvedson, J. Brodsky L.** Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management. Estados Unidos da América : Singular, 2001.
- 64. Monte, C.M. e Giugliani, ER.** Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal Pediátrico (RJ)*. 2004.
- 65. Dunn, W.** The Sensory Profile. Estados Unidos da América : Therapy Skill Builders, 1999.
- 66. Boshart, C.** Oral-motor analysis and remediation techniques. Estados Unidos da América : Speech Dynamics, 1998.
- 67. 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.

- 68. 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.
- 69. 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.
- 70. 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.
- 71. 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.
- 72. 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.
- 73. 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.
- 74. Nadon, G.** Le profil alimentaire des enfants présentant un trouble envahissant du développement: un lien avec l'âge et les skill builders, 1992
- 75. 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 (16)
- 76. Lopes AC, Guimarães I, Afonso C.** Montreal Children's Hospital Feeding scale: Tradução e contribuição para a validação em português europeu. *Revista Portuguesa de Terapia da Fala (APTF)*, 2015 (3)
- 77. Furkin, M.F.** Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Lusodidactica*, 2009
- 78. INE.** Estatísticas demográficas. 2007, INE, I.P.2008
- 79. Maroco, J.** Análise Estatística com o SPSS Statistics: 6º Ed. Report Number, Lda, 2014
- 80. Crist, W., & Napier-Phillips, A.** (2001). Mealtime behaviors of young children: A comparison of normative and clinical data. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(5), 279-286.
- 81. Fiese, B. H., Hammons, A., & Grigsby-Toussaint, D.** (2012). Family mealtimes: A contextual approach to understanding childhood obesity. *Economics and Human Biology*, 10, 365-374.

- 82.** DeMauro S, Patel P, Medoff-Cooper B, Posencheg M, Abbasi S. Postdischarge feeding patterns in early and late-preterm infants. *Clinical Pediatrics*. 2011: p. 957-62.
- 83.** Samara M, Johnson S, Lamberts K, Marlow N, Wolke D. Eating problems at age 6 years in a whole population sample of extremely preterm children. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2010: p. 16-22.
- 84.** Torola H, Lehtihalmes M, Yliherva A, Olsén P. Feeding skill milestones of preterm infants born with extremely low birth weight (ELBW). *Infant Behavior and Development*. 2012: p. 187-

10.APÊNDICES

APÊNDICE I – Ficha de caracterização sociodemográfica

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? _____

Teve treino de Sucção Nutritiva? S N

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?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perturbação da alimentação | <input type="checkbox"/> Perturbação do neurodesenvolvimento |
| <input type="checkbox"/> Hiperatividade e Défice de Atenção | <input type="checkbox"/> Perturbação da saúde mental |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perturbação da alimentação | <input type="checkbox"/> Perturbação do neurodesenvolvimento |
| <input type="checkbox"/> Hiperatividade e Défice de Atenção | <input type="checkbox"/> Perturbação da saúde mental |
| <input type="checkbox"/> Perturbação sensorial | |

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

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Avó | <input type="checkbox"/> Avô | <input type="checkbox"/> Ama |
| <input type="checkbox"/> Educadora de Infância | <input type="checkbox"/> Auxiliar de ação educativa | <input type="checkbox"/> Empregada | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

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

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Avó | <input type="checkbox"/> Avô | <input type="checkbox"/> Ama |
| <input type="checkbox"/> Educadora de Infância | <input type="checkbox"/> Auxiliar de ação educativa | <input type="checkbox"/> Empregada | <input type="checkbox"/> 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 – Declaração de consentimento livre e informado

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. Além 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.

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

Participe voluntariamente neste estudo.

Não participe neste estudo.

Data: ___/___/2015

Assinatura do indivíduo: _____

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

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>Comporta-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>

APÊNDICE IV – Documento de informação ao indivíduo

Título do projeto: Contribuição para a validação da “Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal (EAHPM)”

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

Autor: Marta Santos, Terapeuta da Fala com a Cédula Profissional nº C- 044037171

Sob a orientação de: Doutoranda Terapeuta da Fala Ana Marques

Objetivo da Investigação

O principal objetivo deste estudo é 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.

Responsável pelo estudo:

Terapeuta da Fala Marta Mendes Ventura dos Santos

TELEFONE: 919710704

E-MAIL: martavsantos@hotmail.com

Orientador: Doutoranda Terapeuta da Fala Ana Marques

TELEFONE: 965136996

E-MAIL: anamarquestf@gmail.com

APÊNDICE V – Pedidos de colaboração no estudo às instituições

Marta Santos
Rua da Tomadilha nº 24 Casais
2725-502 Mem Martins
Telemóvel: 919710704
Correio eletrónico: martavsantos@hotmail.com

Dim Dam Dum
Avenida da Bela Vista, n.º14/14A
2725 Mem-Martins, Sintra

Exma. diretora do JI Dim Dam Dum
Sintra, 10 de Outubro de 2014

Assunto: Pedido de autorização para a colaboração de uma Terapeuta da Fala na instituição supra citada, para a aplicação de uma escala "*Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal*", relativo ao trabalho de investigação que está a realizar "Contributo para a validação da Escala de alimentação do hospital pediátrico Montreal".

O meu nome é Marta Santos, sou Terapeuta da Fala com a Cédula profissional nº. C-044037171. Sou aluna do Mestrado de Terapia da fala na área de especialização em Motricidade Orofacial e Deglutição, na Escola Superior de Saúde do Alcoitão/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Estou a desenvolver um trabalho de investigação que pretende dar um contributo para a validação da "Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal".

O presente projeto de investigação tem como objetivo contribuir para a validação da mencionada escala para que possa ajudar os profissionais de saúde a identificar e diagnosticar perturbações da alimentação, com base sensorial.

A amostra contemplará crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 6 anos e 11 meses, que frequentam o vosso estabelecimento de ensino.

Será realizado um consentimento informado: autorização dos pais após explicação do objectivo do estudo, assim como o preenchimento de uma ficha de caracterização socio demográfica, documento elaborado para a recolha do historial da família e da criança. Posteriormente será aplicada a escala aos cuidadores, no estabelecimento de ensino. O tempo médio previsto de aplicação é de 15 minutos para cada cuidador.

Estes registos serão arquivados na Escola Superior de Saúde do Alcoitão (instituição que aprova cientificamente este estudo), estando a sua consulta reservada aos membros da equipa de

investigação do projeto. O nome do sujeito é confidencial, pelo que não será divulgado em apresentações ou publicações resultantes deste estudo.

Pelo acima exposto, venho por este meio pedir a sua autorização para 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.

Peço e aguardo deferimento, para poder então prosseguir com o trabalho de investigação

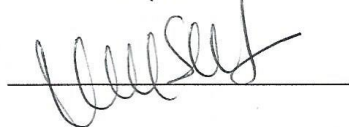
Considerando a pertinência da proposta que apresento agradeço desde já a atenção dispensada.

Atenciosamente,


Com os melhores cumprimentos,

DIMDAMDUM, UNIPessoal, LDA.
NIF.: 506 49 527

A terapeuta da Fala



Marta Mendes Ventura dos Santos

 ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO
SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Marta Santos
Rua da Tomadilha nº 24 Casais
2725-502 Mem Martins
Telemóvel: 919710704
Correio eletrónico: martavsantos@hotmail.com

Exmo. diretor da Escola do Povo
Sintra, 15 de dezembro de 2014

Assunto: Pedido de autorização para a colaboração de uma Terapeuta da Fala na instituição supra citada, para a aplicação de uma escala "*Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal*", relativo ao trabalho de investigação que está a realizar "Contributo para a validação da Escala de alimentação do hospital pediátrico Montreal".

O meu nome é Marta Santos, sou Terapeuta da Fala com a Cédula profissional nº. C-044037171. Sou aluna do Mestrado de Terapia da fala na área de especialização em Motricidade Orofacial e Deglutição, na Escola Superior de Saúde do Alcoitão/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Estou a desenvolver um trabalho de investigação que pretende dar um contributo para a validação da "Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal".

O presente projeto de investigação tem como objetivo contribuir para a validação da mencionada escala para que possa ajudar os profissionais de saúde a identificar e diagnosticar perturbações da alimentação, com base sensorial.

A amostra contemplará crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 6 anos e 11 meses, que frequentam o vosso estabelecimento de ensino.

Será realizado um consentimento informado: autorização dos pais após explicação do objectivo do estudo, assim como o preenchimento de uma ficha de caracterização socio demográfica, documento elaborado para a recolha do historial da família e da criança. Posteriormente será aplicada a escala aos cuidadores, no estabelecimento de ensino. O tempo médio previsto de aplicação é de 15 minutos para cada cuidador.

Estes registos serão arquivados na Escola Superior de Saúde do Alcoitão (instituição que aprova cientificamente este estudo), estando a sua consulta reservada aos membros da equipa de

investigação do projeto. O nome do sujeito é confidencial, pelo que não será divulgado em apresentações ou publicações resultantes deste estudo.

Pelo acima exposto, venho por este meio pedir a sua autorização para 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.

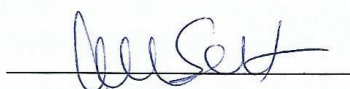
Peço e aguardo deferimento, para poder então prosseguir com o trabalho de investigação

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

Atenciosamente,

Com os melhores cumprimentos,

A terapeuta da Fala



Marta Mendes Ventura dos Santos

Aceto


INFANTÁRIO DO POVO
Rua do Infantário do Povo, n.º 171 A 7 IB
2745-792/Massamá
Telef. 21 437 80 50



Jardim de Infância
da

Escola do Povo das Mercês
Instituição Particular de Solidariedade Social
Av. da Bela Vista - Mercês
Tel: 21 921 77 46 Fax: 21 9211660

Mercês, 29 de Outubro de 2014

Exma. Terapeuta da Fala Sr.^a Dr. Marta Santos:

O Jardim de Infância "Escola do Povo das Mercês", Instituição Particular de Solidariedade Social, vem por este meio deferir a autorização para a recolha de dados no trabalho de investigação referentes aos hábitos alimentares das crianças que frequentam esta Instituição.

Sem outro assunto de momento, com os nossos cordiais cumprimentos.

Atenciosamente

A Direcção


Maria Manuela Lança

JARDIM DE INFÂNCIA
da Escola do Povo das Mercês
Instituição Particular de Solidariedade Social
Avenida da Bela Vista - MERCÊS
4855-430 RIO DE MOURO
Tel: 21 921 77 46 Fax: 21 926 93 42
Contribuinte: N.º 504 225 284

Marta Santos
Rua da Tomadilha nº 24 Casais
2725-502 Mem Martins
Telemóvel: 919710704
Correio eletrónico: martavsantos@hotmail.com

Creche Infantil e ATL Pequena Semente
Rua Domingos da Cunha, nº4 loja 2 Torres
de Mem Martins

Exma. diretora da Escola do Povo das Mercês
Sintra, 10 de Outubro de 2014

Assunto: Pedido de autorização para a colaboração de uma Terapeuta da Fala na instituição supra citada, para a aplicação de uma escala "Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal", relativo ao trabalho de investigação que está a realizar " Contributo para a validação da Escala de alimentação do hospital pediátrico Montreal".

O meu nome é Marta Santos, sou Terapeuta da Fala com a Cédula profissional nº. C-044037171. Sou aluna do Mestrado de Terapia da fala na área de especialização em Motricidade Orofacial e Deglutição, na Escola Superior de Saúde do Alcoitão/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Estou a desenvolver um trabalho de investigação que pretende dar um contributo para a validação da "Escala de alimentação do hospital pediátrico de Montreal".

O presente projeto de investigação tem como objetivo contribuir para a validação da mencionada escala para que possa ajudar os profissionais de saúde a identificar e diagnosticar perturbações da alimentação, com base sensorial.

A amostra contemplará crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 6 anos e 11 meses, que frequentam o vosso estabelecimento de ensino.

Será realizado um consentimento informado: autorização dos pais após explicação do objectivo do estudo, assim como o preenchimento de uma ficha de caracterização socio demográfica, documento elaborado para a recolha do historial da família e da criança. Posteriormente será aplicada a escala aos cuidadores, no estabelecimento de ensino. O tempo médio previsto de aplicação é de 15 minutos para cada cuidador.

Estes registos serão arquivados na Escola Superior de Saúde do Alcoitão (instituição que aprova cientificamente este estudo), estando a sua consulta reservada aos membros da equipa de

investigação do projeto. O nome do sujeito é confidencial, pelo que não será divulgado em apresentações ou publicações resultantes deste estudo.

Pelo acima exposto, venho por este meio pedir a sua autorização para 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.

Anexo uma cópia do pré-projeto acima citado.

Peço e aguardo deferimento, para poder então prosseguir com o trabalho de investigação

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

Atenciosamente,

Com os melhores cumprimentos,

A terapeuta da Fala

Marta Mendes Ventura Santos

Marta Mendes Ventura dos Santos

 19/01/15

10.ANEXOS

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Defaultmodel	47	248,522	72	,000	3,452
Saturatedmodel	119	,000	0		
Independence model	28	1680,832	91	,000	18,471

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,852	,813	,890	,860	,889
Saturatedmodel	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Defaultmodel	,791	,674	,703
Saturatedmodel	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Defaultmodel	176,522	132,311	228,331
Saturatedmodel	,000	,000	,000
Independence model	1589,832	1460,449	1726,603

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Defaultmodel	1,366	,970	,727	1,255
Saturatedmodel	,000	,000	,000	,000
Independence model	9,235	8,735	8,024	9,487

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Defaultmodel	,116	,100	,132	,000
Independence model	,310	,297	,323	,000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Defaultmodel	342,522	350,965		
Saturatedmodel	238,000	259,377		
Independence model	1736,832	1741,862		

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Defaultmodel	1,882	1,639	2,167	1,928
Saturatedmodel	1,308	1,308	1,308	1,425
Independence model	9,543	8,832	10,295	9,571

HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Defaultmodel	68	76
Independence model	13	14