Carla Alexandra Pereira de Medeiro Graça

Instrumento de avaliação alimentar pediátrica (PediEAT): contributo para a validação da população portuguesa em crianças dos 6 meses aos 3 anos de idade

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

Orientador: Professora Doutora Cláudia Regina Pereira Quaresma

Coorientador: Mestre Ana Isabel Xavier Ferreira

Abril,2023

Carla Alexandra Pereira de Medeiro Graça

Instrumento de avaliação alimentar pediátrica (PediEAT): contributo para a validação da população portuguesa em crianças dos 6 meses aos 3 anos de idade

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

Orientador: Professora Doutora Cláudia Regina Pereira Quaresma

Coorientador: Mestre Ana Isabel Xavier Ferreira

Júri:
Presidente: Professora Doutora Élia Maria Carvalho Pinheiro da Silva Pinto

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais:

Abril, 2023

Resumo

A alimentação é fundamental para a sobrevivência humana, no entanto, crianças com desenvolvimento típico podem apresentar dificuldades alimentares. Os terapeutas ocupacionais pediátricos estão preocupados com as disfunções alimentares em crianças. O instrumento de avaliação alimentar pediátrica PediEAT permite identificar sintomas observáveis pelos pais/cuidadores de problemas de alimentação e é destinada a crianças entre 6 meses e 7 anos de idade.

Este estudo tem como objetivo contribuir para a construção de uma base de dados normativa e avaliar as propriedades psicométricas do PediEAT para verificar se a estrutura fatorial da versão original é adequada para a população portuguesa, aplicando a versão adaptada para a população portuguesa. A amostra consiste em 202 pais de crianças com um desenvolvimento normal entre os 6 meses e os 3 anos de idade.

O Teste de Alpha de Cronbach, foi utilizado para avaliar a fidelidade do instrumento e a análise fatorial confirmatória foi usada para verificar a validade.

O instrumento apresentou boa consistência interna com valores de (Alpha=0,897). No entanto a validade de construto, não foi confirmada para a população portuguesa de acordo com as medidas de ajustamento obtidas.

Conclui-se que o instrumento PediEAT pode ser utilizado para avaliar sintomas de alimentação problemática em crianças na prática clínica do terapeuta ocupacional, devido às suas qualidades psicométricas, embora sejam necessárias adaptações para a população portuguesa.

Palavras-chave: Disfunção alimentar, propriedades psicométricas, avaliação, PediEAT.

Abstract

Food is fundamental for human survival, however, children with typical development may have feeding difficulties. Pediatric occupational therapists are concerned about eating disorders in children. The PediEAT pediatric food assessment instrument allows identifying symptoms observed by parents/caregivers of feeding problems and is intended for children between 6 months and 7 years of age.

This study aims to contribute to the construction of a normative database and to evaluate the psychometric properties of the PediEAT to verify whether the factorial structure of the original version is adequate for the Portuguese population, applying the adapted version for the Portuguese population. The sample consists of 202 parents of children with normal development between 6 months and 3 years of age.

The Cronbach's Alpha Test was used to assess the instrument's fidelity and the confirmatory factor analysis was used to verify the validity.

The instrument showed good internal consistency with values of (Alpha=0.897). However, the construct validity was not confirmed for the Portuguese population according to the adjustment measures obtained.

It is concluded that the PediEAT instrument can be used to assess symptoms of problematic eating in children in the clinical practice of occupational therapists, due to its psychometric qualities, although adaptations are necessary for the Portuguese population.

Key words: Eating disorder, psychometric properties, assessment, PediEAT.

Introdução

É amplamente conhecido que os distúrbios alimentares são frequentes na primeira Infância (Estrem, *et al*., 2017). O processo de alimentação é uma atividade complexa que exige uma interação coordenada entre o sistema nervoso central e periférico, o mecanismo orofaríngeo, o sistema cardiopulmonar e o trato gastrointestinal, alem do suporte das estruturas craniofaciais e musculoesqueléticas. Essa coordenação integrada requer habilidades e aquisições especificas que variam de acordo com o estágio de desenvolvimento fisiológico da criança, qualquer interrupção em um desses sistemas pode resultar num distúrbio alimentar (Goday, *et al*., 2019). Além disso as relações estabelecidas entre o cuidador e a criança podem afetar a aceitação alimentar, o estado nutricional, o crescimento e a maneira como a criança se relaciona com os alimentos (Ramos, *et al.*, 2017). Adicionalmente, existe a possibilidade de as crianças apresentarem dificuldades durante as diferentes fases da alimentação, como na amamentação e na transição para alimentos sólidos, que podem estar relacionados a disfunções no processamento sensorial (Marcus & Breton, 2013).

Durante os primeiros anos de vida a criança irá passar por mudanças anatómicas e por diferentes fases de aquisição de competências da motricidade oral. As estruturas orais e faríngeas estão concebidas para facilitar a alimentação por via oral nos primeiros meses de vida (Delaney & Arvedson, 2008). A sucção é o primeiro padrão utilizado pelos recém-nascidos até aos 6 meses de idade, e consiste em movimentos da língua para frente e para trás à medida que o líquido é puxado para dentro da boca por meio de uma ação rítmica (Marcus & Breton, 2013). Nesta fase de desenvolvimento é importante evitar uma introdução demasiado precoce de alimentos a fim de não comprometer o desenvolvimento das estruturas estáticas e dinâmicas que compõem o sistema estomatognático, responsável pelas funções de sucção, respiração, deglutição, fala e mastigação (Melo, *et al.*, 2021).

Segundo o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o momento mais adequado para iniciar a diversidade alimentar deve ser a partir dos 6 meses de idade (World Health Oraganization, 2023).

Entre os 6 e os 12 meses ocorre a introdução de alimentos semissólidos e sólidos, momento em que surgem fortes movimentos da língua e mastigação para cima e para baixo, progredindo posteriormente para alguns movimentos diagonais da mandíbula (7-8 meses). Nessa fase também há desenvolvimento da lateralização da língua (12 meses). Entre os 6 e 8 meses, a postura de sentada é aprimorada com o controlo do tronco e da cabeça, o que resulta em uma melhor coordenação manual e ocular, permitindo que a criança beba de um copo, explore as propriedades sensoriais dos alimentos e leve o alimento à boca com uma preensão palmar. Aos 10 - 12 meses a

criança já apresenta competências para agarrar os alimentos com a mão e em pinça, levando-os à boca. É também aos 12 meses que os movimentos rotatórios da mandíbula começam a aparecer, possibilitando à criança transferir e mastigar o alimento num dos lados da boca. Simultaneamente os lábios e as bochechas tornam-se mais ativos para manter o alimento nas superfícies de mordida dos dentes. A mastigação coordenada é iniciada nesta faixa etária e continua a madurecer até aos 3 anos de idade (Marcus & Breton, 2013) . Entre os 12 e 24 meses, observa-se um padrão mais maduro durante a alimentação, em que a criança utiliza a colher para se alimentar, os movimentos verticais da língua usados para transferir o bolo alimentar de volta para a boca ocorrem independentemente dos movimentos da mandibula e a língua move-se de um lado ao outro cruzando a linha média. A criança tolera uma variedade de texturas de alimentos e já come, tal como os adultos, os alimentos cortados em pequenos pedaços (Stevenson & Allaire, 1991).

É na primeira infância que os bebés e crianças experimentam novos alimentos, novos sabores e novas texturas. A maioria consegue adaptar-se e desenvolver as competências necessárias para a alimentação oral à medida que as transições ocorrem e outras revelam ter mais dificuldade em serem eficazes nas experiências alimentares desde o nascimento, tendo que se esforçar para aceitar uma variedade de sabores e texturas (Thoyre & Shaker, 2005).

As crianças com um desenvolvimento típico, podem apresentar algumas dificuldades alimentares. Segundo Pados, *et al*., (2018) considera-se que uma criança apresenta problemas na alimentação quando esta não consegue ou não quer comer e/ou beber uma quantidade suficiente ou uma variedade de alimentos apropriados à sua idade para assegurar um bom crescimento e desenvolvimento.

Arvedson (2018) e Stoner, *et al.,* (2006) referem que os comportamentos derivados dos problemas alimentares, manifestam-se de diferentes formas, nomeadamente, por recusa de alimentos específicos ou de todos os alimentos, por engasgos durante as refeições, por evitamento de determinadas texturas de alimentos ou pela insistência para que um alimento seja oferecido de uma determinada maneira, tornando-se um desafio para as crianças, famílias e seus cuidadores. Estes comportamentos expressos pelas crianças vão refletir-se nas interações entre as propriedades intrínsecas da mesma, no ambiente e nas dimensões da própria tarefa (Thelen & Smith, 1994). Outros autores Williams, *et al*., (2009) afirmam que os comportamentos problemáticos se repetem ao longo do tempo e podem tornar –se enraizados e difíceis de alterar. Estes problemas de alimentação vão ter um efeito negativo no desenvolvimento social, emocional, físico e cognitivo da criança e no seio familiar (Gulsen, et a*l.*, 2007). Assim a avaliação sistemática das competências alimentares é fundamental para a identificação e tratamento precoce de bebés e crianças pequenas. Sendo que os primeiros dois anos de vida são considerados um período de plasticidade cerebral

ideal para crianças com desenvolvimento típico, uma vez que, as crianças neste período têm um maior potencial de aprendizagem e são mais flexíveis na aquisição de competências do que quando são mais velhas (Cai, *et al*., 2014).

Com o intuito de prevenir o desenvolvimento de problemas crónicos de alimentação é de extrema importância identificar precocemente as crianças com dificuldades alimentares e implementar um plano de intervenção no período de maior plasticidade cerebral (Park, *et al.*, 2019). Aumentando assim a probabilidade de sucesso.

Uma avaliação adequada dos sintomas de problemas alimentares é fundamental para determinar o encaminhamento, tratamento e monitorização do mesmo.

Considerando que a alimentação é uma atividade vital para a sobrevivência humana e desempenha um papel crucial no crescimento e desenvolvimento, as disfunções alimentares são uma importante área de intervenção dos Terapeutas Ocupacionais Pediátricos (Cox, *et al.*, 2007). Assim a relevância deste estudo reside no facto de haver escassez de instrumentos de avaliação validados para população portuguesa, na área da alimentação que possam ser utilizados na prática da Terapia Ocupacional. Neste âmbito o instrumento Pediatric Eating Assessement Tool PediEAT, poderá ser uma mais-valia na prática dos Terapeutas Ocupacionais que se encontrem a trabalhar na área da Pediatria com crianças que apresentem dificuldades na alimentação, de forma a serem estabelecidos objetivos terapêuticos mais adequados para assim se obterem resultados mensuráveis**.**

O instrumento *Pediatric Eating Assessement Tool (PediEAT)*, foi desenvolvido para avaliar os sintomas de problemas de alimentação (Thoyre, *et al*., 2018). Mede a frequência ou gravidade dos sintomas numa escala que classifica as ocorrências entre o sempre (a criança apresenta sempre um sintoma) e o nunca (a criança nunca apresenta um sintoma) (Pados, *et al*., 2018) . É uma avaliação válida e confiável mencionada pelos cuidadores acerca dos sintomas de alimentação problemática em crianças pequenas dos 6 meses aos 7 anos de idade. Thoyre, *et al*. (2018) no estudo *Development Content, Validation of the Pediatric Eating Assessment Tool (Pedi-EAT)*, concluíram que o PediEat foi desenvolvido dentro da estrutura da teoria dos sistemas dinâmicos, anteriormente mencionada, utilizando um processo sistemático de desenvolvimento e validação de instrumentos. Um dos pontos fortes deste instrumento é o facto de ser preenchido pelos cuidadores, pois são estes que interagem com os seus filhos em diferentes ambientes e em vários momentos do dia, qualificando-os para mencionarem os comportamentos típicos dos seus filhos. Os autores consideram que este instrumento poderá ser a primeira avaliação de comportamentos alimentares problemáticos em crianças que integrou uma abordagem quantitativa e sistemática para a validação

de conteúdo por especialistas, assim como uma abordagem qualitativa e sistemática para avaliar a validade de conteúdo com os cuidadores.

Em 2018 Thoyre, *et al*., com o objetivo de identificar a estrutura fatorial do PediEAT e estudar as suas propriedades psicométricas, nomeadamente a confiabilidade (consistência interna), a estabilidade temporal e a validade de constructo, realizaram um estudo com 567 pais de crianças de 6 meses a 7 anos, dos quais cinquenta e quatro por cento mencionaram um problema de alimentação diagnosticado ou preocupações com a alimentação. A técnica de análise fatorial exploratória foi utilizada para remover os itens redundantes ou não endossados e identificar a estrutura fatorial do instrumento. A validade de constructo foi avaliada com 466 pais que preencheram o Mealtime Behavior Questionnaire como critério padrão e a validação de grupos conhecidos foi utilizada para comparar os scores do PediEAT entre crianças com e sem problemas de alimentação diagnosticados. A estabilidade temporal do PediEAT foi testada tendo sido novamente aplicado o PediEAT após duas semanas.

Através da análise fatorial de componentes principais com rotação varimax suportou um modelo de 4 fatores representando 39,4% da variância total. As 4 subescalas (Sintomas Fisiológicos, Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições, Alimentação Seletiva/Restritiva e Processamento Oral) demonstraram consistências internas aceitáveis (respetivamente alfas de coeficiente: 0,92; 0,91; 0,83 e 0,83) a validade de constructo foi suportada de duas maneiras, nomeadamnete, o PediEAT correlacionou-se com o Mealtime Behavior Questionnaire ($r=0,77$, $P<0,001$) e a pontuação total e as pontuações das subescalas foram significativamente diferentes entre crianças com e sem diagnóstico de problemas de alimentação ($p<0,001$). A estabilidade temporal foi demonstrada através da confiabilidade teste-reteste ($r= 0,95$, $P <0,001$). Desta forma os autores supramencionados concluíram que o PediEAT contem propriedades psicométricas fortes que suportam o seu uso na prática clínica e na investigação.

Pados, *et al*., (2018) procederam ao estudo *Age-based norm-reference values for the Pediatric Eating Assessent Tool),* com o objetivo de determinar os valores normativos de referencia com base na idade para o PediEAT, no sentido de orientar a interpretação dos scores do instrumento e da tomada de decisões clínicas. Para tal, a amostra foi de 1100 crianças saudáveis dos Estados Unidos, tendo a mesma permitido fornecer ao presente estudo, valores de referência com base na idade para a subescala PediEAT, os padrões observados na subescala do instrumento e os scores totais seguiram trajetórias esperadas das crianças com um desenvolvimento tipico e da introdução de alimentos cada vez mais complexos nos primeiros anos de vida. Os resultados obtidos neste estudo permitiram a identificação precoce de crianças com problemas alimentares, resultados estes, que podem ser usados para orientar na interpretação da pontuação do PediEAT com o

propósito de serem tomadas decisões clínicas sobre o encaminhamento especializado na área da alimentação.

Em Portugal Guedes (2019) procedeu à adaptação cultural da versão em português do PediEAT e analisou as propriedades psicométricas do instrumento em crianças dos 6 meses a 7 anos de idade para identificar problemas alimentares. A confiabilidade da consistência interna do PediEAT, apresentou valores de alpha de Cronbach´s de (a=0,852) revelando uma excelente consistência interna, cujos resultados se aproximam da consistência da versão do original. Os scores totais e os scores das subescalas foram significativamente diferentes entre as crianças com e sem diagnóstico de problemas alimentares. No que respeita à estabilidade temporal esta era adequada e os scores do instrumento foram correlacionados com as dificuldades de processamento sensorial. Em conclusão a autora refere que o PediEAT pode ser utilizado em Portugal para investigação e prática clínica, uma vez que se encontra validado pelas qualidades psicométricas que apresenta.

A fidelidade e a validade são qualidades que um instrumento de medida deve conter. A fidelidade avalia a estabilidade, a consistência interna e a equivalência e tem a capacidade de medir de forma constante um mesmo objeto de uma vez para a outra, assegurando que as indicações dadas pelo instrumento de medida são sempre concordantes (Fortin, 2009).

Quanto à validade, um instrumento é válido se mede o que é suposto medir, sendo que existem vários tipos de validade que podem ser avaliados, nomeadamente: a validade de conteúdo (avalia se o instrumento é representativo do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir); a validade ligada ao critério (avalia-se a concordância entre uma dada medida e uma outra medida independente que serve de critério) e a validade de construto (análise da estrutura teórica que sustenta o conceito, grupos de contraste, validade convergente e divergente) (Fortin, 2009).

Com o propósito de contribuir e dar continuidade ao processo de validação do instrumento Alimentar pediátrico iniciado por Guedes (2019), para a população portuguesa em crianças dos 6 meses aos 3 anos de idade com um desenvolvimento típico, o presente estudo tem como objetivos aumentar a amostra nesta faixa etária e avaliar as propriedades psicométricas do instrumento. Nomeadamente a confiabilidade e a fidelidade, verificando assim, se a estrutura fatorial da versão traduzida é adequada para a população portuguesa.

Objetivos

O presente estudo tem como objetivos:

1- Analisar as propriedades psicométricas do instrumento de alimentação PediEAT.

2- Contribuir para a construção de uma base normativa da população portuguesa em crianças dos 6 meses aos 3 anos de idade.
3- Contribuir para a validação do instrumento de avaliação alimentar pediátrica para a população portuguesa.

Metodologia

A metodologia utilizada neste estudo de investigação é relativa a um estudo metodológico. Uma vez que se quer estudar a validade de constructo do instrumento através de uma análise fatorial confirmatória, com o instrumento já traduzido, o mesmo foi aplicado à população portuguesa. A finalidade é confirmar a estrutura original do instrumento obtido pelo autor (Fortin, 2009).

Participantes

Para o presente estudo o método de amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, para o qual foram selecionadas crianças dos 6 meses aos 3 anos de idade sem alterações de desenvolvimento diagnosticadas, na zona do Baixo Alentejo cujos pais e diretores de estabelecimentos de ensino se mostraram disponíveis para colaborar no estudo.

A zona geográfica e a população alvo foram selecionadas para colmatar os dados recolhidos no estudo da versão portuguesa.

No presente estudo foram utilizados como critério de inclusão, pais/cuidadores maiores de 18 anos, a saberem ler e escrever em português e a cuidarem de crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 3 anos de idade, sem alterações de desenvolvimento diagnosticadas e nem outras patologias. Para o efeito foi preenchido e assinado pelos pais o consentimento informado e um questionário para caracterizar a amostra.

O processo de recrutamento foi efetuado em 8 Creches e 5 Jardins de infância do distrito de Beja abrangendo os concelhos de Moura, Barrancos, Amareleja e Beja.

Instrumentos

De forma a realizar o levantamento e recolha de dados necessários para o presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico

De forma a caracterizar a amostra, procedeu-se à elaboração de um questionário sociodemográfico desenvolvido pela própria investigadora, com o objetivo de obter informações relacionadas com questões socio demográficas dos pais e das crianças tais como: (idade, idade gestacional, tipo de parto, altura, peso, país de nascimento, relação de parentesco, habilitações literárias, se tem diagnostico de doença, numero de irmãos, quantas pessoas moram em casa, com que idade integrou a creche e quantos irmão tem) de maneira a recolher informação significativa para o presente estudo, tendo o mesmo sido elaborado com base na evidencia cientifica.(Apêndice I)

Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT)

O instrumento de avaliação alimentar pediátrica PediEAT desenvolvido por Pados, *et al.,* (2018) e traduzido por Guedes (2019) é um instrumento que identifica sintomas observáveis pelos pais/cuidadores de problemas de alimentação, com 78 itens mencionado pelos pais, destinada a crianças entre 6 meses e 7 anos de idade. (Apêndice II)

É constituído por quatro subescalas**:** Sintomas fisiológicos, Comportamentos problemáticos durante as refeições, alimentação seletiva / restritiva e processamento oral.

-Subescala de Sintomas fisiológicos contém 27 itens que avaliam os sintomas de disfunção de deglutição (por exemplo, tosse, engasgos), dificuldade de coordenação de alimentação e respiração ou manutenção da estabilidade fisiológica (por exemplo, respiração mais rápida ou difícil, suor, fadiga) e trato gastrointestinal disfunção (por exemplo, arqueamento, vômito, dificuldade para evacuar).

-Subescala Comportamentos problemáticos na hora das refeições é uma subescala de 23 itens que avalia os comportamentos de aceitação e recusa de alimentos (por exemplo, recusar-se a comer, jogar comida), comportamentos de estresse durante a alimentação (por exemplo, choramingar, chorar, acessos de raiva) e preferências alimentares (por exemplo, insistir que a comida é apresentar de uma determinada forma ou por determinada pessoa).

-Subescala Alimentação Seletiva / Restritiva contém 15 itens que avaliam os sintomas de preferências por texturas e temperaturas dos alimentos.

-Subescala de Processamento Oral contém 13 itens que avaliam sintomas de disfunção do processamento oral, como embolsar alimentos na bochecha, necessidade de lembretes para mastigar alimentos, necessidade de usar os dedos para mover os alimentos na boca e mastigar alimentos por muito tempo ou não engolir a comida.

A escala de reposta aos itens é do tipo likert de 0 a 5 pontos, em que 0 significa nunca e 5 sempre, ou seja, as pontuações são atribuídas aos itens PediEAT com as pontuações mais baixas a indicar menos sintomas e as pontuações mais altas a indicar mais sintomas de alimentação problemática. Os resultados são calculados somando todos os intens que correspondem a cada subscala, sendo que a pontuação é invertida na subscala Selectividade/alimentação restrita em que 5 significa nunca e 0 significa sempre e dentro da subscala comportamentos problemáticos na hora das refeições e seletividade alimentar, alguns intens também são pontoados desta forma. O total da pontuação é transferida para uma tabela na área correspondente e posteriormente são usados os valores de referência específicos para cada faixa etária com o objetivo de determinar o nível de preocupação.

Procedimentos

Na elaboração deste estudo foram efetuados vários procedimentos éticos. Numa fase inicial foi solicitado o pedido de autorização a Guedes (2019), para a utilização da versão traduzida no presente estudo.

Remeteu-se o pedido de aprovação do estudo ao Concelho de Mestrado da Escola Superior de Saúde de Alcoitão e após aceitação, foi apresentado à Comissão de Ética da mesma Escola.

O projeto de investigação após ser aprovado por esta Comissão, foi apresentado formalmente às direções de diferentes instituições de Creche e Jardins de infância e solicitou-se a colaboração na identificação das crianças que pudessem integrar o estudo. Numa fase seguinte sucederam-se as subsequentes etapas:

Foi elaborado um pedido de autorização para a implementação do estudo às respetivas direções das instituições com o intuito de informar e explicar o que se pretende estudar.

Após autorizada a implementação do estudo nas diferentes instituições através da assinatura dos diretores foi elaborado um consentimento livre e informado à população que consta na amostra, com a finalidade de fornecer informação acerca das intenções do presente estudo, referindo os objetivos do mesmo e garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados pessoais. (Apêndice III)

Foi disponibilizado um endereço de correio eletrónico para os participantes poderem solicitar esclarecimentos acerca do estudo.

Solicitou-se a colaboração das educadoras das crianças identificadas para colaborar no estudo, para procederem à entrega e receção dos dados diretamente aos cuidadores.

Após autorizada a participação através da assinatura do consentimento informado pelos cuidadores, foi agendada com as direções das diferentes instituições o dia da recolha de dados.

Foi desenhado um instrumento de colheita de dados - questionário sociodemográfico.
Os instrumentos de recolha de dados foram entregues pessoalmente pela própria investigadora em formato de papel aos diretores das diferentes instituições.
A recolha de dados foi iniciada com o preenchimento, pelos cuidadores, do questionário de caracterização da amostra e posteriormente com o preenchimento do instrumento de avaliação PediEAT. Tendo os mesmos sido entregues e recebidos pelas Educadoras das respetivas crianças. Na fase seguinte foi efetuada a análise de dados.

Analise de dados

Para concretizar os objetivos definidos e tendo em conta a natureza do estudo, o tratamento de dados foi realizado através de uma análise quantitativa, com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27 e ao Software AMOS.
Com o objetivo de avaliar a fidelidade do instrumento ao nível da consistência interna calculou-se o teste de Alpha de Cronbach, este teste permite verificar as correlações que existem entre os itens que fazem parte do instrumento e de cada dimensão com base nas médias. O valor mínimo aceitável para o Alpha é de 0,70, abaixo deste valor a consistência interna do instrumento utilizado é considerada baixa. O valor máximo desejado é de 0,90 e acima deste valor pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja vários itens estão a medir precisamente o mesmo elemento de um construto, pelo que, se poderá justificar uma redução de itens. Geralmente o desejado é obter valores de Alpha de Cronbach entre 0,80 e 0,90 (Maroco. & Marques., 2006).
Em relação à validade do instrumento pretendeu-se dar continuidade ao estudo da estrutura fatorial da escala PediEAT para a população portuguesa, para isso foi realizada uma análise fatorial confirmatória, com recurso ao software de modelização de equações estruturais AMOS (Arbuckle, 2013).
Guedes (2019) estudou a validade de construto usando uma análise fatorial exploratória com rotação varimax, para 4 fatores. Para complementar esta análise será aplicada uma análise fatorial confirmatória.
A analise fatorial confirmatória (AFC) é uma técnica estatística que tem vindo a complementar a técnica mais tradicional da análise fatorial exploratória (AFE), sendo que este método exploratório deverá ser usado quando já existe informação sobre a estrutura fatorial que é necessário confirmar. As estatísticas de adequação ou de ajustamento do modelo na AFC permitem determinar se a distribuição dos itens por cada um dos fatores é ajustada, se os fatores em estudo se relacionam entre si e ainda saber a magnitude dessas correlações. A adequação do modelo pode ser avaliada por um conjunto de índices de ajustamento, no presente estudo foram utilizados os seguintes:

- χ^2/df: Jöreskog & Sörbom (1989) sugeriram um rácio definido pelo *Qui-quadrado* e os graus de liberdade (*df*), que se representa por χ^2/df; relativamente aos valores de referência o ajustamento considera-se bom se o valor for inferior a 2 e aceitável se o valor for inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5 (Arbuckle, 2013).
- CFI: *Comparative Fit Index*, GFI: Goodness of Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index, os valores tendem a variar entre 0 e 1, sendo que valores acima de 0,80 sugerem um modelo adequado aos dados analisados.
- PCFI: Parsimony CFI, e PGFI: Parsimony GFI. São índices de parcimónia obtidos pela correção dos índices relativos com um fator de penalização associado à complexidade do modelo. De uma maneira geral considera-se que os valores dos índices de parcimónia inferiores ou iguais a 0,6 indicam um mau ajustamento (Mulaik, *et al.,* 1989), valores entre 0,06 e 0,8 indicam um bom ajustamento, e valores superiores a 0,80 um ajustamento muito bom.
- RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*, em que valores superiores a 0,10 revelam um modelo ajustado, medíocres se estiverem entre 0,05 e 0,08, bom para valores abaixo de 0,8 e muito bom para valores abaixo de 0,05 (Arbuckle, 2013).

Foi utilizada estatística descritiva através da análise de frequências para variáveis qualitativas.
Sempre que se procurou verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos de crianças utilizaram-se os seguintes testes paramétricos:
Anova One Way: Para relacionar as variáveis socio demográficas com os domínios e o total da escala. Foi possível usar este teste dado existir normalidade ou desvios pouco severos à mesma e homogeneidade de variâncias nas diferentes faixas etárias nos domínios e total da PediEAT. Tendo a normalidade sido averiguada através do teste de Shapiro e os desvios pouco severos através do valor de simetria e de achatamento (valores de simetria entre -3 e 3 e valores de achatamento entre -7 e 7 correspondem a desvios pouco severos (Kline, 1998). A homogeneidade foi verificada através do teste de Levéne.
t de student: para amostras independentes, com o intuito de comparar o sexo feminino do masculino nos domínios e total do instrumento PediEAT. Este teste foi possível utilizar por existir normalidade ou desvios pouco severos à mesma e homogeneidade de variâncias no sexo feminino e masculino nos domínios e total da PediEAT.

Correlação de Pearson: para relacionar as variáveis sócio demográficas- semanas de gestação, peso, altura, número de pessoas no agregado familiar com os domínios e total do instrumento PediEAT. Esta correlação foi possível porque as variáveis têm escala quantitativa e têm normalidade ou desvios pouco severos à mesma.

Resultados

Este capítulo apresentará os resultados obtidos de acordo com os objetivos do estudo, atendendo às variáveis que caracterizam a amostra e as variáveis que permitem responder às questões de investigação assim como a apresentação dos resultados da fidelidade e validade do instrumento.

Dados sociodemográficos da amostra

O instrumento foi preenchido por 222 pais, mas 18 dos casos foram removidos porque a criança tinha idade gestacional < 37 semanas e os outros 2 não responderam à idade gestacional. No final a amostra foi constituída por um total 202 pais participantes em Portugal.

Na tabela 1 estão representadas, as crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e 3 anos de idade com um desenvolvimento normal. Das quais 43,1% pertencem ao sexo feminino e maioritariamente 56,9% ao sexo masculino.

Tabela 1 de frequência das crianças por sexo e intervalo de idade

Intervalo de idade	Feminino (n)	Masculino (n)	Total (n)
6-9 meses	12	10	22
9-12 meses	7	5	12
12-15 meses	10	10	20
15-18 meses	5	14	19
18-24 meses	12	21	33
24-30 meses	21	24	45
30-36 meses	20	31	51
Total: n (% do total)	87 (43,1%)	115(56,9%)	202

Tabela 2 – caracterização sócio demográfica da criança

		Freq	%
Intervalo idade (meses)	6-9	22	10,9
	9-12	12	5,9
	12-15	20	9,9
	15-18	19	9,4
	18-24	33	16,3
	24-30	45	22,3
	30-36	51	25,2
		Média= 21,8218	DP= 9,09201
		Min= 6,00	Max=36,00
Género	Feminino	87	43,1
	Masculino	115	56,9
Nacionalidade	Portuguesa	199	98,5
	Brasileira	2	1,0
	Indiana	1	,5
Zona onde vive	Baixo Alentejo	196	97,0
	Não responde	6	3,0
Tipo de parto	Normal	133	65,8
	Cesariana	68	33,7
	Não responde	1	,5
Semanas de gestação		Média=39,10	DP=1,14
		Min=37	Max=42
Posição na fratria	Filho único	90	44,6
	Filho mais velho	2	1,0
	Filho do meio	1	,5
	Filho mais novo	88	43,6
	Não responde	21	10,4
Doença crónica	Sim	1	,5
	Não	190	94,1
	Não responde	11	5,4
Com que idade foi para a creche	Menos 6 meses	44	21,8
	6 – 12 meses	29	14,4
	Mais de 12 meses	42	20,8
	Não responde	87	43,1
Altura		Média=82,4249	DP=9,33507
		Min=52,00	Max=110,00
Peso		Média=11,5785	DP=2,36861
		Min=5,30	Max=18,00
Nº de pessoas no agregado		Média=3,7016	DP=1,09542
		Min=2,00	Max=11,00
Nº de Irmãos		Média=1,4804	DP=,90903
		Min=1,00	Max=5,00
Idade dos irmãos		Média=8,7563	DP=5,37234
		Min=1,00	Max=22,50

Na tabela 2 estão representados os dados sociodemográficos de quem preencheu o questionário, sendo que 98% da amostra é de origem portuguesa, havendo apenas 1,4% de origem estrangeira. Quanto ao tipo de parto verifica-se uma maior incidência 63,1% do tipo normal e 36,5% do tipo cesariana. Em relação à posição na fratria 43% são filhos únicos e 43,2% são filhos mais novos.

Nas doenças crónicas (94%) das crianças não apresentam qualquer tipo de doença, existindo apenas uma com doença e as restantes (5,4%) não responderam. Quanto as características de quem preencheu o questionário (95,5%) foram a mãe e (4,5%) o pai. A maioria da amostra está no ativo 86,3%, 10,8% estão desempregados. A escolaridade é elevada, tendo a maioria o ensino secundário (40,6%) e (37,3%) uma licenciatura os restantes (13%) são portadores de Mestrado, (12,7%) e apenas uma minoria (1,4%) frequentaram o ensino primário.

Foi realizada a estatística descritiva através da análise de frequências para caracterizar a amostra, dado o instrumento conter um número elevado de itens, não se colocou as percentagens de frequência das respostas, pelo que os resultados podem ser consultados no (Apêndice IV). Verificou-se que as respostas aos 27 itens na dimensão dos sintomas fisiólogos foram mais frequentes no "nunca" e as respostas menos frequentes incidem em "muitas vezes", "Quase sempre" e "sempre". Na dimensão comportamentos problemáticos na hora da refeição dos 23 itens as respostas mais frequentes foram "nunca" e com menos frequência no "sempre", "muitas vezes" e "quase sempre" a partir do item 46 a ordem de resposta muda e verifica-se maior frequência no "sempre" e no "nunca "menos respostas. Na dimensão seletividade alimentar os itens tem a pontuação invertida até ao item 62 e apresentam respostas mais frequentes no "sempre" e menos frequentes no "muitas vezes". Na dimensão do processamento oral que contem 13 itens, verifica-se maior frequência de respostas no "nunca" e com menos frequência no "sempre", "muitas vezes" e "quase sempre".

Na tabela 3 para comparar as 7 faixas etárias nos domínios e o total da escala, na tabela ANOVA ONE WAY estão representadas as diferenças significativas que existem entre as faixas etárias e os domínios.

Tabela 3: Anova one way: comparação das diferentes faixas etárias nas dimensões e total da PediEat

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA	Post Hoc- Diferenças significativas
Sintomas fisiológicos	6-9	22	8,77	7,16	F = 1,715 p=0,119	
	9-12	12	9,08	6,35		
	12-15	20	10,70	6,25		
	15-18	19	8,74	5,60		
	18-24	33	8,33	6,36		
	24-30	45	7,33	6,29		
	30-36	51	6,26	4,42		

Comportamentos Problemáticos	6-9	22	11,57	10,99	F = 4,547 p=0,000***	24-30≠6-9 p = 0,001***
	9-12	12	9,42	10,55		24-30≠9-12 p = 0,002**
	12-15	20	20,95	12,88		30-36≠6-9 p = 0,000***
	15-18	19	19,95	17,14		30-36≠9-12 p = 0,000***
	18-24	33	18,61	14,03		30-36≠12-15 p = 0,039*
	24-30	45	24,12	15,55		30-36≠18-24 p = 0,015*
	30-36	51	26,55	15,61		6-9≠12-15 p = 0,038*
						12-15≠9-12 p = 0,031*
Seletividade alimentar	6-9	22	22,57	12,78	F = 0,986 p=0,436	
	9-12	12	21,33	11,15		
	12-15	20	25,05	12,19		
	15-18	19	23,63	8,83		
	18-24	33	19,30	9,22		
	24-30	45	19,92	11,15		
	30-36	51	22,16	9,36		
Processamento Oral	6-9	22	10,05	11,07	F = 0,929 p=0,476	
	9-12	12	9,67	6,98		
	12-15	20	12,10	6,24		
	15-18	19	13,37	6,63		
	18-24	33	11,45	5,99		
	24-30	45	10,07	5,91		
	30-36	51	9,96	6,00		
Total da Escala	6-9	22	52,90	28,75	F = 1,248 p=0,284	
	9-12	12	49,50	23,44		
	12-15	20	68,80	24,50		
	15-18	19	65,68	29,52		
	18-24	33	58,49	25,94		
	24-30	45	61,69	28,55		
	30-36	51	64,02	25,11		

Como se pode observar da tabela Anova One Way, esta apenas revela a existência de diferenças significativas entre as faixas etárias na dimensão Comportamentos Problemáticos. Se olharmos para os resultados do teste Post Hoc este identifica na dimensão comportamentos Alimentares que as crianças com 30-36 meses apresentam uma média significativamente mais elevada comparativamente com as faixas etárias 6-9 meses, 9-12 meses, 12-15meses e 18-24 meses. As crianças com 24-30 meses também tem uma média mais elevada do que as faixas etárias 6-9 meses e 9-12 meses. Por último as crianças com idade entre os 6 e 9 meses têm uma média mais baixa nesta dimensão comparativamente com as crianças com idade entre 12-15 meses.

Na tabela 4 observam-se os resultados para comparar as variáveis do sexo feminino com o masculino nos domínios e total do PediEAT, através do teste t de student.

Tabela 4 : t de student: comparação sexo feminino e masculino nas dimensões e total da PediEat

	Género	N	Média	Desvio padrão	t student amostras independentes
Sintomas fisiológicos	Feminino	87	8,92	5,93	t = 2,022
	Masculino	115	7,22	5,95	p= 0,045*
Comportamentos Problemáticos	Feminino	87	20,17	15,84	t = -0,579
	Masculino	115	21,43	14,94	p= 0,563
seletividade alimentar	Feminino	87	22,23	10,62	t = 0,729
	Masculino	115	21,14	10,46	p= 0,467
Processamento Oral	Feminino	87	10,52	6,23	t = -0,424
	Masculino	115	10,93	7,28	p= 0,672
Total da Escala	Feminino	87	61,31	27,83	t = 0,070
	Masculino	115	61,04	26,18	p= 0,944

O teste t de student revelou a existência de uma diferença significativa para p ≤0,05 entre sexo feminino e masculino na dimensão sintomas fisiológicos da PediEat, revelando o sexo feminino (média = 8,92) uma média mais elevada do que o sexo masculino (média = 7,22).
que revelou a existência de uma diferença significativa para p ≤0,05 entre sexo feminino e masculino na dimensão sintomas fisiológicos da PediEat, revelando o sexo feminino (média = 8,92) uma média mais elevada do que o sexo masculino (média = 7,22).

Na tabela 5 encontram-se as correlações de pearson encontradas nas variáveis sócio demográficas: semanas de gestação,

Tabela 5: Correlação de pearson : relação entre semanas de gestação e dimensões e total da PediEat

		A criança nasceu de quantas semanas de gestação
Sintomas fisiológicos	Correlação Pearson	,026
	P	,718
	N	202
Comportamentos Problemáticos	Correlação Pearson	,046
	P	,520
	N	202
selectividade alimentar	Correlação Pearson	,033
	P	,637
	N	202
Processamento Oral	Correlação Pearson	,051

	P	,472
	N	202
Total da Escala	Correlação Pearson	,028
	P	,689
	N	202

Como se pode verificar não existem correlações estatisticamente significativas entre as variáveis: semanas de gestação e dimensões total da escala.

Na tabela 6 encontram-se as correlações de pearson encontradas nas variáveis número de pessoas no agregado familiar Vs dimensões e total da PediEAT .

Tabela 6: Correlação de pearson : relação entre numero de pessoas no agregado Vs dimensões e total da PediEat

		Quantas pessoas moram em sua casa
Sintomas fisiológicos	Correlação Pearson	-,077
	P	,291
	N	191
Comportamentos Problemáticos	Correlação Pearson	-,129
	P	,076
	N	191
selectividade alimentar	Correlação Pearson	,133
	P	,066
	N	191
Processamento Oral	Correlação Pearson	-,054
	P	,458
	N	191
Total da Escala	Correlação Pearson	-,057
	P	,435
	N	191

*significativo para p ≤0,05

Como se pode verificar não existem correlações estatisticamente significativas entre as variáveis: semanas de gestação e dimensões total da escala,

Na tabela 7 encontram-se as correlações de pearson encontradas nas variáveis peso e altura Vs dimensões e total da PediEat.

Tabela 7: Correlação de pearson: relação entre peso e altura Vs dimensões e total da PediEat

		Altura	Peso
Sintomas fisiológicos	Correlação Pearson	-,231	-,228
	P	,006**	,002**
	N	140	178
Comportamentos Problemáticos	Correlação Pearson	,190	,113
	P	,025*	,132
	N	140	178
Seletividade alimentar	Correlação Pearson	-,156	-,140
	P	,066	,063
	N	140	178
Processamento Oral	Correlação Pearson	-,058	-,126
	P	,495	,094
	N	140	178
Total da Escala	Correlação Pearson	-,032	-,070
	P	,707	,351
	N	140	178

**significativo para p ≤0,01, *significativo para p ≤0,05

Como se observa na tabela 7 o teste de pearson revelou a existência de uma correlação negativa significativa entre o domínio sintomas fisiológicos e as variáveis altura e peso, embora a correlação seja fraca. Há uma tendência para quanto maior a altura e o peso menor a existência de problemas fisiológicos. Existe também uma correlação significativa, neste caso positiva entre o domínio comportamento problemático e a altura, sendo essa correlação fraca: há uma tendência para quanto maior a altura maior a existência de comportamentos problemáticos.

Análise das propriedades psicométricas

No que se refere à fidelidade do instrumento, na tabela 8 são apresentados os valores de Alpha de Cronbach referente à totalidade do instrumento e às dimensões que o constituem.

Tabela 3- Alpha de cronbach das dimensões e total da escala

	Estrutura Original
Sintomas fisiológicos (F1)	0,769 (27 itens)
Comportamentos Problemáticos (F2)	0,921 (23 itens)
Seletividade alimentar (F3)	0,732 (15 itens)
Processamento Oral (F4)	0,776 (13 itens)
Total da Escala	0,897 (78 itens)

Como se pode observar na tabela 8, o total da escala (Alpha =0,897) e a dimensão subescala Comportamentos Problemáticos (Alpha =0,921) revelam valores de alpha acima de 0,80 o que indica uma excelente fidedignidade ao nível da consistência interna. Em relação às restantes dimensões estas apresentam valores Alpha de Cronbach a oscilar entre 0,732 e 0,769 o que revela uma consistência interna aceitável.

Na tabela 9 encontram-se os resultados relativos à validade de constructo da escala PediEAT em que se observam as medidas de ajustamento obtidas.

Tabela 9 - Medidas de ajustamento PediEAT : valores de referência e valores obtidos

Medidas de Ajustamento	**Valores de Referência**	**Valores encontrados**
X^2 /gl	>5 – Ajustamento mau]2;5]- Ajustamento aceitável **]1;2] – Ajustamento Bom** ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	X^2/gl = 1,733
CFI **TLI**	**<0,8– Ajustamento mau** [0,8; 0,9[- Ajustamento aceitável [0,9 ; 0,95[– Ajustamento Bom ≥ 0,95– Ajustamento Muito Bom	CFI = 0,671 TLI = 0,656
RMSEA	>0,10– Ajustamento inaceitável **]0,05; 0,10[- Ajustamento Bom** ≤ 0,05– Ajustamento Muito Bom	RMSEA = 0,060
PCFI	< 0,6 – Ajustamento mau **[0,6; 0,8[- Ajustamento Bom** ≥ 0,8– Ajustamento Muito Bom	PCFI = 0,642

Na tabela 9 observam-se as medidas de ajustamento obtidas que revelam um ajustamento bom segundo as medidas (X^2/gl = 1,733, RMSEA=0,060, PCFI = 0,642) e um ajustamento mau segundo as medidas (CFI=0,671, TLI = 0,656). Neste sentido foram-se observar os coeficientes de saturação de cada item no respetivo fator para averiguar quais os itens que têm um coeficiente de saturação baixo (inferior a 0,30) e que podem prejudicar o ajustamento do modelo.

Na figura 1 é apresentada a estrutura fatorial, testada com analise fatorial confirmatória com o software AMOS, estando representados os 4 fatores com os itens distribuídos como na estrutura original da escala.

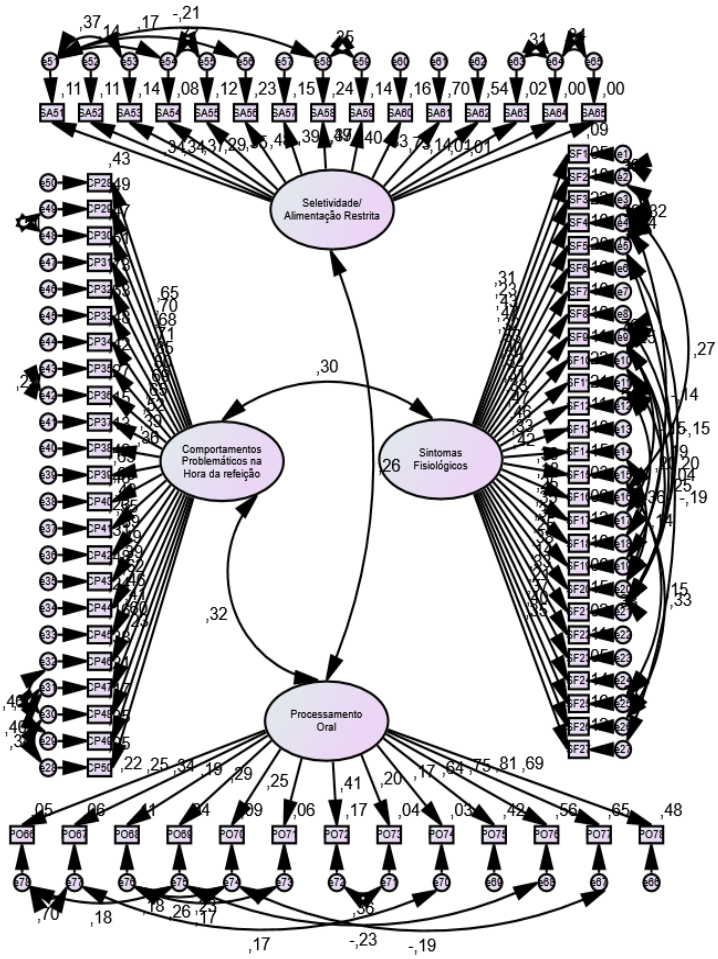

Figura 1- Analise fatorial confirmatória escala PediEAT. Fonte: modelo de representação efetuado pelo software amos User's Guide (Arbuckle, 2013).

Como se pode observar na figura 1, através da estrutura fatorial testada existem 6 itens com coeficientes de saturação abaixo de 0,30: SF2, SF16, SF17, SF20, SF22 e SF 24 que correspondem ao fator 1 (Sintomas fisiológicos). No fator 2 (Comportamentos problemáticos na hora da refeição) apenas 1 item (CP50) tem um coeficiente de saturação abaixo dos 0,30. No fator 3 (Seletividade alimentar) existem 4 itens com coeficientes de saturação abaixo dos 0,30: SA54, SA63, SA64 e SA 65 e no fator 4 (Processamento oral) também existem 7 itens com coeficiente de saturação baixos: PO 66, PO67, PO69, PO70, PO71, PO73 e PO74. Perante estes valores de saturação mais baixos, duas das medidas de ajustamento revelaram um mau ajustamento, pelo que não pode

confirmar a estrutura original da escala. Os coeficientes de saturação referentes aos itens nos fatores podem ser consultados no Apêndice V.

Discussão

Uma avaliação adequada de sintomas de alimentação é de extrema importância na identificação precoce de bebés e crianças com alterações nas competências alimentares, de forma a determinar o encaminhamento, tratamento e a sua monotorização. O que faz com que surja a necessidade de disponibilizar instrumentos válidos e confiáveis para avaliar os problemas alimentares. O objetivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do instrumento PediEAT, assim como verificar se a sua estrutura fatorial é adequada à população portuguesa.

Segundo a análise de dados efetuada pode-se verificar que o instrumento PediEAT é um instrumento útil para avaliar problemas de alimentação na população portuguesa. O instrumento no geral revelou uma boa consistência interna (Alpha =0,897) apresentando valores aproximados ao estudo realizado anteriormente em Portugal por Guedes (2019) e nos Estados Unidos por Thoyre, *et al.,* (2018). No que respeita à consistência interna das dimensões, a maioria obteve valores Alpha de Cronbach aceitáveis, entre 0,732 e 0,769 à exceção da dimensão Comportamentos Problemáticos que apresentou valores Alpha de Cronbach excelentes, acima de 0,80. No estudo de Thoyre, *et al.,* (2018), pode-se verificar que as referentes dimensões também apresentam valores excelentes de consistência interna, entre os 0,80 e 0,90 respetivamente. O mesmo se verifica no estudo de tradução realizado por Guedes (2019) em que todas as dimensões apresentam valores excelentes entre os 0,80 e 0,94 à exceção da dimensão "seletividade/alimentação restrita " (Alpha= 0,71) que apresentou valores aceitáveis nesta dimensão. Com base nesta evidência pode-se constatar que as dimensões supramencionadas e total das mesmas apresentam uma boa fidelidade ao nível da consistência interna com valores Alpha acima de 0,80 (Maroco, 2018). Pelo que demonstra capacidade de medir um resultado de forma constante.

No que concerne à validade de constructo do instrumento verificou-se que não é válido usar a mesma estrutura fatorial que a versão traduzida por Guedes (2019) para a população portuguesa, visto que as medidas de ajustamento utilizadas na Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (tabela 4) revelam um ajustamento bom segundo as medidas X^2 /gl, RMSEA e PCFI e um ajustamento mau segundo CFI e TLI.

Os resultados obtidos através da AFC (figura 1) mostram que existem alguns itens que revelam pesos fatoriais abaixo de 0,30 correspondentes às respetivas dimensões, nomeadamente, na dimensão Sintomas Fisiológicos nos itens SF2, SF16, SF17, SF20, SF22 e SF24, na dimensão Comportamentos Problemáticos na Hora da Refeição apenas no item CP50, na dimensão Seletividade Alimentar nos itens AS 54, SA 63, AS 64 e AS 65 e na dimensão Processamento Oral nos itens PO66, PO67, PO70, PO71, PO73 e PO74. Devido aos baixos valores de saturação, uma vez que duas das medidas de ajustamento revelaram um mau ajustamento, não foi possível confirmar a estrutura original da escala. Estes valores foram baixos por estarem relacionados com o número da amostra ser de menor dimensão.

Outra intenção neste estudo foi contribuir para a construção de uma base normativa para a população portuguesa em crianças dos 6 meses aos 3 anos de idade, mas não foi possível calcular os valores normativos, uma vez que a dimensão da amostra por faixa etária neste estudo é reduzida, não tendo permitido obter valores de percentil 90 e 95 que determinam o nível de preocupação associada à pontuação recebida pela criança para usar nos valores de referência por intervalos de idade no estudo de pados *et al* (2018) o tamanho da amostra foi de 1100 crianças. Neste sentido tentou-se comparar a média da população através do teste Anova One Way comparando-se as 7 faixas etárias dos domínios e o total do instrumento PediEAT, que revelaram a existência de diferenças significativas entre as faixas etárias na dimensão Comportamentos Problemáticos. As médias de idades mais elevadas corresponderam aos 30-36 meses comparativamente com as faixas étarias 6-9 meses, 12-15 meses e 18-24 meses. As crianças entre os 24-30 meses também apresentaram uma média mais elevada em relação às faixas etárias 6-9 meses e 9-12 meses. Por fim as crianças com idade entre o 6-9 meses são as que apresentaram uma média mais baixa nesta dimensão em comparação com as crianças com idades entre os 12-15 meses. No estudo realizado por (Ramos, et al., 2017) a avaliação de competências alimentares é suportada pelo desenvolvimento normal da criança e confirmam que é na faixa etária dos 6-12 meses que são introduzidos alimentos semissólidos e sólidos, altura em que a criança começa a explorar as propriedades sensoriais dos alimentos, à medida que os mesmos são introduzidos.

A aquisição de competências de controlo postural, para se manter na posição de sentado e levar os alimentos à boca com a mão, também são verificados neste intervalo de idade (Marcus & Breton. 2013) assim como o desenvolvimento das estruturas anatómicas orais para receber e manusear os alimentos dentro da boca (Delaney & Arvedson, 2008). No estudo sobre os dados normativos (pados *et al*.,2018) confirmam que os comportamentos problemáticos na hora das refeições surgem com menos frequência em crianças com menos de 12 meses de idade. Deste modo pode-se confirmar que as médias mais baixas verificadas no comportamento problemático na hora da

refeição são consistentes com o desenvolvimento normal da criança. Entre os 18-36 meses a criança já tolera uma grande variedade de alimentos e já come como os adultos (Stevenson & Allaire, 1991) é nesta altura que as crianças começam a expressar o que gostam e o que não gostam e podem apresentar dificuldades em aceitar determinados alimentos, evitar determinadas texturas ou recusar todos os alimentos, sendo que as crianças com um desenvolvimento normal podem apresentar algumas dificuldades alimentares (Pados *et al* 2018) e (Pinheiro, *et al.*, 2018).Desta forma as médias mais elevadas no comportamento problemático são sustentadas pelo normal desenvolvimento.

O t de student revelou a existência de uma diferença significativa para $p \leq 0{,}05$ entre o sexo feminino e masculino na dimensão Sintomas Fisiológicos, verificando-se que a média do sexo feminino (8,92) é mais elevada que a do sexo masculino (7,22), verificando-se a existência de normalidade e homogeneidade de variâncias no sexo feminino e masculino. Não se verificaram evidências cientificas que sustentem a existência de diferenças significativas entre o género feminino e masculino.

No que respeita à relação entre as variáveis sociodemográficas semanas de gestação, peso, altura e número de pessoas no agregado familiar com os domínios e total do instrumento PediEAT, a correlação de Pearson confirmou que não existem correlações significativas entre as variáveis semanas de gestação e número de pessoas no agregado familiar com as dimensões e total da escala à exceção das variáveis peso e altura, que confirma a existência de uma correlação negativa significativa entre a dimensão sintomas fisiológicos. Embora a correlação seja fraca, há uma tendência para quanto maior a altura e o peso menor a existência de problemas fisiológicos. O estudo de (Wright, *et al*., 2007) verificou que as crianças identificadas pelos pais como tendo problemas alimentares apresentavam valores significativamente mais baixos de peso e estatura, estas crianças crescem significativamente menos e apresentam três vezes mais critérios clínicos para ganho de peso mais lento. Existe também uma correlação significativa, neste caso positiva entre o domínio comportamento problemático e a altura, sendo essa correlação fraca: há uma tendência para quanto maior a altura maior a existência de comportamentos problemáticos. Não foram encontradas evidências que relacionem as variáveis altura e comportamento problemático.

Conclusão

O presente estudo pretendeu contribuir para a validação do instrumento PediEAT para a população portuguesa e analisar as suas propriedades psicométricas. A versão do estudo evidenciou que o instrumento apresenta uma boa fidelidade ao nível da consistência interna, mas os resultados

obtidos pela análise fatorial confirmatória revelam que o instrumento não é válido para a mesma estrutura fatorial traduzida por Guedes (2019). Verificou-se a existência de diferenças significativas entre as faixas etárias na dimensão Comportamentos problemáticos que foram sustentados pela informação sobre o desenvolvimento normal da criança na faixa etária entre os 6 e 36 meses, identificadas pelos autores mencionados no estudo. Através da correlação de Pearson, confirmou-se que existe uma tendência para quanto maior a altura e o peso menor a existência de problemas fisiológicos.

Como limitações neste estudo, considerou-se que a amostra não probabilística por conveniência não é representativa da população portuguesa, pelo que, não foi suficiente para confirmar a estrutura do instrumento e obter valores de corte para os scores das subescalas normativas por idade, para assim interpretar os scores do PediEAT.

Este instrumento pode ser utilizado para avaliação na prática clínica do terapeuta ocupacional devido às qualidades psicométricas que apresenta para identificar sintomas de alimentação problemática em crianças. Assim, poderá contribuir para avaliação da evolução da criança ao longo do tempo.

O objetivo que procurámos alcançar não é um fim em si mesmo, antes se afirma como um incentivo a futuras investigações que pretendam contribuir para a validação do instrumento de avaliação alimentar pediátrica PediEAT .

Sendo aconselhável realizarem-se novas análises fatoriais confirmatórias com amostras de maior dimensão e abrangência geográfica no sentido de se confirmar, se para a população portuguesa se justifica a eliminação de alguns itens que apresentem coeficientes de saturação baixos com a dimensão a que pertencem. E ajudar a obter valores de corte para os scores das subescalas normativas por idade para que as interpretações dos scores do PediEAT sejam consistentes.

Referências bibliográficas

Arbuckle, J. L. (2013). Amos 22.User Guide. *Chicago, IL : Small Waters Corporation*.

Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14,(1) 118–127. doi:10.1002/ddrr.17.

Brit, F., Pados, Suzanne, M., Thouyre, & Jinhee Park. (20 de May de 2018). Age-based norm-reference Values for the Pediatric Eating Assessment TOOL . *Pediatric Research*.

Cai, Liuyang, Jonh S, Y. C., Jin, H, Ya., . . . Peng. (2014). Brain plasticity and motor practice in cognitive aging. *Aging Neuroscience*.

Cox, S., M., Holm, Susanne, Kurfuerst, T, S., . . . Schuberth, L. M. (2007). Specialized Knowledge and Skills in Feeding, Eating, and Swallowing for Occupational Therapy Practice. *The American Journal of Occupational Therapy.*

Delaney, L. A., & Arvedson. (2008). Development of Swallowing and Feeding: Prenatal Through First Year of Life. *Developmental Disabilities*.

Estrem, Hayley, Henrikson, M., Thoyre, Suzanne, . . . Van, M. (2017). "It's a Long-Term Process": Description of Daily Family Life When a Child Has a Feeding Disorder. *Journal of Pediatric Health Care*.

Fortin, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta.

Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., . . . Browne, J. (2019). Pediatric Feeding Disorder-Consensus Definition and Conceptual Framework. *Jornal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.*

Guedes, I. (Outubro de 2019). Identification of feeding problems in children aged 6 Months to 7 years : Validity and Reliability of the Portuguese Version of Pediatric Eating Assessment Tool. *não editado* . Escola Superior de Saude do Porto, Porto.

Gulsen., Ûnlu, Sahbal, Aras, Neslihan, Eminagaoglu, . . . Bekem, O. (2007). Developmental Characteristics of Children Aged 1–6 Years With Food Refusal. *Health Nursing doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00674.x*, pp. 2-9.

Jöreskog., K. G., & Sörbom., D. (1989). LISREL 7: A Guide to the Program and Applications. *Chicago, IL: SPSS.*

Julia, B. R. (27 de Setembro de 2006). Perspectives of parents/guardians of children with feeding/swallowing problems. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18, 333–353. doi:10.1007/s10882-006-9020-x*.

Kline, B. R. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling.* New York: NY: The Guilford Press.

Marcus, S., & Breton, S. (2013). *Infant and Child Feeding and Swallowing: Occupational Therapy Assessment and Intervention.* AOTA Press.

Maroco., J., & Marques., G. T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de psicologia*.

Maroco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics (7th ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber. Retrieved from www.reportnumber.pt/ae.

Melo, Nathalia, Kellen, Antonio, L. d., Raelly, Carmo, S. d., . . . Furlan, R. M. (2021). Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. *Distúrb Comun*.

Mulaik., S., A, L., Judith, V. A., Nathan, B., Sherri, L., C., D., & Stilwell. (1989). Evaluation of Goodness-of-Fit Indices for Structural Equation Model. *Psychological Bulletin*.

Pados, F., Britt, Thoyre., M., Suzanne, . . . Jinhee. (3 de April de 2018). Age-based norm-reference values for the Pediatric Eating Assessment Tool. *Clinical Research Article*.

Park, Jinhee, Pados, Frisk, B., M.Thoyre, S., Estrem, H. H., & McComish, C. (2019). Factor Structure and Psychometric Proerties of the Child oral and Motor Proficiency Scale. *Sagepub*.

Pinheiro, Cristiane., Lázaro, Jean., Caron, Milena, . . . Pondé. (2018). Escalas de avaliação do comportamento alimentar de Individuos comTranstorno do Espectro Autista. *Revista de psicologia : teoria e prática*.

Ramos, C. C., Maximino, P., Machado, R. H., Bozzini, A. B., Ribeiro, L. W., & Fisberg, M. (2017). Delayed Development of Feeding skills in children with Feeding Difficulties—cross-sectional study in a Brazilian reference center. *Frontiers in Pediatrics* .

Stevenson, D. R., & Allaire, H. J. (6 de December de 1991). The Desenvelopment of Normal Feeding and Swallowing. *Pediatric Clinics of North America*.

Stoner, J. B., Bailey, R. L., Angell, M. E., Robbins, J., & Polewski, K. (2006). Perspectives of parents/guardians of children with feeding/swallowing problems. (s.d.).

Thelen, E., & Smith, B. L. (1994). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action.* Estados Unidos da América: Bradford Book.

Thoyre, M., Suzanne, Pados, F., Britt, . . . Hodges. (February de 2018). The Pediatric Eating Assessment Tool: Factor Structure and Psychometric Properties. pp. 1-7.

Thoyre, S. M., & Shaker, C. S. (2005). The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants. *NIH Public Access Author Manuscript*.

Williams, K. E., Riegel, K., & Kerwin, M. L. (2009). Feeding disorder of infancy and early childhood: How often is it seen in feeding programs? Children's Health Care, 38, 123–136. doi:10.1080/02739610902813302, pp. 123-136.

World Health Oraganization. (2023). Obtido de https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/breastfeeding

Wright, M., Charlotte., Kathryn, N., Parkinson., . . . Drewett. (2007). How Do Toddler Eating Problems Relate to Their Eating Behavior, Food Preferences, and Growth? *Journal of the American Academy of Pediatrics*.

Agradecimentos

O presente estudo, requereu muito esforço, foi um caminho longo de percorrer, mas graças ao apoio das pessoas e instituições envolvidas neste processo, foi possível ultrapassar e finalizar esta etapa que veio trazer mais enriquecimento pessoal e profissional.

À minha orientadora e querida Professora Doutora Cláudia Quaresma, pela orientação, rigor científico e incentivo nas fases mais difíceis, pela disponibilidade e apoio que sempre demonstrou aqui lhe expresso a minha gratidão.

À minha co-orientadora Mestre Ana Isabel, pela orientação, pela forma prática que transmite o seu enorme conhecimento, pela disponibilidade e pelo seu apoio e incentivo na elaboração deste estudo aqui igualmente lhe expresso a minha gratidão.

À Professora Cláudia Silva, pela sua colaboração pela forma simples com que transmite os seus conhecimentos, pela sua disponibilidade na análise estatística, estou eternamente grata.

À doutora professora Élia Pinto, pelo seu incentivo e disponibilidade, o meu sincero obrigado.

Às instituições de pré-escolar e de jardins de infância, aos pais e cuidadores das crianças que participaram no estudo que permitiram reunir a minha amostra, um muito obrigado.

À minha família, marido e filhos, pelo suporte, paciência e pelo reforço positivo que sempre me passaram, um eterno obrigado.

A todas as pessoas que contribuíram diretamente ou indiretamente nas diferentes fases de concretização deste estudo o meu sincero obrigado.

APÊNDICE I

Questionário de caracterização da amostra

Questionário sociodemográfico

O presente questionário é um dos instrumentos utilizados na recolha de dados do estudo "Instrumento de avaliação alimentar pediátrica (PediEAT): contributo para a validação da população portuguesa "

No âmbito de participação do seu filho neste estudo, solicito o preenchimento de todos os itens para conseguir contribuir para obter uma base normativa. É de salientar que os dados são para fins de investigação e serão anónimos.

1. Data de nascimento: ___/___/_____
2. Idade da criança em meses _____
3. Género:
4. F ☐ M ☐
5. Altura: _____ Peso ____
6. A criança nasceu de quantas semanas de gestação? _____
7. Como foi o parto da criança? _____
8. Qual a nacionalidade da criança? _____
9. Qual é a relação de parentesco com a criança de quem preenche questionário?

   _____
10. Idade:
    a. Mãe ____
    b. Pai ____
11. País de nascimento _____
12. Habilitações literárias:
    a. Mãe _____
    b. Pai _____
13. Qual é a sua situação profissional?
    a. Mãe_____
    b. Pai_____
14. Em que região do país vive? _____

15. Quantas pessoas moram em sua casa? _____
16. Número de irmãos que as crianças têm? _____ com que idades? _____
17. A criança tem algum diagnostico de doença cronica ou congénita? _____
18. Com que idade o (a) seu (sua) filho (a) integrou a creche? _____

Muito obrigada pela sua participação

Carla Graça

Apêndice II

Instrumento PediEAT

Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT) – Portuguese Version

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

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

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

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

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

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

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

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

PEDIATRIC EATING ASSESSMENT TOOL (PediEAT)

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

SINTOMAS FISIOLÓGICOS

	0	1	2	3	4	5	
A minha criança…	**Nunca**	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**	**Sempre**	**Pontuação**
1. Fica com lágrimas nos olhos quando come							
2. Fica vermelha à volta dos olhos ou na cara quando come							
3. Tosse enquanto come ou depois de comer							
4. Faz sons como gargarejar ou como se precisasse de tossir ou clareia a garganta enquanto come ou depois de comer							
5. Soa de forma diferente enquanto come ou depois (por exemplo, a voz torna-se rouca, estridente ou silenciosa							
6. Engasga-se ou tosse com água ou com outros líquidos finos							
7. Baixa a cabeça em direção ao peito quando engole							
8. Tem comida ou líquidos a sair pelo nariz quando come							
9. Fica pálida ou azulada à volta dos lábios durante as refeições							
10. Respira mais rapidamente ou com mais dificuldade enquanto come							

11. Precisa de parar durante a refeição para descansar ou para recuperar o fôlego							
12. Fica cansada de comer e não é capaz de terminar							
13. Transpira/fica suada durante as refeições							
14. Inclina a cabeça para trás enquanto come							
15. Arrota mais do que o habitual enquanto come							
16. Vomita durante a hora das refeições							
17. Vomita entre as refeições (entre 30 minutos após a última refeição e até à próxima)							
18. Arqueia as costas durante ou após as refeições							
19. Engasga-se quando é altura de comer (por exemplo, quando vê a comida ou quando a sentam na cadeira de alimentação)							
20. Engasga-se com comida mole como pudim							
21. Engasga-se com comida com textura como papas de aveia							
22. Engasga-se, tosse ou vomita quando escova os dentes (Se a criança ainda não tem dentes, escolha a opção Nunca. Se a criança não permite que lhe escovem os dentes, escolha a opção Sempre)							
23. Fica com a barriga inchada depois de comer							

24. Fica com a cara vermelha, pode chorar com a saída das fezes							
25. Tem gases							
26. Baba-se quando come							
27. Tem dificuldade em comer por ter o nariz entupido							
Pontuação da subescala Sintomas Fisiológicos							
Se quiser explicar alguma das suas respostas por favor faça-o aqui:							

COMPORTAMENTOS PROBLEMÁTICOS NA HORA DAS REFEIÇÕES

0 1 2 3 4 5

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

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

Os itens abaixo são cotados de acordo com os números à direita **5** **4** **3** **2** **1** **0**

	Nunca	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**	**Sempre**	
46. Gosta de comer							
47. Come alimento variados (frutas, vegetais, proteínas, etc.)							
48. Está disposta a ficar sentada durante a hora da refeição							
49. Abre a boca quando lhe é oferecida comida							
50. Está disposta a tocar na comida com as mãos							
Pontuação da Subescala Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições							

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

SELETIVIDADE/ALIMENTAÇÃO RESTRITA

	5	4	3	2	1	0	
A minha criança…	**Nunca**	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**	**Sempre**	**Pontuação**
51. Come alimentos com texturas variadas misturas							
52. Come comida mais quente que a temperatura da sala							
53. Está disposta a comer sozinha (se ainda pequena, segura no copo, come bolachas sozinha)							
54. Mantém a comida na boca enquanto come (comida significa que não são líquidos)							
55. Mantém os líquidos na boca enquanto bebe							
56. Mantém a língua dentro da boca enquanto come							
57. Mostra ter fome antes das refeições							

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

Os itens abaixo são cotados de acordo com os números à direita	0	1	2	3	4	5	
	Nunca	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas veze**	**Quase sempre**	**Sempre**	
63. Cheira a comida ou objetos							
64. Cospe a comida para fora							
65. Come demasiadamente depressa							
Pontuação da subescala Alimentação Restritiva/Seletiva							
Se quiser explicar alguma das suas respostas por favor faça-o aqui:							

PROCESSAMENTO ORAL

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

Os itens abaixo são cotados de acordo com os números à direita	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
Para os itens seguintes, se a criança é menor de 15 meses e não lhe são oferecidas estas comidas, escolha a opção "Nunca". Se a criança tem mais de 15 meses e não lhe são oferecidas estas comidas ou recusa-se a comer estas comidas, escolha a opção "Sempre".	**Nunca**	**Quase nunca**	**Às vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**	**Sempre**	
75. Tem de ser lembrada para mastigar a comida							
76. Suga a comida para a amolecer ou humedecer, em vez de a mastigar							
77. Mastiga a comida mas não a engole							
78. Mastiga um bocado de comida por um longo período (cerca de 30 segundos ou mais)							
Pontuação da Subescala Processamento Oral							
Se quiser explicar alguma das suas respostas por favor faça-o aqui:							

Instruções de cotação

1. As pontuações são atribuídas aos itens PediEAT com as pontuações mais baixas a indicar menos sintomas e as pontuações mais altas a indicar mais sintomas de alimentação problemática. Há números acima dos itens que indicam a pontuação que cada resposta deve receber. Observe que as pontuações podem mudar entre as subescalas. Por exemplo, a subescala de Sintomas Fisiológicos é pontuada com Nunca = 0 e Sempre = 5, enquanto a subescala Seletividade/Alimentação Restrita é pontuada com Nunca = 5 e Sempre = 0. Observe também que dentro da subescala Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições e a subescala Seletividade/Alimentação Restrita, há um subconjunto de itens na parte inferior que são pontuados de maneira diferente dos outros itens dessa subescala. Pode usar a coluna da direita no PediEAT para registrar a pontuação de cada item.

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

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

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

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

Apêndice III

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo "Instrumento de avaliação alimentar pediátrica PediEAT : *Contributo* para a População Portuguesa" insere-se no âmbito do Mestrado em terapia ocupacional – Especialização em Integração Sensorial e está a ser realizado pela aluna Carla Alexandra Pereira de Medeiro Graça.

Com esta investigação pretende-se contribuir para uma base normativa do PediEAT, em crianças dos 6 meses aos 3 anos de idade, que não apresentem atrasos de desenvolvimento, atrasos na linguagem nem outras patologias, como por exemplo, transtorno do espectro do autismo e paralisia cerebral. Em historias de nascimento prematuro antes das 37 semanas, anomalias estruturais no rosto, boca ou trato gastrointestinal, que apresentem limitações em realizar atividades que de outras crianças que na sua idade fossem capaz de fazer ou alimentação problemática, para que o instrumento seja validado para a nossa população e o Terapeuta ocupacional possa utilizar ferramentas fiáveis na sua prática clínica e profissional de modo a facilitar a identificação precoce e o tratamento em crianças com problemas na alimentação.

Sendo necessário incluir a participação dos pais com crianças dos 6 meses aos 3 anos de idade que apresentem um desenvolvimento normal. Os pais deverão saber ler e escrever em português ter acesso à internet e terem mais de 18 anos de idade.

Para o efeito, o instrumento será aplicado através de formato de papel e eletrónico.

Assim, solicita-se a sua participação neste estudo, salientando que a sua colaboração é fundamental para a realização do mesmo.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco e todas as informações fornecidas são estritamente confidenciais para os resultados que serão posteriormente codificados e utilizados apenas neste estudo.

Salienta-se que a sua participação neste estudo será anónima e voluntária, podendo retirar-se a qualquer altura, bem como recusar participar, sem que tal tenha qualquer consequência para si.

Ao assinar este consentimento concorda com a sua participação e que a sua informação possa ser usada, para a divulgação dos resultados obtidos, para isso deverá responder com sinceridade a todas as questões incluídas no questionário e no instrumento, fornecidas pelo investigador.

No caso de dúvidas ou questões, antes ou durante o estudo deve contactar – carlaalexandrag@gmail.com

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

Data ...../...../.....

Assinatura do Investigador

_____

Data ...../...../.....

Assinatura do participante

_____

Apêndice IV

Analise descritiva de frequência das dimensões da escala

Analise descritiva -tabela de frequência das dimensões do instrumento PediEAT

			Freq	%
Sintomas Fisiológicos				
1.Fica com lagrimas nos olhos quando come	**0**	**Nunca**	**175**	**86,6**
	1	Quase nunca	21	10,4
	2	Às vezes	5	2,5
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
2.Fica vermelha à volta dos olhos ou na cara quando come	**0**	**Nunca**	**193**	**95,5**
	1	Quase nunca	6	3,0
	2	Às vezes	3	1,5
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
3.Tosse quando come ou depois de comer	**0**	**Nunca**	**127**	**62,9**
	1	Quase nunca	46	22,8
	2	Às vezes	28	13,6
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre	1	,5
		Total	202	100,0
4.Faz sons como gargarejar ou como se precisasse de tossir ou clareia a garganta enquanto come ou depois de comer	**0**	**Nunca**	**169**	**83,7**
	1	Quase nunca	21	10,4
	2	Às vezes	9	4,5
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre		
		Não respondem	1	,5
		Total	202	100,0
5.Soa de forma diferente enquanto come ou depois (por exemplo, a voz torna-se rouca, estridente ou silenciosa)	**0**	**Nunca**	**195**	**96,5**
	1	Quase nunca	5	2,5
	2	Às vezes	2	,9
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
6.Engasga-se ou tosse com água ou com outros líquidos finos	**0**	**Nunca**	**86**	**42,6**
	1	Quase nunca	56	27,7
	2	Às vezes	53	26,2
	3	Muitas vezes	7	3,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
7.Baixa a cabeça em direção ao peito quando engole	**0**	**Nunca**	**178**	**88,1**
	1	Quase nunca	16	7,9
	2	Às vezes	7	3,5
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
8.Tem comida ou líquidos a sair pelo nariz quando come				
	0	**Nunca**	**199**	**98,5**
	1	Quase nunca	3	1,5
	2	Às vezes		
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		

		Total	202	100,00
9.Fica pálida ou azulada à volta dos lábios durante as refeições	**0**	**Nunca**	**200**	**99,0**
	1	Quase nunca	2	1,0
	2	Às vezes		
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
10.Respira mais rapidamente ou com mais dificuldade enquanto come	**0**	**Nunca**	**189**	**93,6**
	1	Quase nunca	9	4,5
	2	Às vezes	5	2,0
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
11.Precisa de parar durante a refeição para descansar ou para recuperar o fôlego	**0**	**Nunca**	**166**	**82,2**
	1	Quase nunca	25	12,4
	2	Às vezes	10	5,0
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,00
12.Fica cansada de comer e não é capaz de terminar	**0**	**Nunca**	**173**	**85,6**
	1	Quase nunca	21	10,4
	2	Às vezes	8	4,0
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
13.Transpira/fica suada durante as refeições	**0**	**Nunca**	**202**	**91,0**
	1	Quase nunca	13	5,9
	2	Às vezes	7	3,2
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
14.Inclina a cabeça para trás enquanto come	**0**	**Nunca**	**177**	**87,6**
	1	Quase nunca	19	9,4
	2	Às vezes	6	3,0
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,00
15.Arrota mais do que o habitual enquanto come	**0**	**Nunca**	**184**	**91,1**
	1	Quase nunca	12	5,9
	2	Às vezes	4	2,0
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre	1	,5
		Total	202	100,0
16.Vomita durante a hora das refeições	**0**	**Nunca**	**186**	**92,1**
	1	Quase nunca	11	5,4
	2	Às vezes	5	2,5
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,00
17.Vomita entre as refeições (entre 30 minutos após a última refeição e até à próxima)	**0**	**Nunca**	**190**	**94,1**
	1	Quase nunca	11	5,4
	2	Às vezes	1	5,4
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		

		Total	202	100,0
18.Arqueia as costas durante ou após as refeições	**0**	**Nunca**	**192**	**95,0**
	1	Quase nunca	9	4,5
	2	Às vezes	1	,5
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
19.Engasga-se quando é altura de comer (por exemplo, quando vê a comida ou quando a sentam na cadeira de alimentação)	**0**	**Nunca**	**200**	**99,0**
	1	Quase nunca	2	1,0
	2	Às vezes		
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
20.Engasga-se com comida mole como pudim	**0**	**Nunca**	**185**	**91,6**
	1	Quase nunca	17	8,4
	2	Às vezes		
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
21.Engasga-se com comida com textura como papas de aveia	**0**	**Nunca**	**177**	**87,6**
	1	Quase nunca	22	10,9
	2	Às vezes	3	1,5
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Total	202	100,0
22.Engasga-se, tosse ou vomita quando escova os dentes (se a criança ainda não tem dentes, escolha a opção. Nunca. Se a criança não permite que lhe escovem os dentes, escolha a opção sempre)	**0**	**Nunca**	**164**	**81,2**
	1	Quase nunca	23	11,4
	2	Às vezes	5	2,5
	3	Muitas vezes	3	1,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre	7	3,5
		Total	202	100,0
23.Fica com a barriga inchada depois de comer	**0**	**Nunca**	**144**	**71,3**
	1	Quase nunca	33	16,3
	2	Às vezes	13	6,4
	3	Muitas vezes	7	3,5
	4	Quase sempre	4	2,0
	5	Sempre	1	,5
		Total	202	100,0
24.Fica com a cara vermelha, pode chorar com a saída das fezes	**0**	**Nunca**	**119**	**58,9**
	1	Quase nunca	33	16,3
	2	Às vezes	36	18,8
	3	Muitas vezes	8	4,0
	4	Quase sempre	3	1,5
	5	Sempre	1	,5
		Total	202	100,0
25.Tem Gases	**0**	Nunca	31	15,3
	1	**Quase nunca**	**63**	**31,2**
	2	**Às vezes**	**86**	**42,6**
	3	Muitas vezes	16	7,9
	4	Quase sempre	3	1,5
	5	Sempre	3	1,5
		Total	202	100,0
26.Baba-se quando come	**0**	**Nunca**	**146**	**72,3**
	1	Quase nunca	36	17,8
	2	Às vezes	17	8,4
	3	Muitas vezes	2	1,0
	4	Quase sempre	1	,5

	5	Sempre		
		Total	202	100,0
27.Tem dificuldade em comer por ter o nariz entupido	**0**	**Nunca**	**85**	**42,1**
	1	Quase nunca	65	32,2
	2	Às vezes	45	22,3
	3	Muitas vezes	3	1,5
	4	Quase sempre	2	1,0
	5	Sempre	2	1,0
		Total	202	100,0
Comportamentos Problemáticos na Hora das Refeições				
28.Começa a brincar ou a falar para evitar comer	**0**	**Nunca**	**86**	**42,6**
	1	Quase nunca	52	25,7
	2	Às vezes	53	26,2
	3	Muitas vezes	8	4,0
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	1	,5
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
29.Necessita que lhe digam para começar a comer	**0**	**Nunca**	**99**	**49,0**
	1	Quase nunca	47	23,3
	2	Às vezes	43	21,0
	3	Muitas vezes	6	3,0
	4	Quase sempre	3	1,5
	5	Sempre	3	1,5
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
30.Tem de ser lembrada para continuar a comer	**0**	**Nunca**	**84**	**41,6**
	1	Quase nunca	44	21,8
	2	Às vezes	56	27,7
	3	Muitas vezes	10	5,0
	4	Quase sempre	3	1,5
	5	Sempre	4	2,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
31.Não quer comer durante as refeições, mas quer comer depois	**0**	**Nunca**	**90**	**44,6**
	1	Quase nunca	53	26,2
	2	Às vezes	48	23,8
	3	Muitas vezes	7	3,5
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	2	1,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
32. Para de comer depois de algumas dentadas	**0**	**Nunca**	**77**	**38,1**
	1	Quase nunca	52	25,7
	2	Às vezes	56	27,7
	3	Muitas vezes	10	5,0
	4	Quase sempre	2	1,0
	5	Sempre	2	2,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
33.Recusa-se a comer	**0**	Nunca	**80**	**39,6**
	1	Quase nunca	58	28,7
	2	Às vezes	49	24,3
	3	Muitas vezes	12	5,9
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	1	,5
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
34. Mostra mais stress durante as refeições do que noutros momentos (lamenta-se, chora, fica zangada, faz birras)	**0**	**Nunca**	**119**	**58,9**
	1	Quase nunca	46	22,6
	2	Às vezes	28	13,9
	3	Muitas vezes	5	2,5

	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	2	1,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
35.Gosta de alguma coisa num dia e já não gosta do seguinte	**0**	**Nunca**	**90**	**44,6**
	1	Quase nunca	50	24,8
	2	Às vezes	46	22,8
	3	Muitas vezes	13	6,4
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	1	,5
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
36. Insiste em que a comida seja oferecida de uma determinada maneira (como por exemplo, a forma como a comida aparece no prato, ou o prato ou colher que usa, ou onde se senta)	**0**	**Nunca**	**131**	**64,9**
	1	Quase nunca	32	15,8
	2	Às vezes	24	11,9
	3	Muitas vezes	8	4,0
	4	Quase sempre	4	2,0
	5	Sempre	2	1,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
37. Insiste em ser alimentada pela (s) mesma(s) pessoa(s)	**0**	**Nunca**	**123**	**60,9**
	1	Quase nunca	47	23,3
	2	Às vezes	24	11,9
	3	Muitas vezes	4	2,0
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	1	,5
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
38. Fica incomodada com o cheiro da comida	**0**	**Nunca**	**182**	**90,1**
	1	Quase nunca	14	6,9
	2	Às vezes	3	1,5
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre		
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
39.Atira ou afasta a comida	**0**	**Nunca**	**77**	**38,1**
	1	Quase nunca	45	22,3
	2	Às vezes	60	29,7
	3	Muitas vezes	17	8,4
	4	Quase sempre		
	5	Sempre	1	,5
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
40.Prefere beber em vez de comer	**0**	**Nunca**	**105**	**52,0**
	1	Quase nunca	52	25,7
	2	Às vezes	31	15,3
	3	Muitas vezes	11	5,4
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	1	,5
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
41. Prefere comida crocante	**0**	**Nunca**	**108**	**53,5**
	1	Quase nunca	49	24,3
	2	Às vezes	31	15,3
	3	Muitas vezes	6	3,0
	4	Quase sempre	3	1,5
	5	Sempre	3	1,5
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
42.Come melhor quando entretida	**0**	Nunca	58	28,7
	1	Quase nunca	25	12,4
	2	**Às vezes**	**54**	**31,7**
	3	Muitas vezes	24	11,9

	4	Quase sempre	15	7,4
	5	Sempre	14	6,9
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
43.Demora mais de 30 minutos para comer	**0**	**Nunca**	**74**	**36,6**
	1	Quase nunca	59	29,2
	2	Às vezes	45	22,3
	3	Muitas vezes	12	5,9
	4	Quase sempre	7	3,5
	5	Sempre	3	1,5
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
44.Precisa que a hora da refeição seja calma	**0**	**Nunca**	**73**	**36,1**
	1	Quase nunca	36	17,8
	2	Às vezes	36	17,8
	3	Muitas vezes	17	8,4
	4	Quase sempre	19	9,4
	5	Sempre	19	9,4
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
45.Quer a mesma comida mais de duas semanas seguidas	**0**	**Nunca**	**126**	**62,4**
	1	Quase nunca	32	15,8
	2	Às vezes	27	13,4
	3	Muitas vezes	7	3,5
	4	Quase sempre	4	2,0
	5	Sempre	4	2,0
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
46.Gosta de comer	**0**	**Sempre**	**97**	**48,0**
	1	Quase sempre	60	29,7
	2	Muitas vezes	22	10,9
	3	Às vezes	20	9,9
	4	Quase nunca		
	5	Nunca	2	1,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
47.Come alimento variados (frutas, vegetais, proteínas, etc)	**0**	**Sempre**	**126**	**62,4**
	1	Quase sempre	31	15,3
	2	Muitas vezes	24	11,9
	3	Às vezes	11	5,4
	4	Quase nunca	6	3,0
	5	Nunca	2	1,0
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
48. Está disposta a ficar sentada durante a hora da refeição	**0**	**Sempre**	**101**	**50,0**
	1	Quase sempre	55	27,2
	2	Muitas vezes	13	6,4
	3	Às vezes	23	11,4
	4	Quase nunca	4	2,0
	5	Nunca	4	2,0
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
49. Abre a boca quando lhe é oferecida comida	**0**	**Sempre**	**104**	**51,5**
	1	Quase sempre	63	31,2
	2	Muitas vezes	14	6,9
	3	Às vezes	13	6,4
	4	Quase nunca	5	2,5
	5	Nunca	2	1,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
50. Está disposta a tocar na comida com as mãos				

	0	**Sempre**	**116**	**57,4**
	1	Quase sempre	39	19,3
	2	Muitas vezes	25	12,4
	3	Às vezes	15	7,4
	4	Quase nunca	3	1,5
	5	Nunca	3	1,5
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
Seletividade/Alimentação Restritiva				
51.Come alimentos com texturas variadas misturas	**0**	**Sempre**	**79**	**39,1**
	1	Quase sempre	40	19,8
	2	Muitas vezes	30	14,9
	3	Às vezes	36	17,9
	4	Quase nunca	8	4,0
	5	Nunca	7	3,5
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
52.Come comida mais quente que a temperatura da sala	**0**	Sempre	22	10,9
	1	Quase sempre	38	18,8
	2	Muitas vezes	26	12,9
	3	**Às vezes**	**51**	**25,2**
	4	Quase nunca	31	15,3
	5	Nunca	30	14,9
		Não responde	4	2,0
		Total	202	100,0
53. Está disposta a comer sozinha (se ainda pequena, segura no copo, come bolacha sozinha)	**0**	**Sempre**	**115**	**56,9**
	1	Quase sempre	35	17,3
	2	Muitas vezes	25	12,4
	3	Às vezes	9	4,5
	4	Quase nunca	6	3,0
	5	Nunca	10	5,0
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
54. Mantém a comida na boca enquanto come (comida significa que não são líquidos)	**0**	**Sempre**	**91**	**45,0**
	1	Quase sempre	31	15,3
	2	Muitas vezes	16	7,9
	3	Às vezes	31	15,3
	4	Quase nunca	15	7,4
	5	Nunca	17	8,4
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
55.Mantém os líquidos na boca enquanto bebe	**0**	**Sempre**	**91**	**45,0**
	1	Quase sempre	22	10,9
	2	Muitas vezes	7	3,5
	3	Às vezes	27	13,4
	4	Quase nunca	25	12,4
	5	Nunca	29	14,4
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
56. Mantém a língua dentro da boca enquanto come	**0**	**Sempre**	**156**	**77,2**
	1	Quase sempre	22	10,9
	2	Muitas vezes	4	2,0
	3	Às vezes	7	3,5
	4	Quase nunca	6	3,0
	5	Nunca	6	3,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
57. Mostra ter fome antes das refeições				

	0	**Sempre**	**60**	**29,7**
	1	Quase sempre	39	19,3
	2	Muitas vezes	33	16,3
	3	**Às vezes**	**58**	**28,7**
	4	Quase nunca	5	2,5
	5	Nunca	5	2,5
		Não responde	2	1,0
		Total	202	100,0
58. Come comida que precisa ser mastigada	**0**	**Sempre**	**107**	**53,0**
	1	Quase sempre	37	18,3
	2	Muitas vezes	9	4,5
	3	Às vezes	16	7,9
	4	Quase nunca	2	1,0
	5	Nunca	30	14,9
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
59.Come comida com textura como papas de aveia	**0**	**Sempre**	**74**	**36,6**
	1	Quase sempre	23	11,4
	2	Muitas vezes	30	14,9
	3	Às vezes	33	16,3
	4	Quase nunca	15	7,4
	5	Nunca	26	12,9
		Total	202	100,0
60.Come comida gelada como gelados	**0**	**Sempre**	**59**	**29,2**
	1	Quase sempre	9	4,5
	2	Muitas vezes	20	9,9
	3	Às vezes	47	23,3
	4	Quase nunca	21	10,4
	5	Nunca	45	22,3
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
61.Mastiga a comida o suficiente	**0**	**Sempre**	**108**	**53,5**
	1	Quase sempre	47	23,3
	2	Muitas vezes	18	8,9
	3	Às vezes	17	8,4
	4	Quase nunca	3	1,5
	5	Nunca	8	4,0
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
62. Move a comida na boca de um lado para o outro enquanto mastiga sem ajuda	**0**	**Sempre**	**127**	**62,9**
	1	Quase sempre	33	16,3
	2	Muitas vezes	13	6,4
	3	Às vezes	14	6,9
	4	Quase nunca	3	1,5
	5	Nunca	11	5,4
		Não responde	1	,5
		Total	202	100,0
63. Cheira a comida ou objetos	**0**	**Nunca**	**68**	**33,7**
	1	Quase nunca	39	19,3
	2	Às vezes	54	26,7
	3	Muitas vezes	14	6,9
	4	Quase sempre	13	6,4
	5	Sempre	14	6,9
		Total	202	100,0
64. Cospe a comida para fora	**0**	Nunca	54	28,7
	1	Quase nunca	60	29,7
	2	**Às vezes**	**77**	**38,1**
	3	Muitas vezes	5	2,5

	4	Quase sempre	3	1,5
	5	Sempre	3	1,5
		Total	202	100,0
65.Come demasiadamente depressa	**0**	**Nunca**	**80**	**39,6**
	1	Quase nunca	69	34,2
	2	Às vezes	37	18,3
	3	Muitas vezes	9	4,5
	4	Quase sempre	4	2,0
	5	Sempre	3	1,5
		Total	202	100,0
Processamento Oral				
66.Armazena a comida nas bochechas ou no céu da boca	**0**	**Nunca**	**119**	**58,9**
	1	Quase nunca	52	26,7
	2	Às vezes	29	14,4
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre	1	,5
		Total	202	100,0
67.Fica com a comida presa nas bochechas ou no céu da boca	**0**	**Nunca**	**143**	**70,8**
	1	Quase nunca	44	21,8
	2	Às vezes	14	6,9
	3	Muitas vezes		
	4	Quase sempre		
	5	Sempre	1	,5
		Total	202	100,0
68.Prefere comida mole como iogurtes	**0**	Nunca	37	18,3
	1	Quase nunca	43	21,3
	2	**Às vezes**	**89**	**44,1**
	3	Muitas vezes	15	7,4
	4	Quase sempre	8	4,0
	5	Sempre	10	5,0
		Total	202	100,0
69.Põe demasiada comida na boca ao mesmo tempo	**0**	Nunca	50	24,8
	1	Quase nunca	49	24,3
	2	**Às vezes**	**72**	**35,6**
	3	Muitas vezes	20	9,9
	4	Quase sempre	10	5,0
	5	Sempre	1	,5
		Total	202	100,0
70. Põe os dedos na boca para mover a comida	**0**	**Nunca**	**123**	**60,9**
	1	Quase nunca	44	21,8
	2	Às vezes	25	12,4
	3	Muitas vezes	7	3,5
	4	Quase sempre	2	1,0
	5	Sempre	1	,5
		Total	202	100,0
71.Prefere sabores fortes	**0**	**Nunca**	**79**	**39,1**
	1	Quase nunca	58	28,7
	2	Às vezes	48	23,8
	3	Muitas vezes	13	6,4
	4	Quase sempre	2	1,0
	5	Sempre	2	1,0
		Total	202	100,0
72. Morde a colher ou garfo e não os larga facilmente	**0**	**Nunca**	**82**	**40,0**
	1	Quase nunca	63	31,2
	2	Às vezes	48	23,8
	3	Muitas vezes	5	2,5
	4	Quase sempre	2	1,0
	5	Sempre	2	1,0
		Total	202	100,0
73. Range os dentes quando está acordada (se a sua criança não tem dentes por favor selecione a opção "Nunca")	**0**	**Nunca**	**134**	**66,3**
	1	Quase nunca	35	17,3

	2	Às vezes	21	10,4
	3	Muitas vezes	9	4,5
	4	Quase sempre		
	5	Sempre	3	1,5
		Total	202	100,0
74.Mastiga brinquedos, roupas ou outros objetos	**0**	**Nunca**	**81**	**40,1**
	1	Quase nunca	44	21,8
	2	Às vezes	52	25,7
	3	Muitas vezes	13	6,4
	4	Quase sempre	5	2,5
	5	Sempre	7	3,5
		Total	202	100,0
75. Tem de ser lembrada para mastigar a comida	**0**	**Nunca**	**131**	**64,9**
	1	Quase nunca	42	20,8
	2	Às vezes	24	11,9
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	3	1,5
		Total	202	100,0
76.Suga a comida para a amolecer ou humedecer, em vez de a mastigar	**0**	**Nunca**	**143**	**70,0**
	1	Quase nunca	36	17,8
	2	Às vezes	18	8,9
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre	2	1,0
	5	Sempre	2	1,0
		Total	202	100,0
77. Mastiga a comida, mas não a engole	**0**	**Nunca**	**150**	**74,3**
	1	Quase nunca	40	19,8
	2	Às vezes	8	4,0
	3	Muitas vezes	1	,5
	4	Quase sempre	1	,5
	5	Sempre	2	1,0
		Total	202	100,0
78. Mastiga um bocado de comida por um longo período (cerca de 30 segundos ou mais)	**0**	**Nunca**	**114**	**56,4**
	1	Quase nunca	45	22,3
	2	Às vezes	30	14,9
	3	Muitas vezes	7	3,5
	4	Quase sempre	4	2,0
	5	Sempre	2	1,0
		Total	202	100,0

Apêndice v

Fatores Amos

Modelo 1 (estrutura original) : Coeficientes de Saturação dos itens nos Fatores

c			FATOR 1 coeficiente saturação				FATOR 2 coeficiente saturação				FATOR 3 coeficiente saturação				FATOR 4 coeficiente saturação
SF1	<---	F1	,305	**CP50**	<---	F2	,229	**SA51**	<---	**F3**	,337	**PO78**	<---	F4	,694
SF2	<---	F1	,227	**CP49**	<---	F2	,595	**SA52**	<---	**F3**	,336	**PO77**	<---	F4	,807
SF3	<---	F1	,429	**CP48**	<---	F2	,411	**SA53**	<---	**F3**	,369	**PO76**	<---	F4	,746
SF4	<---	F1	,473	**CP47**	<---	F2	,456	**SA54**	<---	**F3**	,286	**PO75**	<---	F4	,645
SF5	<---	F1	,318	**CP46**	<---	F2	,616	**SA55**	<---	**F3**	,347	**PO74**	<---	F4	,170
SF6	<---	F1	,530	**CP45**	<---	F2	,394	**SA56**	<---	**F3**	,484	**PO73**	<---	F4	,204
SF7	<---	F1	,397	**CP44**	<---	F2	,489	**SA57**	<---	**F3**	,386	**PO72**	<---	F4	,413
SF8	<---	F1	,317	**CP43**	<---	F2	,689	**SA58**	<---	**F3**	,489	**PO71**	<---	F4	,248
SF9	<---	F1	,309	**CP42**	<---	F2	,553	**SA59**	<---	**F3**	,375	**PO70**	<---	F4	,292
SF10	<---	F1	,332	**CP41**	<---	F2	,484	**SA60**	<---	**F3**	,396	**PO69**	<---	F4	,192
SF11	<---	F1	,471	**CP40**	<---	F2	,676	**SA61**	<---	**F3**	,834	**PO68**	<---	F4	,337
SF12	<---	F1	,456	**CP39**	<---	F2	,648	**SA62**	<---	**F3**	,734	**PO67**	<---	**F4**	,254
SF13	<---	F1	,330	**CP38**	<---	F2	,355	**SA63**	<---	**F3**	-,142	**PO66**	<---	**F4**	,223
SF14	<---	F1	,419	**CP37**	<---	F2	,387	**SA64**	<---	**F3**	,011				
SF15	<---	F1	,391	**CP36**	<---	F2	,522	**SA65**	<---	**F3**	-,009				
SF16	<---	F1	,184	**CP35**	<---	F2	,646								
SF17	<---	F1	,246	**CP34**	<---	F2	,695								
SF18	<---	F1	,352	**CP33**	<---	F2	,797								
SF19	<---	F1	,323	**CP32**	<---	F2	,854								
SF20	<---	F1	,247	**CP31**	<---	F2	,711								
SF21	<---	F1	,384	**CP30**	<---	F2	,683								
SF22	<---	F1	,137	**CP29**	<---	F2	,697								
SF23	<---	F1	,332	**CP28**	<---	F2	,653								
SF24	<---	F1	,214												
SF25	<---	F1	,372												
SF26	<---	F1	,398												
SF27	<---	F1	,346												