

# ANAMNESE FONOAUDIOLÓGICA NA SELETIVIDADE ALIMENTAR: PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

*Data de abril: 03/04/2024*

*Data de aceite: 03/06/2024*

### **Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César**

Fonoaudióloga, Doutora e Docente do curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe, campus São Cristóvão, São Cristóvão, Sergipe  
<https://orcid.org/0000-0002-9439-9352>

### **Emilly Shanaia Silva Vieira**

Fonoaudióloga Clínica  
<http://orcid.org/0000-0002-1995-3771>

### **Guilherme de Menezes Nóbrega**

Discente do curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe, campus São Cristóvão, São Cristóvão, Sergipe  
<https://orcid.org/0009-0008-1438-0282>

### **Larissa Bomfim Santos**

Discente do curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe, campus São Cristóvão, São Cristóvão, Sergipe  
<http://orcid.org/0009-0006-1520-0365>

### **Micaelle Carvalho Monteiro**

Fonoaudióloga Clínica  
<http://orcid.org/0009-0001-4636-7815>

### **Renata Ribeiro**

Fonoaudióloga clínica e Especialista em Motricidade Orofacial pelo CEFAC, São Paulo, São Paulo  
<https://orcid.org/0009-0004-3594-2193>

**RESUMO:** A seletividade alimentar pediátrica é uma entidade clínica que requer atenção interdisciplinar. O início de qualquer procedimento em saúde dá-se pela aplicação da anamnese, que é a entrevista guiada pelo profissional para o conhecimento da história de vida do paciente. O objetivo deste capítulo foi apresentar uma proposta de anamnese fonoaudiológica voltada para a seletividade alimentar. Para sua construção foi utilizada revisão integrativa com acréscimos de informações a partir da experiência na área dos autores. Assim, a anamnese foi constituída pelos dados de identificação, queixa, antecedentes e desenvolvimento, possibilitando ao fonoaudiólogo o planejamento de sua avaliação, indicadores tanto para a atuação com a família quanto para o encaminhamento a demais profissionais. Pode-se concluir que o instrumento é útil na prática clínica da seletividade alimentar pediátrica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Seletividade Alimentar, Anamnese, Fonoaudiologia.

**ABSTRACT:** Pediatric food fussiness is a clinical entity that requires interdisciplinary attention. The beginning of any health procedure occurs through the application of anamnesis, which is an interview guided by the professional to learn about the patient's life history. The objective of this chapter was to present a proposal for speech therapy history focused on food fussiness. For its construction, an integrative review was used with additions of information based on the author's experience in the field. Thus, the anamnesis consisted of identification, complaint, antecedent, and development data, enabling the speech therapist to plan their assessment and indicators for working with the family and for referral to other professionals. The instrument is helpful in the clinical practice of pediatric food fussiness.

**KEYWORDS:** Food Fussiness, Anamnesis, Speech Therapy.

## INTRODUÇÃO

Caracterizada pelo consumo limitado de alimentos, recusa, desinteresse e resistência para experimentar novos sabores, a seletividade alimentar (SA) pode resultar em problemas nutricionais podendo limitar as atividades sociais relacionadas à alimentação (ROCHA, 2019). O termo dificuldade alimentar geralmente é utilizado para agrupar os problemas alimentares envolvendo o consumo reduzido de alimentos e o medo de se alimentar, influenciados pelas condições sociais, demográficas, culturais, físicas, por experiências prévias, pelo estado nutricional entre outros. O modo pelo qual essas influências acontecem no decorrer da vida podem acarretar em SA.

As crianças com SA geralmente aceitam alimentos com que estão mais familiarizados, restringindo-os muitas vezes a determinado tamanho, cor, odor, temperatura, consistência, sabor, textura, formato ou marca (quando industrializado). Crianças seletivas consomem menos frutas, vegetais e micronutrientes, havendo menor ganho de peso, estatura e, conseqüentemente, menor índice de massa corpórea - IMC (SANTANA; ALVES, 2022). A criança pode ser seletiva com os alimentos por diversas razões, dentre as quais, uma delas pode ser explicada pela relação desenvolvida com a alimentação desde o nascimento ou até mesmo durante o período gestacional. Estudos revelam a importância da alimentação materna durante a gestação para um desenvolvimento infantil satisfatório (XU; YUAN, 2015), porém em relação à SA não há bases científicas até o momento que evidenciem essa associação.

Por haver fatores multidimensionais que podem acarretar em SA infantil, este capítulo tentará traçar seus principais aspectos a fim de subsidiar a prática clínica fonoaudiológica a partir de seu primeiro instrumento de trabalho, que é a anamnese.

## A ANAMNESE PROPRIAMENTE DITA

Dentre os aspectos que compõem uma anamnese deve-se iniciar pela identificação que pressupõe nome, idade, filiação e dados socioeconômicos e culturais. Para Scaglioni *et al.* (2018), o *status* socioeconômico, cultural e demográfico podem influenciar a relação do sujeito com os alimentos. Famílias com maiores rendas têm maiores possibilidades de oferecimento de alimentos diversificados e com melhor qualidade, de acesso à informação, práticas diversificadas de recreações/lazer entre outros. Assim, saber sobre a renda familiar e o grau de instrução podem trazer, ao profissional, indícios quanto aos aspectos supracitados. O estado civil dos genitores, como é essa relação e a educação dos filhos, incluindo a alimentar também merecem atenção. O apoio da família e, em especial, do cônjuge, desde o processo da amamentação, fortalece o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a introdução alimentar adequada a partir da manifestação da prontidão por parte da criança. Saber se o paciente é filho único ou não também possibilitará entender as experiências dos responsáveis em relação ao processo de introdução alimentar de seus filhos.

Quanto às principais queixas, precisam ser proferidas tanto pelos familiares quanto pelo paciente. Em relação aos familiares, tanto a quantidade quanto a qualidade dos alimentos ingeridos são queixas frequentes. A partir da queixa da família o profissional precisa entender como ocorre o processo da alimentação no contexto em que a criança está inserida. A alimentação envolve, além dos aspectos orgânicos, as emoções, a motivação, os contextos social, familiar e ambiental (JUNQUEIRA, 2017). Normalmente os alimentos mais rejeitados são verduras, legumes e frutas (GALLOWAY *et al.*, 2003), porém a criança com SA pode apresentar oscilações na preferência e na aceitação dos alimentos, havendo resistência em experimentar novos alimentos ou formas de preparação - esse comportamento causa preocupação nos responsáveis, mesmo que aparentemente seus filhos apresentem boa saúde (KACHANI *et al.*, 2005). Além disso, a queixa predominante é de recusa ou predileção por alguns alimentos, cabendo ao clínico delinear, na história pregressa da queixa, desde quando isso ocorre, se há preferência por alimentos por alguma característica e, principalmente, o comportamento de todos os envolvidos, tanto da criança (como irritação, birra, agressividade e/ou medo) quanto da família (uso de chantagem, distrações, violência verbal ou física, entre outros).

Na SA os momentos relacionados à alimentação trazem ansiedade para as crianças seletivas, familiares e cuidadores. Em relação à criança seletiva, geralmente a queixa está relacionada ao desconforto ao comer, sendo este um momento tido como estressante em sua rotina de vida. As queixas de todos os envolvidos já podem dar indícios de suas possíveis etiologias, havendo a necessidade que a abordagem seja multiprofissional (MILLER *et al.*, 2001). A SA é uma queixa comum nos dias atuais e que independe da condição socioeconômica, da cultura e da etnia (KERZNER *et al.*, 2015).

Antes de diagnosticar a SA propriamente dita, devem ser investigados quaisquer fatores etiológicos envolvidos. Nesse sentido, conhecer desde a gestação, até os momentos do parto e do pós-parto são referências importantes para a inferência do provável fator etiológico, estabelecimento de prognósticos e condutas. Durante a gestação fatores intrínsecos e extrínsecos podem acarretar em más formações craniofaciais, gastrointestinais e/ou desordens do neurodesenvolvimento. Sendo assim, avaliar os aspectos envolvidos durante esse período faz-se pertinente na prática clínica, uma vez que a SA é comum, por exemplo, na síndrome de Down, nas encefalopatias não progressivas e nos transtornos do espectro autista (TEA). Quanto menores forem a idade gestacional e o peso ao nascimento, maiores as chances da criança apresentar dificuldades alimentares (GERMANO *et al.*, 2022). Destarte, os resultados encontrados na literatura evidenciam a importância do conhecimento dos antecedentes individuais e momentos subsequentes, como o pós-parto.

No pós-parto imediato é importante questionar sobre a amamentação: se ocorreu na primeira hora de vida, se foi exclusiva até o sexto mês e mantida até os dois anos de idade ou mais, que seria o ideal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018). Porém, caso intercorrências tenham ocorrido, deve-se questionar como ocorreu a alimentação do bebê já nos primeiros dias, com a oferta de chuquinhas, mamadeiras e chupetas – todos precursores do desmame precoce. Há ainda a possibilidade da preocupação materna consciente com o ganho de peso durante a gestação e a presença de ansiedade e depressão, podendo acarretar em partos prematuros e abortos espontâneos (MARTÍNEZ-OLCINA *et al.*, 2020). O *blues* puerperal e a depressão pós-parto são considerados como fatores de risco para a SA (CAVALCANTE JÚNIOR; CAMPOS, 2015).

A SA deve ser investigada também no âmbito do histórico familiar, uma vez que pode prever dificuldades na alimentação, a exemplo da existência de doenças crônicas na família (como a diabetes *mellitus*, a obesidade e a hipertensão arterial - ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008) em virtude da necessidade da mudança de hábitos alimentares. A influência genética, as desordens neurológicas, metabólicas e psíquicas podem impactar a escolha por determinados alimentos e devem ser investigados. Em relação a esse último aspecto, cabe salientar que pais com transtorno alimentar (bulimia ou anorexia nervosa) apresentam fragilidades nos laços afetivos (LEONIDAS, 2012) e manifestações depressivas ou de ansiedade parental podem ser transferidas a comportamentos evitativos dos filhos em relação à comida (AMARAL *et al.*, 2021). Ter um olhar atencioso para a família é essencial para o sucesso de qualquer proposta terapêutica, incluindo a SA.

O último tópico de coleta de dados de uma anamnese costuma ser sobre o desenvolvimento do sujeito, em diferentes ciclos da vida. Desta forma, a primazia da alimentação infantil começa pela “*Golden Hour*” (hora de ouro), trazendo tanto benefícios à mãe quanto ao bebê (SILVA *et al.*, 2022). Parece importante questionar sobre como ocorreu o processo de aleitamento desde a sua forma até sua duração. Inúmeras pesquisas têm

demonstrado os amplos benefícios do aleitamento materno exclusivo no desenvolvimento biopsicosocial infantil, havendo a necessidade de esclarecimentos aos responsáveis e cuidadores acerca da introdução alimentar, uma vez que alimentos introduzidos antes dos seis meses de vida ou muito tardiamente podem induzir a dificuldades futuras na alimentação. São considerados fatores protetores o oferecimento de frutas, verduras na infância e a ingestão de alimentação saudável pela família (EMMETT; HAYS; TAYLOR, 2018, TAYLOR; EMMETT, 2019). Conhecer o comportamento dos responsáveis mediante à exigência alimentar de seus filhos, sobre como lidaram e lidam com essa situação no cotidiano fornece pistas para a abordagem familiar no enfrentamento da SA infantil.

Demais fatores como a qualidade da dieta ingerida e o modelo de alimentação dos pais também devem ser investigados. Em geral, os responsáveis preocupam-se também com a quantidade de alimento ingerido, uma vez que crianças seletivas tendem a apresentar menores valores de peso, de estatura e de IMC (SANTANA; ALVES, 2022). Contudo, na prática clínica com crianças seletivas, nem sempre o peso reduzido é uma realidade devido à preferência por alimentos industrializados gerando o consumo de altas taxas de farináceos, açúcares e gorduras saturadas. A análise da dieta alimentar não é de responsabilidade do fonoaudiólogo, porém o profissional precisa conhecer detalhadamente o padrão alimentar de seu paciente para delinear seu trabalho e encaminhar para a Nutrição. Às vezes, os pais rotulam seus filhos como muito magros ou obesos, quando na verdade estão no peso adequado para a idade. Essa representação do corpo também auxilia o fonoaudiólogo na tomada de decisões, como por exemplo, o encaminhamento para a Psicologia (não só a criança como os próprios familiares). Não basta investigar apenas os dados sobre a alimentação da criança, mas também os estilos parentais para a alimentação (responsivos, controladores, indulgentes e negligentes, KERZNER *et al.*, 2015). Já existe a adaptação transcultural para o português do Brasil do *Caregiver's Feeding Styles Questionnaire* (CFSQ) por Cauduro *et al.* (2017), permitindo ao profissional vislumbrar o controle e o manejo contingencial dos familiares e as práticas centradas na criança.

Deve-se ter em mente que crianças com transtorno do espectro autista (TEA) geralmente manifestam SA devido à desordem do processamento sensorial, tornando-as hiper ou hipossensíveis a diferentes texturas, sabores, cores, temperaturas, consistências (BANDINI *et al.*, 2010) e crocância/umidade (LÁZARO; SIQUARA; PONDÉ, 2020). Por muitos apresentarem um comportamento rígido e restrição de interesses (BANDINI *et al.*, 2010), os alimentos podem ainda serem separados ou recusados pelo tamanho, formato, embalagem, personagem que representa determinado alimento ou demais características. A escala LABIRINTO de avaliação do comportamento alimentar no TEA (LÁZARO; SIQUARA; PONDÉ, 2020) é útil para essas situações.

Experiências traumáticas com a alimentação (ex: internações hospitalares, uso de vias alternativas de alimentação, alergias e outras comorbidades) podem ser estressores que dificultam uma relação prazerosa com o alimento, principalmente nos primeiros

anos de vida. Acrescenta-se ainda a necessidade de investigação da relação existente entre o desenvolvimento motor oral e o neuropsicomotor (TELLES; MACEDO, 2008). Questionar sobre as dificuldades na coordenação motora fina pode facilitar a compreensão do clínico quanto às inabilidades da criança nesse sentido, evidenciando necessidade de acompanhamento da Terapia Ocupacional. A partir dos dados obtidos na anamnese e pela discussão do caso clínico com a equipe que o acompanha é possível delinear o projeto terapêutico singular do paciente, que deve ser articulado com as prioridades de sua situação clínica, com as expectativas, comorbidades e intervenções individuais e coletivas que deverão ocorrer tanto com o paciente quanto com sua família.

## CONCLUSÃO

Uma boa anamnese permite ao clínico uma visão geral do quadro do paciente, possibilitando o planejamento da avaliação, as possíveis orientações e os devidos encaminhamentos. As expectativas da família e o quanto a criança está motivada para mudar, o quanto compreendem do processo da alimentação e as comorbidades existentes são também fundamentais para o sucesso do tratamento. A partir do exposto, o instrumento de coleta de dados da anamnese para SA foi construído e espera-se que seja útil aos profissionais da área.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, P. L.; MOTTA, J. V. S.; MOREIRA, F. P. Análise da relação entre a saúde mental parental e o comportamento alimentar infantil: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6728, 2021. DOI: 10.25248/reas.e6728.2021.
- BANDINI, L. G. et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. **J. pediatrics**, v. 157, n. 2, p. 259-264, 2010. DOI: 10.1016/j.jpeds.2010.02.013.
- CAUDURO, G. N.; REPPOLD, C. T.; PACHECO, J. T. B. Adaptação transcultural do questionário de estilos parentais na alimentação (QEPA). **Aval. psicol.**, v. 16, n. 3, p. 293-300, 2017. DOI: 10.15689/ap.2017.1603.12452.
- CAVALCANTE JÚNIOR, J. A. M.; CAMPOS, V. A. **Evolução do blues puerperal para a depressão pós-parto**: revisão integrativa. 2015. 33f. Monografia [Bacharelado em Medicina], Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2015. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/7770>. Acesso em: 30 nov. 2022.
- EMMETT, P. M.; HAYS, N. P.; TAYLOR, C. M. Antecedents of picky eating behaviour in young children. **Appetite**, v. 130, p. 163-173, 2018. DOI: 10.1016/j.appet.2018.07.032.
- GALLOWAY, A. T.; LEE, Y.; BIRCH, L. L. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. **J. Am. Diet. Assoc.**, Chicago, v. 103, n. 6, p. 692-698, 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002822303002864>. Acesso em 30 nov. 2022.

GERMANO, A. et al. Associação entre prematuridade e dificuldades alimentares na infância: revisão sistemática. **Res. soc. dev.**, v. 11, n. 13, p. e52111335190, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i13.35190.

JUNQUEIRA, P. **Por que meu filho não quer comer?** Uma visão além da boca e do estômago. Bauru: Idea, 2017.

KACHANI, A. T. et al. Seletividade alimentar da criança. **Pediatria.**, v. 27, n. 1, p. 48-60, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-404473>. Acesso em: 30 nov. 2022.

KERZNER, B. et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. **Pediatrics**, v. 135, n. 2, p. 344-353, 2015. DOI: 10.1542/peds.2014-1630.

LÁZARO, C. P.; SIQUARA, G. M.; PONDÉ, M. P. Escala de avaliação do comportamento alimentar no transtorno do espectro autista: estudo de validação. **J. bras. psiquiat.**, v. 68, p. 191-199, 2020. DOI: 10.1590/0047-2085000000246.

LEONIDAS, C. **Redes sociais e apoio social no contexto dos transtornos alimentares**. 227f. 2012. Dissertação [Mestrado em Ciências], Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

MARTÍNEZ-OLCINA, M. et al. Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: a systematic review. **Medicina (Kaunas)**, v. 56, n. 7, p. 352, 2020. DOI: 10.3390/medicina56070352.

MILLER, C. K. et al. An interdisciplinary team approach to the management of pediatric feeding and swallowing disorders. **Child. health care.**, v. 30, n. 3, p. 201-218, 2001. DOI: 10.1207/S15326888CHC3003\_3.

ROCHA, G. S. S. et al. Análise da seletividade alimentar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. **Rev. eletrônica acervo saúde.**, n. 24, p. e538, 2019. DOI: 10.25248/reas.e538.2019.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. nutr.**, v. 21, p. 739-748, 2008.

SANTANA, P. S.; ALVES, T. C. H. S. Consequências da seletividade alimentar para o estado nutricional na infância: uma revisão narrativa. **Res. soc. dev.**, v. 11, n. 1, p. e52511125248, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25248.

SCAGLIONI, S. et al. Factors influencing children's eating behaviours. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p. 706, 2018. DOI: 10.3390/nu10060706.

SILVA, I. K. S. et al. Hora de ouro: a importância da promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido. **Res. soc. dev.**, v. 11, n. 11, p. e461111133794, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33794.

TAYLOR, C. M.; EMMETT, P. M. Picky eating in children: causes and consequences. **Proc Nutr Soc.**, v. 78, n. 2, p. 161-169, 2019. DOI: 10.1017/S0029665118002586.

TELLES, M. S.; MACEDO, C. S. Relação entre desenvolvimento motor corporal e aquisição de habilidades orais. **Pró-Fono Rev. atual. científ.**, v. 20, p. 117-122, 2008.

XU, H. J.; YUAN, X. J. Association between some factors in maternal pregnancy and childhood asthma with an onset before 3 years of age. **Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.**, v. 17, n. 6, p. 585-589, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action?** Geneva: World Health Organization, 2018.

## APÊNDICE

### ANAMNESE FONOAUDIOLÓGICA PARA SELETIVIDADE ALIMENTAR

#### 1 Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Idade atual: \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Realizado por (Nome e N° do CRFa): \_\_\_\_\_

Data da Anamnese: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Informante: Mãe ( ) Pai ( ) Outro ( ) \_\_\_\_\_

#### 2 Queixa quanto à alimentação: \_\_\_\_\_

\* caso não mencionado, verificar se há restrições ou queixas alimentares quanto à:

Se sim, assinalar	Possibilidades	Descrição
	Tamanho do alimento (*)	
	Cor do alimento (*)	
	Cheiro do alimento (*)	
	Consistência do alimento (*)	
	Temperatura do alimento (*)	
	Sabor do alimento (*)	
	Formato do alimento (*)	
	Outros (*)	

Legenda: (\*) - Especificar na descrição

#### 3 Antecedentes Individuais

3.1 Fez acompanhamento pré-natal? Sim ( ) Não ( ). Se sim, quantas consultas?

\_\_\_\_\_

3.2 Quanto ao histórico familiar e ao nascimento, assinalar, perguntar e descrever:

Se sim, assinalar	Histórico Familiar Patológico e Nascimento	Descrição
	Estado emocional durante a gestação ( <i>Como medo, fadiga, insônia, ansiedade, preocupação com a imagem corporal etc</i> )	



	<i>Blues puerperal (0-10 dias pós-parto) e depressão pós-parto (a partir de 2 semanas do pós-parto) maternas (Investigar na gestação do paciente e de outras gestações maternas: fator de risco para depressão materna).</i>	
	<i>Rede social de apoio no pós-parto (O parceiro(a) está implícito no processo, por isso, não considerar)</i>	
	<i>Estado emocional do pós-parto (Investigar blues puerperal e depressão pós-parto)</i>	
	<i>Hábitos de vida e alimentação dos pais (Acrescentar se houver relato de etilismo, tabagismo entre outros)</i>	
	<i>Distúrbios metabólicos (diabetes, hipertensão arterial sistêmica, colesterol elevado etc). Acrescentar o grau de parentesco.</i>	
	<i>Doenças maternas e paternas pré-existentes (Incluir alergias alimentares, doenças cardiovasculares, gastrointestinais etc)</i>	
	<i>Histórico de doenças da família (Depressão, seletividade alimentar, distúrbios genéticos, neurológicos etc.). Acrescentar o grau de parentesco.</i>	
	<i>Histórico de transtorno do espectro autista na família (Acrescentar o grau de parentesco)</i>	
	<i>Intercorrências na gestação( ), parto( ) e/ou pós-parto( ) (Nascimento pré-termo (&lt;37semanas), a termo (38-42 semanas) ou pós-termo (&gt;42 semanas). Anotar APGAR (1° e 5° minutos), estatura, peso e intercorrências.</i>	
	<i>Acompanhamentos profissionais (mãe e pai). Psicologia, neurologia, gastroenterologista, etc.</i>	
<b>Observações:</b>		

3.3 Quanto ao aleitamento materno, assinalar, perguntar e descrever (na descrição, colocar até que idade a criança foi amamentada em determinada modalidade, como foi o desmame etc.)

Se sim, assinalar	Dados	Descrição
	<i>Aleitamento materno exclusivo: Apenas leite materno até o 6° mês de vida (Descrever até que idade e se houve alguma dificuldade de pega, sucção, respiração, deglutição ou frênulo da língua).</i>	
	<i>Aleitamento materno predominante: Leite materno, água, sucos e chás (Descrever até que idade e se houve alguma dificuldade de pega, sucção, respiração, deglutição ou frênulo da língua).</i>	
	<i>Aleitamento materno misto ou parcial: Oferta do leite materno e outros leites (Descrever até que idade e se houve alguma dificuldade de pega, sucção, respiração, deglutição ou frênulo da língua).</i>	

	Aleitamento materno complementado: <i>Oferta do leite materno e alimentos sólidos e semi-sólidos (Descrever até que idade e se houve alguma dificuldade de pega, sucção, respiração, deglutição ou frênulo da língua).</i>	
	Aleitamento artificial: <i>Oferta de outros leites ou fórmulas</i>	
	Introdução de sucção nutritiva e não nutritiva: <i>Chupeta, mamadeira, chuquinha ou outros. (Descrever idade da introdução, tempo de permanência, tentativas de retirada, frequência do uso etc)</i>	
Observações:		

#### 4 Desenvolvimento infantil

Se sim, assinalar	Dados	Descrição
	Atraso no desenvolvimento pessoal social? <i>Sorriso social, comer e vestir-se sozinho, bater palmas mediante estímulos do ambiente, brinca com outras crianças, ajuda em casa, por exemplo.</i> <i>Caso apresente alterações nessa área, assinalar na descrição a época do diagnóstico, o especialista que acompanha a criança (nome) e o telefone para contato.</i>	
	Atraso no desenvolvimento motor grosso? <i>Sustentar a cabeça, sentar-se (com e sem apoio), rastejar, engatinhar, andar (com e sem apoio), correr, pular e jogar bola, por exemplo.</i> <i>Caso apresente alterações nessa área, assinalar na descrição a época do diagnóstico, o especialista que acompanha a criança (nome) e o telefone para contato.</i>	
	Atraso no desenvolvimento motor fino-adaptativo? <i>Seguir objetos em deslocamento com os olhos, pega objetos e os transfere de lugar (pode ser para outra mão ou colocar em outro lugar), usa lápis de cor, faz torres com blocos e tenta copiar desenhos, por exemplo. Caso apresente alterações nessa área, assinalar na descrição a época do diagnóstico, o especialista que acompanha a criança (nome) e o telefone para contato.</i>	
	Atraso no desenvolvimento da linguagem oral? <i>Reage a estímulos auditivos, vocaliza sons, ri, grita, emissão de vogais, de sílabas, dissílabos, trissílabos, frases simples, fala corretamente, aponta e nomeia figuras/partes do corpo/cores, as pessoas entendem o que a criança fala, se sabe contar os números, faz analogias e compreende o que é dito, por exemplo. Caso apresente alterações nessa área, assinalar na descrição a época do diagnóstico, o especialista que acompanha a criança (nome) e o telefone para contato.</i>	
	Atraso no desenvolvimento cognitivo? <i>Explora objetos, tenta superar obstáculos, cria símbolos fazendo uso de objetos substitutos para substituir algo ausente, conta fatos ocorridos, separa objetos por categorias (cor, forma, tamanho etc.), organiza brincadeiras e brinquedos e faz imitações (gestos, palavras, músicas), por exemplo.</i> <i>Caso apresente alterações nessa área, assinalar na descrição a época do diagnóstico, o especialista que acompanha a criança (nome) e o telefone para contato.</i>	

	<p>Atraso no desenvolvimento auditivo?  <i>Percebe a presença de sons no ambiente, sabe de onde veio o som, distingue um som do outro; reconhece sons (animais, de fala), consegue compreender o que é dito em ambientes com sinais acústicos competitivos e degradados e memoriza o que foi dito, por exemplo. Caso apresente alterações nessa área, assinalar na descrição o grau da dificuldade, a época do diagnóstico, o especialista que acompanha a criança (nome) e o telefone para contato. Caso faça uso de prótese auditiva, registrar quando começou a usar, se foi fácil a adaptação, se o uso é frequente e o tipo de prótese utilizada.</i></p>	
	<p>Atraso no desenvolvimento da dentição?  <i>Apresenta incisivos, caninos, pré-molares (a depender da idade da criança) e molares em bom estado de saúde e de boa relação entre si. Caso não, descreva a alteração do paciente na descrição ao lado e se a criança faz acompanhamento com algum especialista (anotar o nome, telefone e desde quando é acompanhado pela área).</i></p>	
<b>Observações:</b>		

## 5 Estado de saúde

Se sim, assinalar	Dados	Descrição
		<p><i>Caso faça uso de algum medicamento, registrar o medicamento e a posologia. Registrar também o nome e o telefone do especialista que acompanha o caso.</i></p>
	<p>Apresenta boa acuidade visual? <i>Caso apresente baixa acuidade visual, assinalar na descrição o grau do distúrbio apresentado, se faz uso de lentes corretivas e a época do diagnóstico.</i></p>	
	<p>Apresenta dificuldades relacionadas às funções orais? <i>Respiração, sucção, mastigação e deglutição (incluindo de saliva). Caso apresente (ou tenha apresentado) dificuldades sensório motoras orais, assinalar na descrição o distúrbio apresentado (exemplos: respiração oral, disfagia, sialorreia etc.) e a época do diagnóstico.</i></p>	
	<p>Apresenta distúrbios gastrointestinais? <i>Caso apresente (ou tenha apresentado) refluxo gastroesofágico, parasitoses, diarreias, vômitos, constipações entre outros, assinalar na descrição o distúrbio apresentado e a época do diagnóstico.</i></p>	
	<p>Apresenta algum transtorno do desenvolvimento infantil? <i>Aqui estão inclusos os transtornos do espectro autista, os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, os déficits intelectuais, os distúrbios de aprendizagem. Caso apresente, assinalar na descrição o distúrbio apresentado e a época do diagnóstico.</i></p>	

	Apresenta alguma deformidade craniofacial e/ou dentofacial? <i>Caso apresente discrepância maxilomandibular, macroglossia, síndrome, frontal proeminente entre outros, assinalar na descrição qual a deformidade apresentada e a época do diagnóstico.</i>	
	Apresenta alteração relacionado ao peso e/ou à altura? <i>Caso apresente baixo peso, sobrepeso, obesidade, seja pequeno ou alto demais para a idade, assinalar na descrição qual a alteração apresentada e a época do diagnóstico.</i>	
	Apresenta alteração no processamento sensorial? <i>Caso apresente necessidade de diminuição ou aumento de um estímulo para percebê-lo (hiper ou hiporresponsividade, respectivamente), se tiver desequilíbrio postural, dificuldades em executar seqüências de movimentos, em planejar e executar ações, assinalar na descrição qual a alteração apresentada e a época do diagnóstico.</i>	
	Apresenta integridade neuromotora muscular? <i>Aqui estão relacionadas a força, a mobilidade, a coordenação, o ritmo e o tônus muscular. Assinalar na descrição qual a alteração apresentada e a época do diagnóstico.</i>	
	Outras doenças/desordens/transtornos? <i>Citar outras afecções como necessidade de internações hospitalares, uso de vias alternativas de alimentação, alergias alimentares, epilepsia, transtorno metabólico congênito, doenças respiratórias e anemia, por exemplo. Assinalar na descrição qual a alteração apresentada e a época do diagnóstico.</i>	
<b>Observações:</b>		

**6 Histórico alimentar** (Ideal: introdução após os 6 meses de vida, a fim de estimular o Aleitamento Materno Exclusivo)

6.1 Sobre as categorias de alimentos consumidos pela criança.

Se sim, assinalar	Categoria dos alimentos consumidos pela criança	Descrição (Registrar os alimentos consumidos, a época em que foram introduzidos e caso não aceite determinada categoria, que estratégias adotaram para tentar introduzi-las)
	<b>1. Cereais, pães, raízes e tubérculos</b> Aveia, pão, arroz, farinhas integrais, batata doce entre outros.	
	<b>2. Hortaliças</b> (Verduras e legumes <i>in natura</i> ).	
	<b>3. Frutas</b> (Frutas <i>in natura</i> e suco de frutas (anotar se <i>in natura</i> ou se processados).	
	<b>4. Leguminosas</b> Grãos como: feijões, lentilha, grão de bico, soja e oleaginosas).	
	<b>5. Carnes e ovos</b>	
	<b>6. Leite e derivados</b>	

	<b>7. Óleos e gorduras</b> Óleo de soja, azeite, manteiga	
	<b>8. Açúcares</b> (Açúcar, mel, doces, refrigerantes, sucos industrializados e salgadinhos - alimentos ultraprocessados).	
<b>Observações:</b>		

## 6.2 Sobre a transição alimentar

Se sim, assinalar	Dados sobre a transição alimentar	Descrição
	Introdução de papinha? ____ meses ( <i>Ideal a partir dos 6m</i> ). <i>Descrever se era industrializada ou in natura. Dos 6m-2anos, recomenda-se alimentos in natura ou minimamente processados.</i>	
	A criança come alimentos similares aos da família? ( <i>Caso não, descrever a rotina dos alimentos consumidos. Exemplo: ao acordar, toma leite; no almoço, mandioca cozida, à tarde suco industrializado de caixinha, de marca específica e à noite, leite engrossado na mamadeira.</i> )	
	Introdução de alimentos sólidos? <i>Descrever quais, como eram oferecidos e idade da introdução.</i>	
<b>Observações:</b>		

## 6.3 Sobre o uso de utensílios

Se sim, assinalar	Utensílio	Descrição <i>Registrar se há ou houve presença de EAB, EAN ou ISRD.</i>
	Faz ou fez uso de mamadeira? <i>Se sim, descrever início, por quanto tempo, sobre o bico (formato, tamanho do furo) e alimentos oferecidos nesse utensílio.</i>	
	Faz uso de copo? <i>Se sim, descrever início, características do copo (se tem ou não tampa, canudo, plástico etc), sobre os alimentos oferecidos nesse utensílio.</i>	
	Faz uso de colher, garfo e/ou faca? <i>Se sim, descrever início, características do utensílio utilizado (tamanho, material: metal, plástico, silicone, formato usual ou adaptado para deficientes/cabo curvo), sobre os alimentos oferecidos nesse utensílio.</i>	
<b>Observações:</b>		

**Legendas:** EAB: escape de alimento pela boca, EAN: escape de alimento pelo nariz e ISRD: Incoordenação entre a sucção-respiração-deglutição.

## 6.4 Sobre os comportamentos perante a alimentação

Se sim, assinalar	Possíveis comportamentos	Descrição
	Solicita para comer? <i>Descrever quando faz isso, se pede ou não ajuda de um adulto e quais os alimentos que solicita.</i>	
	Apresenta horários fixos? <i>Se sim, descrever os horários da alimentação infantil.</i>	
	Apresenta rituais para comer? <i>Exemplo: carne não pode misturar com o arroz, um lugar/utensílio específico. Descrever.</i>	
	Ambiente agradável para a alimentação? <i>Descrever se a família se reúne para comer, se o ambiente é silencioso, sem brigas, com oferta diversificada de alimentos etc.</i>	
	Apresenta comportamentos inadequados às refeições? <i>Descrever os comportamentos da criança e da família mediante tais comportamentos. Exemplo: só come distraído, precisam fazer chantagem para a criança comer, se demonstra aversão/medo entre outros.</i>	
	Mastiga mal ou não mastiga os alimentos? <i>Descrever se a criança engole os alimentos sem mastiga-los, se mastiga com a boca aberta, se a mastigação é rápida ou devagar, se mastiga e cospe os alimentos, se lateraliza o alimento entre os hemiarcos, se precisa de líquidos para ajudar na mastigação etc.</i>	
	Alimenta-se apenas em locais específicos? <i>Descrever se a criança só se alimenta na própria residência ou na frente da TV, por exemplo.</i>	
	Experimenta novos alimentos?	
	Situação emocional determina a quantidade de alimento ingerido? <i>Descrever se a criança come mais ou menos quando está triste, ansiosa, preocupada, com raiva, feliz, cansada entre outros.</i>	
<b>Observações:</b>		

## 7. Hábitos de vida da criança

Se sim, assinalar	Hábitos de vida da criança	Descrição
	Frequenta escola? <i>Descrever série, horário, nome da escola/professora e telefone para contato e se apresenta dificuldades escolares.</i>	
	Frequenta reuniões da família? <i>Festas, almoços entre outros. Descrever o comportamento da criança com seus familiares e atividades preferidas</i>	
	A criança realiza atividades de lazer? <i>Se sim, quais e descrever se a família está ou não inserida nessas atividades. Acrescentar as atividades preferidas da criança.</i>	
	A criança realiza atividades físicas? <i>Descrever quais, dias e horários e se apresenta dificuldades.</i>	
<b>Observações:</b>		

## 8 Aspectos psíquicos (paciente e família)

Como avaliaria a dinâmica familiar?	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Nem boa nem ruim*	<input type="checkbox"/> Ruim*
Caso tenha assinalado as respostas com asterisco(*), justificar ao lado.			
<b>Observações:</b>			

*Assinatura do profissional:* \_\_\_\_\_

(carimbar)