

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**MARIA EDUARDA TRIVISOL**

**DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO  
INFANTIL EM URUGUAIANA/RS**

**Itaqui**

**2023**

**MARIA EDUARDA TRIVISOL**

**DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO  
INFANTIL EM URUGUAIANA/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Nutrição  
da Universidade Federal do  
Pampa, como requisito parcial  
para a obtenção do Título de  
Bacharel em Nutrição.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joice  
Trindade Silveira.

**Itaqui**

**2023**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos  
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do  
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

T841d Trivisiol, Maria Eduarda

DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE UMA ESCOLA DE  
EDUCAÇÃO INFANTIL EM URUGUAIANA/RS / Maria Eduarda Trivisiol.  
32 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade  
Federal do Pampa, NUTRIÇÃO, 2023.

"Orientação: Joice Trindade Silveira".

1. seletividade alimentar. I. Título.


**MARIA EDUARDA TRIVISIOI**

**DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS DE UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO  
INFANTIL EM URUGUAIANA/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Nutrição da  
Universidade Federal do Pampa, como  
requisito parcial para a obtenção do  
Título de Bacharel em Nutrição.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joice Trindade  
Silveira.

Trabalho de Conclusão de Curso

Banca examinadora:


Documento assinado digitalmente  
 JOICE TRINDADE SILVEIRA  
Data: 12/07/2023 11:08:07-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joice Trindade Silveira

Orientadora


Curso de Nutrição - UNIPAMPA

Documento assinado digitalmente  
 SHANDA DE FREITAS COUTO  
Data: 13/07/2023 17:34:36-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Shanda Couto

Curso de Nutrição - UNIPAMPA

Documento assinado digitalmente  
 MARINA DOS SANTOS  
Data: 13/07/2023 19:11:39-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marina Santos

Curso de Nutrição – UNIPAMPA

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por estar sempre comigo, me guiar e me dar forças para superar as minhas dificuldades. Agradeço aos meus pais, Vilma e Ailso por sempre estarem presentes e me apoiarem não só no período da Graduação, mas na vida. Sem vocês nada disso seria possível. Agradeço a minha irmã Paola, que mesmo de longe se fez tão presente neste período, toda minha gratidão a vocês.

Um agradecimento as amizades que fiz durante a graduação, sem dúvidas o caminho teria sido muito mais árduo sem a companhia de vocês.

Agradeço a todos os professores do curso, que ajudaram no meu progresso acadêmico, especialmente a minha orientadora professora Joice, que aceitou fazer parte deste momento tão importante para mim e para a graduação, obrigada por esclarecer inúmeras dúvidas e ser tão gentil e paciente sempre.

Gostaria de agradecer também a banca avaliadora, Professora Shanda e Marina, por terem aceitado o convite de participar do meu trabalho, admiro muito vocês.

E por fim, gratidão a todas as pessoas que conheci durante esse caminho e aos momentos incríveis que a Universidade me proporcionou durante esse período.

*“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”.*

## RESUMO

As dificuldades alimentares são classificadas como todo problema encontrado pelos pais ou responsáveis das crianças, em relação a recusa alimentar na hora das refeições. O objetivo deste trabalho foi identificar dificuldades alimentares em crianças na faixa etária de 4 e 5 anos em uma escola pública na cidade de Uruguaiana/RS. Foram convidadas a participar da pesquisa todos os pais ou responsáveis das crianças que frequentam a escola. O instrumento utilizado foi a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI), que possui 14 perguntas referentes à alimentação das crianças. Foram obtidas 31 respostas ao questionário. Observou-se que 9,68% (n=3) das crianças que frequentam a escola possuem algum grau de dificuldade alimentar, sendo 3,33% (n=1) criança com grau severo e 6,45% (n=2) crianças com grau moderado. As demais crianças, apesar de apresentarem comportamentos relacionados às dificuldades alimentares, não obtiveram uma pontuação elevada o suficiente para serem classificadas com dificuldade alimentar. De acordo com os seus responsáveis os comportamentos encontrados com maiores prevalências foram, o responsável precisa ir atrás da criança ou usar distrações para que ela coma, a alimentação dura em torno de 31-60min ou mais, a criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento e a alimentação da criança influencia de forma negativa a relações do responsável com o restante da família. É importante que sejam desenvolvidas estratégias para auxiliar pais e responsáveis na alimentação das crianças na superação das dificuldades alimentares.

**Palavras-chave:** comportamento alimentar, seletividade alimentar, pré-escolar, nutrição da criança.

## ABSTRACT

Feeding disorders are defined as problems related by parents of children in relation to food refusal at mealtimes at certain foods. The objective of this work was to identify feeding disorders in children by 4-5 years in a public school in the city of Uruguaiana/RS. All parents or guardians of children were invited to participate in the research. The instrument used was the Brazilian Infant Feeding Scale, which has 14 questions about children's feeding. A total of 31 responses to the questionnaire were obtained. It was observed that 9.68% (n=3) of the children who attend school have some degree of eating difficulty, with 3.33% (n=1) children with a severe degree and 6.45% (n=2) children with moderate degree. The other children, despite having behaviors related to eating difficulties, did not score high enough to be classified as having feeding disorders according to their guardians. It is important to develop strategies to help parents and caregivers in the feeding of children to overcoming feeding problems.

**Keywords:** eating behavior, food selectivity, preschool, child nutrition.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>24</b>
ANEXO 1 - Normas de publicação da revista O Mundo da Saúde. ....	24
ANEXO 2 - EBAI – Escala Brasileira de Alimentação Infantil. ....	32

## **1 APRESENTAÇÃO**

Após a apreciação da banca avaliadora, o presente trabalho será submetido à revista O Mundo de Saúde. As normas da revista encontram-se no ANEXO I.

Dificuldades alimentares em crianças em uma Escola de Educação Infantil em Uruguaiana/RS

**Autores**

Maria Eduarda Trivisiol, discente, Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil.

ORCID: 0009-0002-9781-4811

[mariatrivisiol.aluno@unipampa.edu.br](mailto:mariatrivisiol.aluno@unipampa.edu.br)

Joice Trindade Silveira, docente, Universidade Federal do Pampa, Itaqui, Rio Grande do Sul, Brasil.

ORCID: [0000-0001-5845-7503](https://orcid.org/0000-0001-5845-7503)

[joicesilveira@unipampa.edu.br](mailto:joicesilveira@unipampa.edu.br)

## 2 INTRODUÇÃO

Entende-se por dificuldade alimentar (DA) todo problema que afeta negativamente o processo dos pais ou cuidadores de suprirem alimento ou nutrientes à criança<sup>1</sup>. Estima-se que as dificuldades alimentares podem ocorrer em 20–35% da população pediátrica em geral com desenvolvimento neurotípico<sup>2</sup>. Na população pré-escolar, foram observados valores entre 14 e 50% de dificuldades alimentares<sup>3</sup>.

A DA está dividida em dois grandes grupos de acordo com a sua origem: 1) Orgânica - relacionada à alergia alimentar, doença celíaca, doença do refluxo gastroesofágico, e 2) Comportamental - dividida em três categorias: criança que come pouca quantidade, que come pouca variedade e/ou que tem medo de comer em decorrência de um evento traumático vivido<sup>4</sup>. Identificá-las o quanto antes pode evitar diversos problemas, visto que a longo prazo pode acarretar em consequências negativas para a criança, impactando assim no desenvolvimento cognitivo, nutricional e emocional<sup>5</sup>.

As crianças que possuem DAs podem apresentar consequências diversas, incluindo peso para idade abaixo do ideal, pode também ocorrer redução da velocidade de ganho ou até mesmo perda de peso, baixa imunidade, perdas cognitivas, redução da massa óssea e distúrbios metabólicos<sup>6</sup>. Outras consequências encontradas em crianças com idade entre 4 e 8 anos que possuem DA, foi prevalências de inadequação bastante elevadas para cálcio, ferro, zinco e vitamina A, podendo levar também a prejuízos imunológicos e à anemia<sup>6</sup>.

Os estudos sobre as dificuldades alimentares incluem investigações nas áreas de neofobia alimentar, que envolve a resistência em consumir ou a falta de vontade de experimentar alimentos desconhecidos<sup>7</sup>, bem como aspectos que melhoram a ingestão dos alimentos em crianças com seletividade alimentar<sup>8</sup> e também sobre a influência familiar no consumo da criança<sup>9</sup>. Tais estudos são importantes e estão relacionados aos diferentes aspectos e abordagens que envolvem as dificuldades alimentares.

Para investigar as dificuldades alimentares, foi desenvolvida no Canadá a escala *Montreal Children's Hospital Feeding Scale* (MCH-FS) que há poucos anos foi traduzida para o Brasil e intitulada Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)<sup>2</sup>. A validação mostrou bom nível de confiança e boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,79). A escala tem sido utilizada em

diferentes países, como Tailândia<sup>10</sup> e Polônia<sup>11</sup>, e ainda, foram encontrados estudos que utilizem a escala para avaliar as dificuldades alimentares em crianças no Brasil.

A escala MCHS-FS foi validada em diferentes populações infantis. Van Dijk<sup>12</sup> observou que crianças com transtorno do espectro autista (TEA) possuíam mais sintomas relacionados às dificuldades alimentares do que a população infantil em geral. Uma das características é o tempo de refeição, que costuma ser mais curta<sup>13</sup>. Em crianças com síndrome de Down, a pesquisa realizada com os pais mostrou maiores valores de recusa alimentar e afeto negativo durante as refeições<sup>14</sup>.

As dificuldades alimentares estão amplamente espalhadas na população infantil, e são motivo de preocupação para os pais/cuidadores, em virtude das consequências negativas relacionadas à saúde futura das crianças. Aliado a isso há falta de trabalhos que avaliem dificuldades alimentares no Brasil, visto que até o momento não existem dados publicados e disponíveis a respeito da utilização da escala EBAI para avaliar dificuldades alimentares em crianças. Nesse sentido o objetivo deste trabalho foi investigar as dificuldades alimentares em pré-escolares de uma escola municipal de educação infantil.

### 3 MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo descritivo, quantitativo, que investigou a prevalência de dificuldades alimentares em crianças de uma escola pública infantil de Uruguaiana/RS. A pesquisa foi realizada através de um questionário auto preenchível pelos pais/cuidadores destas crianças. O período de coleta de dados foi entre outubro e novembro de 2022.

A população alvo para o desenvolvimento da pesquisa foram pais/cuidadores das crianças que frequentam a escola. Foram convidados a participar todos os pais/cuidadores dos alunos que frequentam a escola, total de 70 pessoas. Foram excluídos os pais que não conseguem responder por dificuldades cognitivas, não saber ler ou escrever. No período da coleta de dados não havia crianças com TEA, porém em caso desse transtorno ou outras patologias que poderiam interferir no comportamento alimentar, seriam excluídas da pesquisa.

Inicialmente foi realizada uma primeira conversa com a diretora/coordenação da escola para apresentar a pesquisa e convidar a escola a participar. Após o aceite da escola, foram agendadas datas para a abordagem aos pais, que era feita na entrada ou saída das crianças na escola, momento em que foi realizada uma breve apresentação, explicação sobre a pesquisa e um convite à participação.

Os pais/cuidadores que concordaram em participar, receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para assinatura. Após a devolução do TCLE assinado, cada pessoa recebeu o questionário da pesquisa (ANEXO 1). Os participantes puderam responder assim que receberam o questionário, ou puderam responder o questionário em casa, sendo nesse caso, o prazo para devolução de 3 dias.

O instrumento da pesquisa foi a EBAI<sup>2</sup>, que possui 14 perguntas referentes ao comportamento alimentar da criança na hora das refeições, sobre tempo de duração das refeições, as habilidades de mastigação ou sucção da criança, a relação dos pais/cuidadores com a criança na hora das refeições e preocupação dos pais referente a alimentação dos mesmos. Cada pergunta do questionário possui uma escala com 7 variações de resposta, sendo numeradas de 1 a 7. Para cada resposta há uma pontuação específica que, ao final, classifica o indivíduo em “não apresenta dificuldade”, “dificuldade moderada” ou “dificuldade severa”.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, com os dados apresentados em termos de frequência, foi utilizado Microsoft Excel.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos da UNIPAMPA, onde o número do parecer de aprovação é 56691922.0.000.5323.

#### 4 RESULTADOS

Dos 70 alunos matriculados, foi possível entregar o questionário a 62 pais ou responsáveis. Destes, retornaram preenchidos 35 questionários, porém, houve 4 perdas devido à ausência da assinatura dos pais ou responsáveis no termo de consentimento. Dessa forma, foram incluídos na pesquisa as respostas de 31 pais ou responsáveis. A faixa etária das crianças envolvidas indiretamente no estudo foi de 4-5 anos. Do total de crianças, 21 (67,74%) do sexo feminino e 10 (32,26%) do sexo masculino.

A classificação dos graus de dificuldades encontra-se na Tabela 1. Observou-se que a prevalência de dificuldades alimentares neste grupo de pré-escolares foi de 9,68%.

**Tabela 1-** Grau de dificuldades alimentares por sexo da criança. Uruguaiana, RS. Brasil, 2022.

	<b>Feminino n(%)</b>	<b>Masculino n(%)</b>	<b>Total n(%)</b>
Não apresentou dificuldades	19 (61,29)	9 (29,03)	28 (90,32)
Dificuldade Leve	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dificuldade Moderada	2 (6,45)	0 (0)	2 (6,45)
Dificuldade Severa	0 (0)	1 (3,22)	1 (3,22)
Total (%)	21 (67,74)	10 (32,26)	31 (100%)

As descrição das características das dificuldades observadas nas crianças que possuíam grau moderado ou severo estão descritos no quadro 1.

**Quadro 1.** Dificuldades alimentares observadas pelos pais de crianças em idade pré-escolar com grau moderado e severo de dificuldade alimentar de uma escola em Uruguaiana, RS. Brasil, 2022.

<b>Dificuldade alimentar</b>	<b>Moderada (n)</b>	<b>Severa (n)</b>
Nauseia, cospe ou vomita algum tipo de alimento	2	1
O responsável precisa ir atrás da criança ou usar distrações	2	1
A habilidade da criança de mastigação ou sucção é muito ruim	2	1
A alimentação da criança influencia de forma negativa as suas relações familiares	2	1
A criança fica com a comida parada na boca sem engolir	1	1
O responsável precisa forçar a criança a comer ou beber	1	1

Alimentação em torno de 31- 60min ou mais	1	0
A criança faz birra, bagunça, manhã durante as refeições	1	1
Tempo de 11-20min para realizar as refeições	1	1

Observou-se que a criança com dificuldade alimentar severa possui 9 comportamentos relacionados às dificuldades alimentares, e as crianças com dificuldades alimentar moderada apresentaram 7 e 8.

Embora mais de 90% das crianças não tenha sido classificada com portadora de dificuldades alimentares, os relatos dos familiares demonstraram que há alguns comportamentos/situações relacionados às dificuldades alimentares presentes na hora das refeições, conforme a Tabela 2.

**Tabela 2** - Principais dificuldades alimentares mais frequentes observadas pelos pais de pré-escolares de uma escola em Uruguaiana, RS. Brasil, 2022.

Questão	n	%
O responsável precisa ir atrás da criança ou usar distrações	15	48,39
Alimentação em torno de 31-60min ou mais	11	35,48
Nauseia, cospe ou vomita algum tipo de alimento	11	35,48
A alimentação da criança influencia de forma negativa as suas relações familiares	11	35,48
Preocupação do responsável em relação a alimentação da criança	10	32,26
Comportamento da criança durante a refeição	8	25,81
A alimentação da criança influencia a sua relação com ela	8	25,81

No total, 30 (96,77%) dos pais ou responsáveis relataram um ou mais comportamentos característicos das dificuldades alimentares, especialmente o uso de distrações na hora das refeições, o tempo excessivo e a rejeição das crianças à alimentos específicos e a influência negativa as suas relações familiares.

## 5 DISCUSSÃO

Estima-se que de 8 a 50% das crianças possuam dificuldades alimentares, e mais da metade dos pais descrevem que seus filhos são seletivos ou comem pouco<sup>15</sup>. Embora a maioria dessas crianças seja levemente afetada pelas dificuldades, uma pequena porcentagem apresenta um distúrbio alimentar grave<sup>16</sup>. No presente estudo, a prevalência de dificuldades alimentares no grupo de pré-escolares foi de 9,68% (n=3), sendo 2 crianças com dificuldade moderada e 1 criança com dificuldade alimentar severa. Já foram observadas, entretanto, percentuais mais elevados de dificuldades alimentares, como no estudo de Diniz<sup>2</sup> que encontrou dificuldade alimentar leve em 27,9% dos casos, moderada em 17,6% e grave em 33,8%. Porém neste trabalho o grupo dos casos foi composto por pais/cuidadores de crianças que estavam em tratamento ou que haviam sido encaminhadas para avaliação fonoaudiológica por dificuldades alimentares, bem como em consultórios de fonoaudiólogos especialistas em problemas de alimentação<sup>2</sup>.

A versão holandesa do questionário MCH-FS<sup>12</sup> já foi aplicada para avaliar as DA em crianças com TEA. Em seu trabalho Van drik<sup>12</sup> encontrou 15 crianças que enquadraram-se na categoria 'problemas leves', 6 crianças na categoria 'problemas moderados' e 3 crianças na categoria 'problemas graves'<sup>12</sup>. Porém, crianças com TEA têm uma probabilidade cinco vezes maior de ter problemas de alimentação quando comparadas com crianças sem o transtorno, conforme apresentado em uma revisão sistemática de Sharp et al<sup>17</sup>.

Em geral, crianças com dificuldades alimentares apresentam comportamentos como pouco apetite, recusa alimentar, desinteresse pelos alimentos, birras para comer, exigência de rituais à mesa, refeições com longo tempo de duração e insatisfação materna com a alimentação dos filhos<sup>18-19</sup>. As principais dificuldades observadas em comum pelos pais ou responsáveis das crianças com grau moderado ou severo - náuseas ou vômitos na hora das refeições, o responsável precisa ir atrás da criança para que ela coma e influência negativa na relação familiar – já foram relatadas por outros autores, porém, quando as dificuldades manifestam-se em conjunto, como no caso da presente pesquisa, com mais de 1 comportamentos, elas podem tornar o momento das refeições bastante desafiadores para os pais, ainda mais se considerarmos que ocorrerão ao menos quatro vezes ao dia.

A restrição e a pressão dos pais para que seus filhos comam gera um ambiente emocional negativo que acarreta em uma relação ruim das crianças com o alimento<sup>18-20</sup>. A pressão exercida pelos pais interfere de modo negativo, aumentando a aversão e a ansiedade das crianças pelos alimentos,

observado em um estudo com crianças de 3 a 5 anos.<sup>18-21</sup>. Com isso o ambiente doméstico proporcionado pela família parece influenciar diretamente no que as crianças irão comer<sup>22</sup>. Segundo Alvarenga<sup>4</sup>, a preferência por certos alimentos também é adquirida quando eles são consumidos em momentos agradáveis. Portanto, fazer das refeições momentos prazerosos, em ambientes tranquilos e em companhia, fará com que as crianças gostem e valorizem a comida que está sendo servida<sup>23</sup>.

As crianças que possuem dificuldades alimentares podem apresentar consequências diversas, incluindo peso para idade abaixo do ideal, pode também ocorrer redução da velocidade de ganho ou até mesmo perda de peso, baixa imunidade, perdas cognitivas, redução da massa óssea e distúrbios metabólicos<sup>6</sup>. Outras consequências encontradas em crianças com idade entre 4 e 8 anos que possuem DA, foi prevalências de inadequação bastante elevadas para cálcio, ferro, zinco e vitamina A, podendo levar também a prejuízos imunológicos e à anemia<sup>6</sup>.

Embora mais de 90% das crianças que participaram da pesquisa não tenham sido classificadas como portadoras de dificuldades alimentares, os relatos dos familiares demonstraram que há alguns comportamentos/situações relacionados às dificuldades alimentares presentes na hora das refeições. Quase 50% (48,39) dos pais ou responsáveis precisam ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, tv) durante a refeição para que ela coma. Melchior<sup>24</sup> relata que é necessário que durante as refeições não haja distrações, e que os pais/cuidadores precisam estar envolvidos com o ato de alimentar, dando modelo adequado e incentivando a criança a alimentar-se sozinha de forma saudável. Em 2019 a OMS elaborou um guia no qual a recomendação de telas (televisão, videogame etc) é de no máximo 1 hora por dia para crianças de 2 a 5 anos, e a Sociedade Brasileira de Pediatria veta o uso de telas durante as refeições (SBP, 2020). Além disso, o uso da televisão parece influenciar o consumo de alimentos mais calóricos e menos nutritivos, podendo levar tanto ao excesso de peso quanto à prejuízos no fornecimento de nutrientes que são essenciais para o desenvolvimento e crescimento adequado das crianças<sup>25</sup>.

A escala brasileira de alimentação infantil (EBAI) entende que a dificuldade alimentar está presente também nas crianças que realizam a refeição durante o período de 31min ou mais<sup>26</sup>. Sendo assim mais de 35% dos pais ou responsáveis das crianças que frequentam a escola identificaram este problema nas crianças. Diferente da pesquisa, em Portugal, no hospital pediátrico de Montreal, foi observado que crianças entre os seis meses e os seis anos de idade passaram pela classificação da escala de alimentação infantil e apresentam inicialmente sinais de apetite e, depois de iniciar a refeição, apresentam recusa – provavelmente relacionada à saciedade - entre 21 a 31 minutos após o

início da refeição<sup>27</sup>, indicando, de certa forma, que o tempo de 31 minutos seria o limite para uma refeição de crianças desta faixa etária.

Porém, há particularidades no tempo de refeição que precisam ser consideradas. Crianças pequenas tendem a comer até sentirem-se saciadas, porém, crianças maiores, a partir de 5 anos, passam a ser mais influenciadas pelo ambiente, e comer mais se há disponibilidade de mais alimento<sup>28</sup>. Além disso, as diferenças fisiológicas também podem influenciar. Um estudo realizado com crianças asmáticas, na idade entre 6 e 7 anos descreveu que este aspecto pode ser bastante variável, devido a possibilidade de a criança ter mais dificuldade e despenda mais tempo comendo, ou por fatores como incoordenação da respiração, ansiedade ou outros motivos, que a levem a fazer refeições mais rápidas e de forma apressada<sup>29</sup>.

Dos 31 pais ou responsáveis pelas crianças do estudo, 11 relataram que na maioria das vezes a criança náusea, cospe ou vomita com algum tipo de alimento na hora das refeições. Guillen<sup>29</sup> relata que no estudo realizado com crianças asmáticas uma minoria apresentou comportamentos de náusea, de cuspir ou vomitar, bem como de retenção do alimento na boca antes de engolir. A náusea é uma consequência de algum estímulo anterior. No caso de a criança já ter ingerido certa quantidade de alimento, a náusea pode ser uma manifestação fisiológica do preenchimento gástrico excessivo, e já foi relatado que a dificuldade das mães em reconhecer os sinais de saciedade das crianças podem impedir o desenvolvimento dos sinais de fome e saciedade<sup>30</sup>. A aversão por alimentos que causem sensações ruins, no caso da náuseas e/ou vômitos durante as refeições, pode durar o resto da vida, quer o alimento seja de fato a verdadeira causa da reação ou não<sup>31</sup>.

É importante saber que as dificuldades alimentares são comuns em crianças pequenas e podem persistir por toda a infância, mas se bem conduzidas podem ser superadas<sup>6</sup>. A compreensão dos pais sobre as fases do desenvolvimento infantil, o temperamento da criança e as preferências alimentares podem influenciar tanto o relacionamento entre ambos quanto as refeições em si<sup>32</sup>. Algumas atitudes dos pais como dar exemplo, comer o mesmo que é oferecido a criança, tornar a comida acessível, promover o contato com os alimentos saudáveis fora da mesa, disponibilizar alimentos menos aceitos nas refeições juntamente com alimentos preferidos, repetir a oferta de alimentos em momentos e preparações diferentes, realizar refeições em família, bem como entender que as vezes a criança pode estar sem fome ou indisposta para comer e aceitar variações na quantidade de costume podem incentivar a aceitação de novos alimentos<sup>4,33</sup>.

## 6 CONCLUSÃO

É possível concluir que o presente estudo identificou baixa prevalência de dificuldades alimentares nas crianças, de acordo com a Escala Brasileira de Alimentação Infantil. Uma criança foi classificada com dificuldade alimentar severa e duas crianças com dificuldade alimentar moderada. Estas dificuldades podem oferecer risco nutricional às crianças, bem como uma demanda extra aos pais, que necessitam de apoio e orientação sobre condutas adequadas no manejo dos comportamentos. Destaca-se que, embora não tenham sido classificadas como dificuldade alimentar na escola EBAI, observou-se que mais de 96% (96,77) das crianças apresentaram 1 ou mais comportamentos característicos das dificuldades alimentares. De acordo com os seus responsáveis os comportamentos encontrados com maiores prevalências foram, o responsável precisa ir atrás da criança ou usar distrações para que ela coma, a alimentação dura em torno de 31-60min ou mais, a criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento e a alimentação da criança influencia de forma negativa a relações do responsável com o restante da família. Os resultados encontrados serão apresentados a escola. Dessa forma, considera-se importante que sejam desenvolvidas estratégias de enfrentamento das dificuldades alimentares com participação de nutricionistas, outros profissionais de saúde, escola e famílias.

## REFERÊNCIAS

- 1 Maranhão HS et al. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. *Revista Paulista de Pediatria*, 2017; 36: 45-51.
- 2 Diniz PB, Fagundes SC, Ramsay M. Adaptação transcultural e validação da Montreal Children's hospital feeding scale para o português falado no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 2021; 39: 2
- 3 Dubois L, Fazendeiro A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda, F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2007; 4: 1-10.
- 4 Alvarenga M, et al. *Nutrição comportamental*. Editora Manole, 2015; 17: 443.
- 5 Siqueira BNF. Dificuldades alimentares entre pré-escolares e fatores associados. São Cristóvão. Programa de Pós Graduação em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Sergipe, 2018; 2.3: 25.
- 6 Nogueira ACA. Quais as possíveis complicações da criança que não come? Riscos de curto e longo prazos. *ORIENTAÇÕES GUIA*, 2022:59.
- 7 Pliner P. Development of measures of food neophobia in children. *Appetite*, 1994; 23:147-163.
- 8 Maier-nöth A, et al. The lasting influences of early food-related variety experience: a longitudinal study of vegetable acceptance from 5 months to 6 years in two populations. *PloS one*, 2016; 11: 3.
- 9 Howard AJ, et al. Toddlers' food preferences. The impact of novel food exposure, maternal preferences and food neophobia. *Appetite*, 2012; 59: 3. 818-825.
- 10 Benjasuwantep B, Rattanamongkolgul S, Ramsay M. The Thai version of the montreal children's hospital feeding scale (MCH-FS): psychometric properties. *J Med Assoc Thai*, 2015; 9: 2,163.
- 11 Bbik K, et al. The Polish version of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS): translation, cross-cultural adaptation, and validation. *Pediatr Pol*, 2019; 94: 299-305.

- 12 Van dijk MWG, Buruma ME, Blijd-hoogewys EMA. Detecting Feeding Problems in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 2021; 1-13.
- 13 Anglesea MM, Hoch H, Taylor BA. Reducing rapid eating in teenagers with autism: Use of a pager prompt. *Journal of applied behavior analysis*, 2008; 41:1:107-111.
- 14 Van dijk M, Lipke-steenbeek, W. Measuring feeding difficulties in toddlers with Down syndrome. *Appetite*, 2008;126: 61-65.
- 15 Maranhão HS, et al. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. *Revista Paulista de Pediatria*, 2017;36: 45-51.
- 16 Kerzner B, Milano K, MacLean WC. Berall G: Stuart S: Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135:344–53.
- 17 Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL. The autism MEAL plan: A parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism*. 2013;18(6):712–722.
- 18 Siqueira BNF. Dificuldades alimentares entre pré-escolares e fatores associados. São Cristóvão. Programa de Pós Graduação em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Sergipe, 2018:13.
- 19 Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford, JCG. Food neophobia and “picky/fussy” eating in children: a review. *Appetite*. 2008;50(2–3):181–93.
- 20 Van HK. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children’s eating behaviors. *Appetite*. 2012;58(2):567–74.
- 21 Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. “Finish your soup”: counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*. 2006;46(3):318–23.
- 22 Nogueira ACA. Quais as possíveis complicações da criança que não come? Riscos de curto e longo prazos. *ORIENTAÇÕES GUIA*, 2022:59.
- 23 Brasil. Ministério da Saúde . Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. 2. ed., 1. reimpr. Brasília : ministério da saúde, 2014.

- 24 Melchior AF, et al. Análise comparativa das funções de deglutição e mastigação em crianças de 3 a 9 anos com autismo e com desenvolvimento típico. *Distúrbios da Comunicação*, 2019;31:4:585-596.
- 25 Feitosa IC, Zanella PB. Impacto do consumo de alimentos em frente à televisão e sua relação com a obesidade infantil. *Brazilian Journal of Health Review*,2022; 5: 2404-2415.
- 26 Ramsay M, et al. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics & child health*, 2011;16: 3: 147-17.
- 27 Santos M. Escala de alimentação do Hospital pediátrico de Montreal: contributo para a validação do instrumento em Portugal Continental. Tese de Doutorado. 2016;48.
- 28 Papalia DE. Desenvolvimento físico e cognitivo na segunda infância. In: *Desenvolvimento Humano*. 2010, AMGH; 239.
- 29 Guillén CJ. Impacto da asma sobre a sensibilidade gustativa e o comportamento mastigatório e alimentar em crianças. 2019; 59.
- 30 Foman SJ. Paying attention to your baby's appetite to avoid overfeeding or underfeeding: part 1. Establishing habits of eating in moderation. *Pediatr Basis* 1994;69:8-11.
- 31 Schwartz C, Issanchou S, Nicklaus S. Developmental changes in the acceptance of the five basic tastes in the first year of life. *Br J Nutr* 2009; 102:1375 -85.
- 32 Manikam R, Perman, JA. Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2000; 30(1): p 34-46.
- 33 Wardle J. Modificando as preferências alimentares das crianças: os efeitos da exposição e recompensa na aceitação de um vegetal desconhecido. *Jornal europeu de nutrição clínica*. 2003; 57:2 341-348.

## ANEXOS

ANEXO 1 - Normas de publicação da revista O Mundo da Saúde.

Diretrizes para Autores

### Categorias de artigos aceitos:

A revista *O Mundo da Saúde* aceita apenas artigos originais e inéditos.

Não são aceitos para publicação na revista: artigos de revisão; relatos de experiência; estudos de caso; comunicações (excepcionalmente, artigos de revisão são aceitos em edições especiais, mediante convite dos editores da revista).

### Custo de publicação:

A revista *O Mundo da Saúde* prevê o pagamento de taxa de submissão (no ato da submissão) e de publicação (após a aprovação).

Para a submissão, é requerido o pagamento de R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais) não reembolsáveis.

Para a publicação, após aprovação do artigo, o custo é de R\$ 55,00 (cinquenta e cinco reais) por página final editorada.

Os dados para pagamento são:

Banco: Santander (033)

Agência: 0389

Conta corrente: 13003134-1

Favorecido: União Social Camiliana

CNPJ: 58.250.689/0004-35

### Preparo do manuscrito:

- São aceitos, no máximo, 07 (sete) autores por artigo, salvaguardadas as devidas exceções.
- Não serão aceitas (sob nenhuma hipótese) novas inserções de autores, durante ou após o processo de apreciação do artigo. Serão considerados autores apenas aqueles inseridos quando da submissão do artigo na plataforma.
- As referências bibliográficas devem limitar-se a 40 (quarenta), salvaguardadas as devidas exceções.
- O documento a ser submetido deve ser gravado em extensão doc. ou docx., em fonte *Times New Roman*, tamanho 12 (corpo do texto), espaçamento 1,5 e folha tamanho A4, com todas as margens de 2,0 cm.
- Para evitar o reconhecimento do(s) autor(es) pelos pareceristas, o documento contendo o manuscrito completo não deve conter nenhuma informação sobre a autoria do trabalho. Portanto, todas as informações pessoais devem ser retiradas das “Propriedades” do arquivo.
- São aceitos textos redigidos nos idiomas português, inglês e espanhol.

- Os itens a compor o manuscrito devem ser dispostos em página própria, obedecendo à seguinte sequência: Folha de Rosto (arquivo separado do restante); resumos e palavras-chave; corpo do texto; agradecimentos (quando houver); referências. Abaixo, constam detalhes específicos sobre a composição de cada um desses itens.

Itens do manuscrito:

*FOLHA DE ROSTO:*

Consiste na página de identificação do manuscrito a ser submetido, devendo ser enviado em arquivo à parte. Deve conter os dados dos autores e demais informações de identificação do artigo:

- Título do artigo: Em caixa baixa, completo, incorporando, se necessário, título complementar ou subtítulo. Deve respeitar o limite de 95 caracteres, incluindo espaços, sendo o mais informativo e conciso possível (recomenda-se já no título apresentar uma indicação do resultado da pesquisa).
- Identificação dos autores:
  - Nome de cada autor por extenso, sem abreviações.
  - Vínculo institucional, incluindo departamento/setor, instituição, cidade, estado e país de atuação.
  - ORCID de todos os autores.
  - Endereço para correspondência do autor responsável pela submissão do manuscrito (primeiro autor).
  - Endereço eletrônico (e-mail) de todos os autores.
- Outras informações:
  - Contribuições dos autores: A contribuição de cada autor no artigo deve estar explicitada no ato da submissão (Exemplo: “LYR analisou e interpretou os dados e foi um dos principais contribuintes na redação do manuscrito. EB realizou a análise estatística, contribuiu na redação do manuscrito e foi o autor que submeteu o manuscrito.”). Observação: *O Mundo da Saúde* adota o sistema de especificação CRediT (*Contributor Roles Taxonomy*), mantido pelo Consortia for Advancing Standards in Research Administration Information (CASRAI). O CRediT considera 14 diferentes papéis de autoria ou contribuição: Administração do Projeto; Análise Formal; Conceituação; Curadoria de Dados; Escrita – Primeira Redação; Escrita – Revisão e Edição; Investigação; Metodologia; Obtenção de Financiamento; Recursos; Software; Supervisão; Validação; e Visualização. (Independentemente da contribuição e do sistema de registro, todos os autores são igualmente responsáveis pelo artigo).
  - No caso de a pesquisa ter recebido auxílio, mencionar o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
  - No caso de o manuscrito resultar de tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
  - No caso de haver interesses a serem declarados (conforme especificado na seção “Política sobre Conflito de Interesse”, na página da revista), a declaração deve ser feita.

\* Os itens a seguir devem constar em um mesmo arquivo, contendo o manuscrito completo e iniciando com o título do artigo.

### RESUMOS E PALAVRAS-CHAVE:

- Resumo estruturado em português e inglês (*abstract*), com no máximo 250 palavras, sintetizando introdução, objetivo do estudo, metodologia, resultados, discussão e conclusões mais importantes. O texto deve ser escrito sequencialmente, em parágrafo único.
- Palavras-chave: de três a cinco descritores, tendo como referência o *Vocabulário Controlado em Ciências da Saúde* (DeCS), da BIREME, ou, se em inglês, o *Medical Subject Headings* (MeSH).

### CORPO DO TEXTO:

- O artigo deve ter até 30.000 caracteres com espaços, excluindo resumo, tabelas, gráficos, ilustrações e referências.
- Deve estar formatado em fonte *Times New Roman*, tamanho 12 (corpo do texto), espaçamento 1,5 e folha tamanho A4, com todas as margens de 2,0 cm. Nos destaques, deve empregar itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL).
- Deve estruturar-se conforme a seguinte organização: Introdução (apresentação de justificativa, objetivos e referenciais teóricos); Metodologia (casuística e procedimentos); Resultados; Discussão; Conclusão (além das Referências, que constam em item a seguir).
- Todos os títulos e subtítulos das seções devem estar grafados em caixa alta.
- *Abreviaturas e símbolos*: Se houver, devem ser incorporados ao manuscrito de forma padronizada, seguidos das respectivas legendas.
- *Tabelas, gráficos, quadros e figuras*: Devem ser incorporados ao manuscrito, com as seguintes informações: título, fonte, ano e dados complementares, se houver, sendo numerados consecutivamente, com algarismos arábicos, segundo a ordem de citação no texto.
  - Ilustrações devem estar em alta resolução, com no mínimo 300 dpi.
  - Se houver ilustração extraída de outro trabalho previamente publicado, o(s) autor(es) deve(m) apresentar autorização por escrito para sua reprodução.
  - Caso sejam utilizadas imagens de pessoas, apenas serão veiculadas se acompanhadas de autorização por escrito para divulgação.
- *Fórmulas matemáticas, expressões e equações*: Podem ser inseridas no texto, se não contiverem caracteres especiais; caso contrário, devem ser apresentadas isoladas, em linha separada.
- *Unidades de medida*: Devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Unidades.

### APÊNDICES E ANEXOS OU MATERIAL SUPLEMENTAR:

Devem ser incluídos quando essencial para entendimento do artigo. Ficará aos Revisores e Editores a decisão final de mantê-los na publicação ou não.

### AGRADECIMENTOS:

Ao final do manuscrito, podem ser inseridos agradecimentos, destacando: as contribuições de profissionais por orientações técnicas e/ou apoio financeiro ou material, especificando a sua natureza.

Os citados nos agradecimentos devem autorizar expressamente sua menção. Os autores devem se responsabilizar, mediante assinatura de termo específico, por essa autorização.

#### *REFERÊNCIAS:*

- Todas as referências mencionadas no texto devem estar indicadas.
- As referências indicadas devem efetivamente ter sido mencionadas no texto.
- Devem limitar-se a 40 (quarenta), salvaguardadas as devidas exceções.
- Devem ser apresentadas segundo as “Orientações para publicação de referências em artigos científicos na área da saúde”, conforme a normalização de Vancouver, exemplificada na seção “Normas para citações e referências”, a seguir.

### **NORMAS PARA CITAÇÕES E REFERÊNCIAS**

#### Regra geral de citação no texto:

- Citações literais devem ser identificadas com aspas duplas.
- Cada citação no texto deve ser indicada com um número sobrescrito, o qual corresponderá a uma referência listada ao final do texto.

#### Exemplos:

Segundo Silva<sup>1</sup>, o Zica vírus se proliferou rapidamente nas regiões Norte e Nordeste devido às condições precárias da grande maioria da população.

Diversas populações de bactérias patogênicas podem ser encontradas na água<sup>13,14</sup>.

#### Regras gerais de apresentação de referências:

A seguir estão exemplificados os principais tipos de referenciação, conforme normalização adotada pela revista. Para casos que não estejam aqui listados, seguir o padrão Vancouver.

#### **ARTIGO DE PERIÓDICO:**

Para referenciar artigos de periódicos seguindo as Normas Vancouver, primeiramente é preciso inserir o nome do(s) autor(es), seguido do título do artigo em questão, da revista onde está publicado, do ano de publicação, do volume e da numeração das páginas (inicial e final).

Autor/es. Título do artigo. Abreviatura internacional da revista. ano; volume (número): página inicial-final do artigo.

#### Exemplos:

Barbieri E, Bondioli AC, Woicechovski E, Zapotoski SMK. Qualidade microbiológica da água da cultura de ostras comercializadas em Cananeia-SP, Brasil. *Mundo Saúde*. 2012; 36(4): 541-547.

Silva J. Zica: o que é, como surgiu e suas principais consequências na saúde pública brasileira. *Rev. Foco em Saúde*. 2017; 35; 1102-1111.

(Observação: No caso de artigos com mais de seis autores, deve-se usar o sobrenome daquele que aparece em primeiro no periódico, seguido da abreviatura “et al.”. Quando o artigo citado tem até seis autores, todos devem constar na citação, na mesma ordem em que aparecem na publicação original.)

#### ARTIGO DE PERIÓDICO *ONLINE*:

No caso das revistas *online*, para fazer a referência seguindo as Normas Vancouver, é preciso inserir o nome do(s) autor(es), seguido do título do artigo, do nome da revista onde ele foi publicado, do ano/data de publicação, do ano/data de consulta, do volume do periódico, da numeração das páginas (inicial e final) e do endereço de acesso.

Autor/es do artigo. Título do artigo. Nome da revista, ano [data de consulta]; volume (número): [Extensão/páginas]. Endereço eletrônico

Exemplos:

Silva E A, da Silva P R S. Investigação microbiológica da saliva de animais de estimação. *Rev Saúde Foco* [Internet] 01 de novembro de 2014; acessado em 25 de janeiro de 2017; Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/518>

French I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas representações. *An Sist Sanit Navar* [revista da Internet] 2003 setembro-dezembro. [acessado em 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>

#### ARTIGO DE JORNAL:

Para referenciar jornais seguindo as Normas Vancouver, além do nome do(s) autor(es) e do nome do artigo, também é necessário inserir o nome do jornal onde ele foi publicado, bem como o ano de publicação, seguido da seção, do número da página e da coluna, se houver.

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Dia mês ano; Seção: página (coluna).

Exemplos:

Almeida L. Cresce a procura por planos particulares de saúde em todo o Brasil. *Folha Brasil*. 30 jan 2016; *Caderno Saúde*: 8-9.

Montagnier L. Perigos e consciência. *Folha de São Paulo*. 30 jan 2000; *Caderno Mais*: 8-9.

**LIVRO:**

Para referenciar livros seguindo as Normas Vancouver, é preciso inserir o nome do(s) autor(es), o título da publicação, a edição do livro, o local onde ele foi publicado, a editora e o ano.

(Observação: Só é preciso informar a identificação numérica da edição da segunda edição em diante, usando uma abreviação em números arábicos e abreviatura (exemplo: 2ª ed.). Se a publicação tiver mais de um volume, é preciso, também, informar o número do volume logo após o título do livro.)

Exemplo:

Silva J. Doenças respiratória no Brasil. 9ª ed, Vol 4. São Paulo: Atlas; 2014.

**LIVRO ELETRÔNICO (E-BOOK):**

Para referenciar livros eletrônicos (*e-books*), é preciso inserir o nome do(s) autor(es), seguido do título do livro, da edição da obra, do local onde ele foi publicado, do ano de publicação, da data de acesso ao conteúdo e, por fim, do endereço eletrônico.

Exemplo:

Armus D. Doenças na história da América Latina moderna: da malária à AIDS [livro eletrônico]. Duke University Press. 2003. Acessado em 15 de fevereiro de 2017. DOI <https://doi.org/10.1215/9780822384342>. <https://read.dukeupress.edu/books/book/764/Disease-in-the-History-of-Modern-Latin-AmericaFrom>

**PUBLICAÇÃO NA WEB:**

No caso de publicações na web (artigos, tabelas etc.), para fazer a referência seguindo as normas Vancouver, é preciso inserir o nome do(s) autor(es), seguido do título do material, do ano de publicação, da data de acesso e, por fim, do endereço eletrônico.

Exemplo:

Silva J. Hipertensão: o retrato da doença no Brasil. [publicação na web]; 2012. Acesso em 14 de abril de 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/f6hZw8tBP4WnFtBBVy3S4WR/>

**SITE:**

Não confunda a referência de uma publicação *online* com a de um site. No primeiro caso, você irá referenciar diretamente o material em questão; já no segundo, será referenciado o portal como um todo.

Nesse caso, é preciso inserir o nome do(s) autor(es) ou entidade, seguido do nome do portal, do local de publicação, da data de acesso e do endereço eletrônico. Se houver seções específicas que você deseja referenciar, inclua o nome delas logo após o título do site.

Exemplo:

Institut National de la Statistique et des Études Économiques [página na internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques – Histoire [acesso em 27 de março de 2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

DOCUMENTO LEGAL:

Em muitos trabalhos acadêmicos ou científicos, é necessária a referência a documentos legais. Nesse caso, é preciso inserir o título (de lei, decreto, ordem, medida provisória etc.), seguido do nome do boletim oficial onde está a publicação, do número e da data da publicação. Caso o documento esteja disponível *online*, inserir, também, o endereço eletrônico.

Título da lei/decreto/ordem... (Nome do Boletim Oficial, número, data de publicação)

Exemplos:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. De setembro de 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm)

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

BASE DE DADOS *ONLINE*:

É muito comum, também, a utilização de informações de base de dados *online*. Nesse caso, para seguir as Normas Vancouver é preciso inserir o nome da instituição ou entidade responsável pelo material, seguido do nome da base de dados, do local de publicação, do editor, da data de criação, bem como da data de consulta, e do endereço eletrônico.

Exemplo:

Literatura Brasileira em Saúde Mental [base de dados online]. São Paulo: Centro Brasileiro em da Saúde Mental. 2016. Acesso em 21 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://centrosaudemental.br/depressao.htm>.

MAPA:

Para referenciar mapas em artigos acadêmicos e científicos na área da saúde, é preciso inserir o nome do(s) autor(es), seguido do título da figura, do local onde ela foi publicada, da editora, bem como da data de publicação. Caso ela esteja disponível *online*, inserir também o endereço eletrônico.

Exemplo:

Instituto de Geografia do Brasil. Regiões do Paraná [mapa]. São Paulo: Instituto de Geografia do Brasil; 2015 (número da referência).

#### MATERIAL AUDIOVISUAL:

É possível referenciar, também, materiais audiovisuais, tais como documentários, Audiobooks etc. Para isso, é preciso inserir o nome do(s) autor(es), seguido do título do material audiovisual, do local onde ele foi publicado, da editora e do ano de publicação. Caso ele esteja disponível *online*, inserir também o endereço eletrônico e a data de acesso.

#### Exemplo:

Silva F. Saúde no Brasil pede socorro. Saúde em foco [vídeo] São Paulo: Mundial; 2013. Acesso em 14 de abril de 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/f6hZw8tBP4WnFtBBVy3S4WR/>

#### TESE, DISSERTAÇÃO, MONOGRAFIA E PROJETO DE PESQUISA:

Autor. Título. (subtítulo se houver) Tipo de documento. Cidade: Instituição onde foi defendida; ano.

#### Exemplo:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

#### TRABALHO APRESENTADO EM EVENTO – SIMPÓSIOS, JORNADAS, CONGRESSOS, SEMINÁRIOS, ENCONTROS, WORKSHOPS, COLÓQUIOS, ENTRE OUTROS:

Tipo de publicação, número e nome do evento; data de realização (dia mês ano); Cidade e país de realização do evento. Cidade da publicação: Editora ou Instituição responsável pela publicação; ano de edição (nem sempre é o mesmo do evento).

#### Exemplo:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

\*(Diretrizes para autores atualizadas em 12/2022.)

#### Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados à revista *O Mundo da Saúde* serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## ANEXO 2 - EBAI – Escala Brasileira de Alimentação Infantil.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome da criança \_\_\_\_\_

Por favor, circule o número que corresponda a cada item. Observe que o significado dos números varia, não estão sempre na mesma ordem. Por favor, leia cada pergunta com atenção. Obrigada.

1. O que você acha dos momentos de refeições com a sua criança?	1 Muito difícil	2	3	4	5	6	7 Fácil
2. Quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	1 Não estou preocupado	2	3	4	5	6	7 Estou muito preocupado
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem?	1 Nunca tem fome	2	3	4	5	6	7 Tem um bom apetite
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições?	1 No início da refeição	2	3	4	5	6	7 No fim da refeição
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?	1 1-10	2 11-20	3 21-30	4 31-40	5 41-50	6 51-60	7 >60 min
6. Como a sua criança se comporta durante a refeição?	1 Se comportaria bem	2	3	4	5	6	7 Faz grande bagunça, faz birra, manha
7. A sua criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Na maioria das vezes
8. A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir?	1 Na maioria das vezes	2	3	4	5	6	7 Nunca
9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma?	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Na maioria das vezes
10. Você precisa forçar a sua criança a comer ou beber?	1 Na maioria das vezes	2	3	4	5	6	7 Nunca
11. Como é a habilidade de mastigação (ou sucção da sua criança)?	1 Boa	2	3	4	5	6	7 Muito ruim
12. O que você acha do crescimento da sua criança?	1 Crescendo pouco	2	3	4	5	6	7 Crescendo bem
13. Como a alimentação da sua criança influencia a sua relação com ela?	1 De forma muito negativa	2	3	4	5	6	7 Não influencia nada
14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares?	1 Não influencia nada	2	3	4	5	6	7 De forma muito negativa