

CÂNDIDA OLÍVIA BARBOSA DA SILVA

A PERCEÇÃO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA
DA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO NA FALA



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, 2017

CÂNDIDA OLÍVIA BARBOSA DA SILVA

A PERCEÇÃO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA
DA INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO NA FALA

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PORTO, 2017

Cândida Olívia Barbosa da Silva

A percepção dos pais sobre a importância da introdução da alimentação no desenvolvimento da fala

Atesta originalidade do trabalho

Assinatura da Aluna: _____

(Cândida Olívia Barbosa da Silva)

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Prof. Doutora Joana Rocha e co-orientação da Prof. Doutora Susana Marinho, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Terapêutica da Fala, ramo Linguagem na Criança

Resumo

A alimentação, mais concretamente a mastigação na infância, é importante para a fala. Em ambas as funções são recrutados os mesmos grupos musculares, tal como referem os estudos de Gomes, Cury e Rodrigues (2011) e Green, Moore e Reilly (2000). A escolha do método de alimentação a introduzir na criança (tradicional ou *Baby Led Weaning*), que caberá em primeira instância aos pais, poderá ter um impacto sobre o funcionamento do sistema estomatognático, uma vez que definirá uma consistência alimentar concreta (Tanigute, 2005).

Partindo destes pressupostos, foi realizado um estudo transversal cujos principais objetivos foram caracterizar o perfil de pais com crianças entre os 4 e os 18 meses e explorar a sua perceção sobre a importância da introdução da alimentação na fala. A amostra incluiu 297 pais de crianças com um desenvolvimento neurotípico e que tinham iniciado a introdução da alimentação complementar. Para a recolha de dados foi construído um questionário de autorresposta designado por Escala de Perceção dos Pais sobre a Importância da Alimentação na Fala (EPPIAF) que apresentou alta confiabilidade ($\alpha = .86$) e foi disponibilizado em formato *online*. Na análise das diferenças entre grupos de pais relativamente aos valores da pontuação global da EPPIAF, não foram observadas diferenças significativas com exceção do item que diz respeito à *exploração dos alimentos*. Na análise das diferenças relativas às habilitações literárias observou-se que os pais com níveis superiores de escolaridade apresentam resultados superiores na EPPIAF. Ao analisar a associação entre o resultado global da EPPIAF e a situação profissional dos pais, não se verifica uma relação estatisticamente significativa. A experiência parental analisada com referência ao número de filhos, apresentou uma correlação negativa estatisticamente significativa com a pontuação global da EPPIAF, sendo que a um maior número de filhos parece corresponder uma menor importância atribuída à relação entre a alimentação e fala.

Palavras-Chave: alimentação, fala, mastigação, métodos de introdução de alimentos, sistema estomatognático

Abstract

Feeding, more specifically chewing in infancy is important for speech. In both functions, the same muscle groups are recruited, as reported by studies of Gomes, Cury e Rodrigues (2011) and Green, Moore e Reilly (2000). The selection of feeding method to be introduced to the child (traditional or Baby Led Weaning), mainly made by parents, seems to have an impact on the functioning of the stomatognathic system, because of the importance of food consistency (Tanigute, 2005).

Based in these assumptions, the present cross- sectional study main objectives were to characterize the profile of parents with children between the ages of 4 and 18 months and to explore their perception about the importance of feeding in speech. The sample included 297 parents of children with a neurotypical development who had initiated the introduction of complementary feeding. To collect data, a self- report questionnaire was developed, the Parents Perception Scale on the Importance of Feeding in Speech [PPSIFS], which presented high reliability ($\alpha = .86$) and was available online. In the analysis of the differences between groups of parents regarding the values of PPSIFS's overall score, no significant differences were observed except for the item related to *food exploration*. As for the PPSIFS results, comparing the parents' educational qualifications it was observed that higher qualifications corresponded to superior results. Analyzing the association between PPSIFS total score and the parents' professional situation, results show no statistically significant relation.

The parental experience measured with reference to the number of children shows a statistically significant negative correlation with the PPSIFS total score, which seems that the increase in the number of children likely associated to a lower importance attributed to the relation feeding and speech.

Key words: feeding, speech, chewing, food introduction methods, stomatognathic system

Agradecimentos

O meu agradecimento especial a todos que me encorajaram a dar este grande passo na minha vida profissional. Foi extenuante, difícil, mas “tudo é possível ao que crê”. Mc. 9:23

À orientadora prof. Doutora Joana Rocha por se disponibilizar a acompanhar-me durante esta jornada e por me encorajar e motivar neste bonito trabalho. À co-orientadora prof. Doutora Susana Marinho que se disponibilizou desde o início e ajudou-me alargar os meus conhecimentos na área da investigação. Estou grata pelo vosso acompanhamento e disponibilidade.

Aos pais, amigos, colegas e desconhecidos que me ajudaram a divulgar o questionário para chegar ao maior número de pessoas.

À família, em particular aos meus pais e irmão, agradeço o vosso amor, a vossa paciência e compreensão.

À Cláudia Bártolo, pois este projeto aproximou-nos e sem dúvida que és uma “linha” especial neste capítulo pela força que me deste, e pelos concelhos que partilhaste. Nada tem preço. Obrigada do fundo do coração.

Aos amigos que me ajudaram com atos simples, mas tão importantes para este projeto e que compreenderam as minhas ausências.

Ao meu “anjo”, pela paciência e força nos momentos mais trémulos. Obrigada pelo carinho e amor que me transmitiste e me transmites diariamente nos atos mais simples.

A Deus Pai e aos anjos que velaram e velam por mim. O meu coração enche-se de graça e de amor.

À Universidade Fernando Pessoa, pois aqui me formei e aqui procuro o melhor para a minha formação profissional. A esta instituição devo o que sou profissionalmente.

Índice

.....	
Introdução	1
I – Revisão da literatura	3
1. Sistema estomatognático e as suas funções	3
2. Desenvolvimento sensório-motor e alimentação complementar	5
3. Amamentação materna	13
4. Alimentação infantil	18
5. Mastigação e fala	23
II – Metodologia	27
1. Desenho de investigação	27
2. Objetivos do Estudo	28
3. Método.....	29
i. Participantes	29
ii. Instrumentos	30
iii. Procedimentos	31
III – Apresentação dos Resultados	34
1. Perfil sociodemográfico.....	34
2. Hábitos alimentares e métodos de introdução de alimentos na criança	34
3. Escala de Percepção Parental sobre a Importância da Alimentação na Fala (EPPIAF)	38
i. Confiabilidade	38
ii. Validade de construto.....	39
4. Percepção dos pais sobre a importância da alimentação na fala	44
iii. Relação entre características sociodemográficas e a importância atribuída à alimentação na fala pelos pais	47
IV – Discussão dos Resultados	51
Conclusão	56
Referências bibliográficas	59
Anexos	

Índice de Tabelas

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	29
Tabela 2- Caracterização dos Hábitos Alimentares das crianças.	35
Tabela 3 - Valores de Alfa por item.	38
Tabela 4 - Teste KMO e Bartlett.	40
Tabela 5 - Variância total explicada.....	41
Tabela 6 - Estatísticas de item.	42
Tabela 7 - Saturação de fatores.....	43
Tabela 8 - Análise descritiva da EPPIAF.	45
Tabela 9 - Análise das diferenças na EPPIAF em função da faixa etária, habilitações literárias e situação profissional do progenitor.....	48
Tabela 10 - Relação da Experiência parental com total EPPIAF.	49

Índice de Figuras

Figura 1 - Gráfico de escarpa.	41
Figura 2 - Distribuição dos resultados da EPPIAF.....	44

Introdução

Pretende-se com esta investigação abordar a alimentação infantil nos primeiros anos de vida, desde a importância da amamentação até à introdução da alimentação complementar. Neiva et al. (2003), referem o efeito positivo que a sucção no seio materno proporciona ao desenvolvimento dos órgãos fonoarticulatórios, desde a força e mobilidade muscular, tal como algumas funções, do sistema estomatognático, a respiração, a deglutição e a fala.

À medida que ocorre o desenvolvimento da criança, as práticas parentais vão tendo um papel determinante no comportamento alimentar (Ventura e Birch, 2008) e a mãe é a figura que está mais presente e que irá acompanhar grande parte deste processo (Viana, Franco e Morais, 2009). É no ventre da mãe, a partir da sua alimentação, que o bebé se expõe a sabores diferentes ocorrendo das experiências quimiossensoriais (Cooke e Fildes, 2011). O início do processo de mastigação de alimentos altera toda uma rotina, onde o meio envolvente será decisivo na forma como a criança deve comer certos alimentos e como deve perceber o seu sabor (Rozim, 1997; Ramos e Stein, 2000). O primeiro ano de vida é importante para a introdução de novos alimentos, pois começam a desenvolver o gosto por alimentos preferenciais (Birch, 1998). A exposição a uma dieta alimentar variada, onde surja a oportunidade de sentir/tocar, ver, contacto com diferentes texturas e sabores e cheiros, motivam a vontade de querer comer (Capretta et al., 1975).

As preferências por alimentos de consistência pastosa, macia ou humidificada, reduzem a atividade muscular necessária para a mastigação (Medeiros, 2013). Esta função, quando bem executada, requer movimentos precisos e coordenados que são necessários para a fala (Green, Moore e Reilly, 2000; Lieberman et al., 2004).

As motivações para a realização desta investigação surgiram da prática profissional da autora. Ao longo do tempo tem-se notado algumas alterações nos hábitos alimentares das crianças, sendo recorrente encontrar alterações de fala derivadas a modificações musculares e posicionamentos incorretos da língua. Perceber qual a percepção que os pais têm sobre estas relações, ou seja, a importância da alimentação na fala, foi um dos objetivos da investigação, assim como, fazer o levantamento da caracterização sociodemográfica e dos hábitos alimentares das crianças entre os 4-18 meses.

A recolha de dados ocorreu entre Abril e Maio e foi realizada a partir de um questionário *online*.

Assim, ao longo deste trabalho serão abordados autores e trabalhos científicos que evidenciam todo o processo de alimentação que se inicia num período neonatal, até à introdução de sólidos, contribuindo para o sucesso de uma harmonia crânio facial que promove a articulação dos sons/produção de fala.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas grandes partes. Uma que diz respeito à revisão da literatura na qual foi realizada uma pesquisa sobre os conceitos teóricos que suportam esta investigação científica. A segunda parte reúne todos os dados relativos à metodologia que conduziu à realização deste estudo. Desta forma no primeiro capítulo é abordado o sistema estomatognático e as suas funções. No segundo capítulo é dada ênfase ao desenvolvimento sensório motor e alimentação complementar. A amamentação e a alimentação infantil constituem, respetivamente, o terceiro e quarto capítulos da revisão da literatura, o qual termina com um capítulo sobre mastigação e fala. No capítulo sobre metodologia são expostos todos os aspetos relacionados com desenho de investigação, objetivos de estudo, participantes, instrumentos e procedimentos adotados na investigação. O capítulo seguinte menciona a apresentação de todos os resultados obtidos neste estudo. Seguidamente serão discutidos os resultados obtidos à luz da investigação desenvolvida até à data. A conclusão encerra com as principais considerações.

I – Revisão da literatura

No capítulo da revisão da literatura, será apresentada uma abordagem teórica sobre áreas que permitam uma compreensão mais abrangente do tema em estudo. Assim, serão abordados os seguintes temas: o sistema estomatognático e as suas funções, a importância da alimentação no seio materno, a alimentação infantil, o desenvolvimento sensório motor e alimentação complementar e, por fim, a mastigação e as alterações da fala.

1. Sistema estomatognático e as suas funções

O sistema estomatognático necessita de estar em equilíbrio anatómico e funcionar corretamente para que os órgãos fonoarticulatórios executem corretamente a produção da fala. (Martinelli et al., 2010). Felício et al. (2003) mencionam que o desenvolvimento e crescimento do sistema estomatognático depende de fatores genéticos, ambientais e funcionais. Ora, este complexo sistema tem uma enorme importância e responsabilidade num conjunto de funções no desenvolvimento da criança (Medeiros e Bernardi, 2011).

O sistema estomatognático é composto por cinco funções, entre elas a respiração, a deglutição a mastigação e fala. Este sistema é formado por duas estruturas, as denominadas estáticas ou passivas, formadas pelos arcos dentários, maxila e mandíbula, que se relacionam a partir da ATM (Articulação Temporomandibular) e as estruturas dinâmicas ou ativas, que são representadas pela unidade neuromuscular que mobiliza a parte estática (Tanigute, 2005). A estas estruturas ainda se associam alguns sistemas, entre eles os sistemas vascular e nervoso, circulatório, metabólico, endócrino, respiratório (Ferraz, 2001).

Tanigute (2005), refere que é entre a 4^o e a 8^o semana de vida intrauterina que ocorre o período mais importante para o desenvolvimento craniofacial, atingindo um padrão básico à 26.^a semana de gestação e prosseguindo o seu desenvolvimento com o crescimento ao longo do restante tempo. Estas fases são determinantes para assegurar as funções vitais que constituem o sistema estomatognático.

Fatores genéticos, hormonais e ambientais, o género, a hereditariedade, a etnia e a idade são determinantes para o crescimento e desenvolvimento craniofacial (Frias et al., 2004).

Os mesmos autores e Tanigute (2005), enunciam que o crescimento neuro-craniano desenvolve-se a partir do crescimento da massa encefálica, porém, no que respeita ao crescimento craniofacial este desenvolve-se a partir de fatores externos, como a respiração, a sucção-amamentação, mastigação e deglutição.

O desenvolvimento e crescimento craniofacial depende do equilíbrio e harmonia de todas as estruturas e da forma como se relacionam entre si e entre as funções estomatognáticas (Pereira et al., 2005; Silva, 2010).

Gomes e Bianchini (2009), Gomes, Cury e Rodrigues (2011), defendem que as alterações e desequilíbrios que possam ocorrer no sistema estomatognático, por exemplo, na mastigação, podem interferir na musculatura utilizada para a articulação dos fonemas.

A respiração é uma função vital para a sobrevivência do ser humano. O procedimento normal ocorre pela via nasal (inspiração), onde o ar é aquecido humidificado, filtrado e permite fornecer energia necessária para a manutenção metabólica. Nos primeiros anos de vida o padrão respiratório mais frequente é o misto (nariz e boca). Para além destas funções o nariz ainda acumula a função de cheirar e falar. A respiração está muito relacionada com o desenvolvimento craniofacial. Quando existem alterações respiratórias derivadas de alergias, desvio do septo, poluição atmosférica, hipertrofia das amígdalas e/ou adenoide, entre outras, o padrão respiratório pode tornar-se predominantemente oral, causando alteração nesta função e como consequência afetando o desenvolvimento crâniofacial (Tanigute, 2005; Sánchez, González e Pérez, 2006).

Marchesan (2003) defende que em muitas ocasiões as alterações da mastigação e deglutição advém da respiração oral, portanto a respiração mostra, assim, que possui um papel essencial para o funcionamento destas duas funções. Os lábios adotam uma postura entreaberta, o tónus diminui, o que contribui para que a língua permaneça em posições inadequadas, como o seu abaixamento, que consequentemente pode provocar alterações na fala.

A mastigação é responsável pela ação de morder, triturar e mastigar o alimento. Ocorre de forma completa após o aparecimento dos dentes, surgindo, por norma, por volta dos 6-7 meses (Marchesan, 2003). Esta função continua a estimular a musculatura oro-facial que foi iniciada com a sucção. É também responsável pelo crescimento harmonioso de

todas as estruturas que envolvem a oclusão, assim como, movimentos precisos e coordenados, que contribuirão para uma deglutição e produção da fala normal. Assim que a criança reúna os requisitos para a mastigação, é necessário introduzir variações nas consistências alimentares para a evolução do padrão de mastigação (Tanigute, 2005). Enquanto a respiração, a sucção e a deglutição são inatas e controladas de forma reflexa, a função mastigatória é aprendida e depende de vários estímulos (Bianchini, 2005).

A deglutição tanto pode ser espontânea ou reflexa. É um processo complexo onde o bolo alimentar passa da cavidade oral para o estômago. O movimento de deglutição inicia-se no 2º trimestre de vida intrauterina. O amadurecimento desta função ocorre de uma forma natural. Passando pelas etapas da mastigação, com o nascimento dos primeiros molares, a criança passa de uma deglutição infantil para uma deglutição madura, contudo, é preciso valorizar as características faciais, o tipo de oclusão, mordida, idade da criança e natureza do alimento (Tanigute, 2005).

A fala é um processo que ocorre gradualmente, advém de uma atividade cognitiva dinâmica, complexa, e concretiza-se a partir da articulação das palavras. Este processo requer uma boa programação motora e execução neuromuscular, necessitando de uma excelente coordenação motora fina do sistema de produção de fala para que a produção dos fonemas seja inteligível (Franco, Reis e Gil, 2003). Os sistemas, respiratório e digestivo, também fazem parte deste complexo sistema que formam os órgãos articuladores. Assim, a correta produção dos sons depende da capacidade articulatória, atividade motora, precisão e coordenação dos movimentos do sistema estomatognático (Tanigute, 2005).

A sucção na amamentação é essencial para o desenvolvimento de todas as funções do sistema estomatognático, tal como será analisado no próximo capítulo.

2. Desenvolvimento sensório-motor e alimentação complementar

A introdução da alimentação complementar, é sugerida com base nas necessidades nutricionais, no desenvolvimento digestivo da criança, imunológico e alergias. É necessário considerar o desenvolvimento e habilidades oro-motoras da criança para a introdução de novos alimentos e consistências, contribuindo, para o sucesso da introdução de novos sabores e texturas dos primeiros alimentos (Rapley, 2016).

Desde o nascimento até aos 12 meses de idade a função motora oral vai-se desenvolvendo naturalmente (Naylor et al., *cit in* Naylor e Morrow, 2001).

São várias as estruturas anatómicas usadas na função motora oral, compostas pela cavidade oral, mandíbula superior, língua, bochechas, palato duro e mole, osso hióide, tiróide e cartilagem, epiglote, músculos constritores da faringe e mais de quarenta músculos, para além de alguns nervos cranianos. Na cavidade oral, estas estruturas são responsáveis pelo processo de transporte de alimentos e ar, contemplando também funções como a sucção, mastigação e movimento de língua na preparação do alimento. Todas estas etapas são acompanhadas de um desenvolvimento neurológico e anatómico que ocorre ao longo do desenvolvimento do bebé. O processo de deglutição é um processo complexo de sequências neuromusculares bem coordenadas (Naylor, et al., *cit in* Naylor e Morrow, 2001; Tanigute, 2005).

Ao longo das etapas do crescimento do ser humano existem diferenças na anatomia da musculatura oral facial. No que se refere ao desenvolvimento do recém-nascido, a cavidade oral e a mandíbula são pequenas. A mandíbula está retraída, e estão presentes as almofadas de sucção e a língua preenche todo o espaço da cavidade oral, razão pela qual os seus movimentos são restritos. Para além destes atributos, a laringe encontra-se numa posição mais elevada, assegurando a proteção das vias aéreas (Naylor et al. *cit in* Naylor e Morrow, 2001; Jacintho, 2005).

Ao longo da amamentação, a sucção torna-se mais refinada e voluntária, surgindo um novo padrão de deglutição. A língua ganha movimentos ascendentes incitando novas transformações anatómicas. Há um ganho de espaço vertical na cavidade oral resultante do crescimento craniano, o movimento da mandíbula torna-se mais baixo e as almofadas de gordura nas bochechas tendem a desaparecer. O aumento do espaço contribui para um maior movimento da língua, e para o surgimento de movimentos laterais da mesma. Atingindo estas novas habilidades motoras orais por volta dos 6-9 meses, as crianças tornam-se aptas para receberem semi-sólidos/sólidos (Naylor et al. *cit in*. Naylor e Morrow, 2001).

O desenvolvimento motor oral acompanha o desenvolvimento motor global. Quando se verifica uma boa coordenação a nível proximal, ou seja, quando a musculatura da cintura escapular exhibe uma boa coordenação da cabeça e da posição de sentado, esta refletir-se-

á positivamente na coordenação motora fina dos músculos distais. Este marco do desenvolvimento reflete-se na língua e na manipulação/preparação de sólidos para a deglutição que ocorre ou nos 6 meses, ou a partir dos 6 meses (Padovani, 2015).

O processo de erupção dentária ocorre entre os 4-18 meses sendo que aos 6 meses, surgem os primeiros dentes (Fricker, Dartois e Fraysseix, 1998). É por volta dos 6-9 meses que a criança adquire um conjunto de competências, desde o controlo da língua à função de morder (alguns com a gengiva), mantendo o alimento na boca durante algum tempo. Numa fase inicial a criança terá de aprender a morder e a mastigar o alimento, por isso é usual assistir-se a um período de adaptação onde a criança perde o alimento da boca. Quando os músculos da cavidade oral estiverem coordenados, a deglutição será adequada. Durante esta fase de desenvolvimento há um reflexo natural de proteção contra o engasgo que é ativado quando o bebé coloca a comida na boca (Padovani, 2015). Aos 6 meses a criança explora o ambiente que a rodeia e investiga com as suas mãos, levando os objetos à boca. O movimento de pinça é alcançado por volta dos 9 meses, por isso o bebé já pode utilizar o polegar e o indicador para alcançar alimentos de tamanho mais pequeno.

Quando incentivado a comer sozinho, estas habilidades serão obtidas mais facilmente, pois encontra-se exposto a várias oportunidades, conquistando a precisão de movimento e a segurança de forma rápida (Padovani, 2015).

A alimentação infantil está relacionada com o que a criança come, quando come, aonde come e quem a alimenta.

Melhorar a alimentação complementar requer atenção aos alimentos, bem como ao comportamento do cuidador. As crianças nesta fase precisam de assistência para garantir que a sua nutrição assegure as suas necessidades para o desenvolvimento (OMS¹, 2001).

Rapley (2015) introduz o termo *BLW (Baby Led Weaning)*, que em Português significa desmame conduzido pelo bebé. A autora defende que vai para além de um simples método de alimentação. O *BLW* é considerado uma forma de introdução de alimentos sólidos, caracterizada pela auto alimentação. Para Brown e Lee (2011b), a alimentação saudável também é promovida pela auto alimentação. Assim, o método pressupõe que a criança

¹ Nas referências bibliográficas a OMS (Organização Mundial de Saúde) está citada como WHO (World Health Organization)

ainda é alimentada a leite materno ou leite artificial, sendo esta, ainda, a principal fonte de nutrição. Esta abordagem permite ir reduzindo as mamadas do bebé até ser capaz de se alimentar. Segundo o método, a introdução dos sólidos deve ocorrer aos 6 meses.

O *BLW* oferece ao bebé a oportunidade de descobrir alimentos utilizando a sua motivação para explorar, experimentar e imitar a atividade dos outros. Os pais disponibilizam uma variedade de alimentos, mas é o bebé que decide o que comer e marca o ritmo de cada refeição. Este método permite assim, uma transição para alimentos sólidos de uma forma mais natural, sendo levados a comer pela curiosidade e não tanto pela fome (Rapley e Murkett, 2008; Rapley, 2011).

Arden (2010) e Hausner, Olsen e Moller (2012), também defendem que a criança deve ter a oportunidade de explorar os alimentos a partir do olfato, da visão e do tato.

Por vezes os pais consideram que pode haver risco de engasgo mas Rapley (2008), explica que os bebés apresentam menos riscos do que se fossem alimentados à colher, uma vez que estão focados e conseguem controlar melhor os seus movimentos, reduzindo movimentos mais repentinos e bruscos. Para além disso, a criança não é capaz de levar e mover intencionalmente o alimento para a parte posterior da cavidade oral até iniciar a fase de mastigação. Outro fator que pode ser argumentado para transmitir alguma segurança aos pais é o facto de o bebé, ao iniciar a introdução de sólidos, ainda não ter desenvolvido a capacidade de pegar em coisas muito pequenas, não se colocando em risco. Ao invés a alimentação por colher, incita o bebé a fazer sucção no alimento, aspirando-o para a parte posterior da cavidade oral e os riscos de asfixia são superiores.

Um grupo de pesquisadores (Fangupo et al., 2016) publicou no ano transato um estudo que reforça mais uma vez que a alimentação dirigida pela própria criança minimiza o risco de asfixia, comparativamente com as práticas de alimentação tradicional. A maior preocupação provinha dos alimentos oferecidos às crianças, esses sim, aumentavam o risco de causar asfixia. No mesmo estudo, aconselharam os pais a abolirem das dietas dos seus filhos vegetais crus, e maçã crua, que anteriormente haviam sido considerados alimentos de maior risco de asfixia (Cameron et al., 2012). A falta de vigilância durante o período de alimentação, também foi considerado um fator importante para a redução do risco de asfixia (Fangupo et al., 2016).

Comparando o desenvolvimento e as habilidades, percebe-se que há uma relação direta entre as aquisições em cada etapa e o desenvolvimento das mesmas. Apesar de tudo, é importante vigiar o período da alimentação e posicionar o bebê de forma vertical, pela sua segurança, pois riscos podem surgir sempre (Rapley e Murkett, 2008).

Os bebês que têm oportunidade de serem participativos na sua alimentação, para além do sabor, experimentam a textura, a cor, o tamanho, e também a forma, tornando-se mais predispostos a experimentar coisas novas. Frutas e legumes são os alimentos ideais, sendo que no caso dos legumes este sejam ligeiramente cozidos para que se apresentem macios o suficiente para permitir a mastigação. Os bebês não precisam necessariamente de ter os dentes para morder e mastigar, pois executam essas funções com as gengivas. Numa fase inicial a carne deve ser oferecida num pedaço razoável para permitir a pega, e cortada no sentido transversal das fibras, para ajudar os bebês a retirar os fiapos da carne com a força da mordida, por outro lado a carne picada, também costuma ser uma boa sugestão (Rapley, 2008).

De acordo com as suas habilidades adquiridas, o bebê apresenta uma pega grosseira e não consegue soltar o que tem na mão dentro da boca intencionalmente, apenas morde o que sai do punho fechado, por essa razão os alimentos deverão ser oferecidos do tamanho do punho em forma de palitos grossos para facilitar a apreensão. O cuidador, deve ter sempre disponível outros pedaços de comida, para trocar sempre que a criança termine de comer a parte que sobressai do punho (Rapley e Murkett, 2008; Padovani, 2015).

Padovani (2015), na sua reflexão sobre este tema refere que este método é excelente para o desenvolvimento da musculatura oro-facial, pois permite estimular as estruturas envolventes na mastigação desde o início.

Assim, estas diretrizes enquadram-se num processo de alimentação complementar, visando alimentação participativa, onde o bebê é o agente ativo, e os pais têm um papel de assistência auxiliando caso seja necessário. Não se usa colher, não se coloca o alimento na boca, e não se usam purés. Todo o momento é orientado pelo bebê, sem pressão de tempo, num momento calmo e prazeroso (Sachs, 2011; Padovani, 2015).

Esta filosofia alimentar (*BLW*) envolve benefícios ao permitir que ocorram (Rapley e Murkett, 2008):

- a exploração dos alimentos nas suas diferentes formas, cores, cheiros, texturas e sabores.
- a aprendizagem de todas as suas funções orais, desde o morder, mastigar, engolir, e preparação para prevenir os engasgos por meio do reflexo de *gag*² anteriorizado.
- a estimulação e independência e interesse do uso de talhares, desde que lhes sejam dadas essas oportunidades.
- mais disponibilidade para provar e experimentar coisas novas. Em média pode chegar a dez apresentações de um mesmo alimento, em formato e textura diferente, para se ter a certeza se gosta ou não (apresentar cozido, grelhado, assado).

A OMS (2001) recomenda, a prática de uma alimentação responsiva, isto é, uma alimentação onde há reciprocidade entre a criança e o cuidador. As práticas parentais são fundamentais pois orientam a criança neste processo. A partir de um conjunto de sinais, verbais ou não verbais, o cuidador sobre interpreta como fome e procura responder com alimentos para alcançar a sua saciedade. O estilo parental da família vai interferir nesta relação, ou seja, os pais podem demonstrar ser mais autoritários/democráticos (+exigência+responsividade), permissivos/indulgentes (-exigência+respostas), autoritários (+ exigentes/-respostas) ou negligentes (-exigência-responsividade) que pode ser determinante no comportamento alimentar da criança (Ventura e Birch, 2008). Vários autores (Rossi, Moreira e Rauenet, 2008) defendem esta prática como sendo fundamental para o desenvolvimento de um comportamento alimentar saudável, permitindo a autorregulação na ingestão de nutrientes e a regulação de peso a longo prazo. O cuidador envolve-se com a criança, incentiva e leva em conta os seus interesses durante a refeição, desempenhando desta forma um comportamento positivo (Aparício, 2010). Estes comportamentos manifestam-se no brincar com a comida, encorajar escolhas saudáveis, reforço verbal positivo e conversas sobre os alimentos (Harbron et al., 2013).

Quando se fala em horário livre, onde a mãe alimenta a criança, segundo a vontade da mesma, ela reage a uma resposta à fome do filho. Demonstra-se, assim, uma aplicação da alimentação responsiva (Harbron et al., 2013).

² Reflexo *gag*- é um reflexo protetor das vias áreas, onde o alimento mal deglutido é devolvido para a parte anterior da boca, numa espécie de vômito, para posteriormente ser mastigado e deglutido. Os bebés tem a base da língua mais elevado, por essa razão o reflexo é ativado mais anteriormente.

Para a prática de uma alimentação responsiva, são considerados alguns princípios, como (Harbron et al., 2013):

- Criação de uma rotina estruturada: expectativas e emoções já conhecidas promovem interação.
- Sinalização por meio de pistas: comunicação através de ações motoras, expressões faciais ou vocalização.
- Pronta resposta do cuidador a esses sinais, oferecendo suporte apenas se necessário e apropriado.
- A criança consegue perceber claramente e prevê a resposta do adulto.

A omissão desta prática, ou seja, quando o cuidador não é envolvido durante as refeições, ou a sua participação é restrita, ou controladora, as interações são inconsistentes e não responsivas, podendo resultar num relacionamento com falta de confiança. Havendo a ausência do cuidador no controlo das refeições, pode-se verificar o despoletar de problemas de alimentação como a obesidade e/ou subnutrição (Birch e Aventure, 2009) surgindo estes também na alimentação quando forçada (Harbron et al., 2013).

As práticas de alimentação materna, afetam a capacidade de autorregulação das crianças, por exemplo, aquelas que são amamentadas com biberão, não reconhecem da mesma forma que as crianças amamentadas com leite materno os estados de fome ao longo do dia, pois prendem-se aos sinais visuais do conteúdo de leite na garrafa do biberão. No entanto, não consideram que o biberão seja menos responsivo (Harbron et al., 2013).

Estratégias para a implementação da alimentação do tipo responsiva, recomendadas pela OMS (2003/2007):

- Alimentar as crianças diretamente e ajudar as crianças mais velhas quando elas se alimentam, respondendo aos seus sinais de fome e saciedade;
- Alimentar lenta e pacientemente, e incentivar as crianças a comer, mas não forçado;
- Se as crianças recusarem muitos alimentos, experimentar com diferentes combinações de alimentos, aromas, texturas e métodos de estímulo;

- Minimizar distrações durante as refeições, se a criança perde o interesse facilmente;
- Utilização de utensílios para comer de acordo com a sua cultura e idade;
- Manter contacto ocular.

A criança deve ser alimentada por um cuidador que tenha relacionamento emocional com ela e que esteja atento às mudanças no seu estado físico e emocional.

Révérend, Edelson e Loret, (2014), mencionam que uma boa adaptação à mastigação das crianças durante o desmame facilita a aceitação de novas texturas e auxilia o desenvolvimento de hábitos saudáveis.

No método tradicional quem decide é o adulto, existindo dependência deste na alimentação da criança (Padovani, 2015). Ele oferece sopa passada, comida em forma de puré para iniciar a introdução do método. Desta feita, os pais são os responsáveis pelo momento de *quando* oferecem alimento e o *que* oferecem à criança. No entanto, a escolha da quantidade deve ficar ao cargo da criança (Butte et al., 2004). É nesta fase que se observa a deglutição voluntária. A consistência alimentar muda oferecendo-se mais espessa e por isso introduz-se a colher. Acontece que este objeto pode desencadear alguma recusa na cavidade oral, visto se passar do seio/tetina que por sua vez são mais macios, para a colher dura e fria (Fricker, Dartois e Fraysseix, 1998).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (Brasil Ministério da Saúde, 2013) refere que se a consistência alimentar não for gradual respeitando o desenvolvimento de cada criança, poderão ocorrer alterações na aprendizagem da mastigação levando ao movimento inadequado de sólidos na cavidade oral.

Este é um método ainda muito frequente, pois os pais revelam algum receio em oferecer sólidos e semi-sólidos, optando pela introdução de legumes e frutas em puré (Silveira e Lamounier, 2004).

Rapley (2016), vai mais longe e expõe nas suas pesquisas consequências negativas da insistência de purés:

- Dificuldades em administrar em bebês que estão a começar a serem capazes de mastigar alimentos, podendo interferir no desenvolvimento de habilidades motoras orais;
- Diminuição da oportunidade de aprender a reconhecer os alimentos pela aparência, podendo levar à desconfiança quando os alimentos são previamente apresentados em outros formatos.
- Privação da oportunidade de experimentar texturas variadas, expondo-se à possibilidade de a criança vir a apresentar distorção de sabores., afetando o prazer das refeições.
- O uso excessivo de purés pode ter implicações na saúde da criança, pois contribui para o ganho de peso e a digestão é mesmo eficiente. A ausência ou escassez de movimentos mastigatórios proporciona um crescimento facial limitado, com consequências ao nível da respiração e oclusão.

3. Amamentação materna

Importa, antes de mais, diferenciar o conceito de amamentação e aleitamento materno. Quando se trata de amamentação, implica a sucção no peito da mãe para a retirada do leite. O aleitamento nem sempre ocorre a partir da amamentação. A criança poderá usufruir do leite materno por outra forma de aleitamento, nomeadamente o aleitamento artificial (Carvalho e Tamez, 2005).

Os benefícios da amamentação vão para além da nutrição. Para a Terapia da Fala, a sucção no peito materno é essencial para o crescimento e desenvolvimento craniofacial e motor do recém-nascido. Os seus efeitos positivos, também contribuem para a adequação dos órgãos fonoarticulatórios, tanto na mobilidade, na força, musculatura, na respiração, deglutição e fala (Neiva et al., 2003).

Durante o tempo de vida intrauterina e nos primeiros 14 meses seguintes ao nascimento o bebé adquire ferramentas que lhe serão importantes para o seu desenvolvimento, crescimento e sobrevivência (Jager, 2011).

Sabe-se que o reflexo de sucção está desenvolvido a partir da 32^a semana de gestação, indiciando a maturação neurológica do processo da amamentação. Oyen (1993), defende que a maturidade do feto ocorre entre a 25^a e a 36^a semana para lhe assegurar a sua

sobrevivência após o nascimento. É então que as vias aéreas apresentam o tamanho essencial para assegurar as suas necessidades fisiológicas, garantindo a ingestão do alimento de forma eficiente.

Assim sendo, a respiração e a sucção ocorrem de forma eficaz separadas pelo palato. Os músculos envolvidos na sucção são os das bochechas, lábios, língua e palato. A sucção é uma função de carácter transitório pois é extinta ao longo do crescimento da criança. (Oyen, 1993). É durante a amamentação que todas as estruturas envolvidas no sistema mastigatório dispõem de tempo para se irem desenvolvendo e preparando para um novo processo mastigação (Felício, 2004).

Todas as experiências sensoriais e motoras que ocorrem durante o processo de crescimento de uma criança serão determinantes para o seu desenvolvimento estrutural ósseo e muscular que envolvem as funções estomatognáticas (Felício, 2004).

A amamentação permite o posicionamento das gengivas para a erupção dos dentes, o aumento do espaço oral, permitindo uma maior mobilidade da língua dentro da boca e contribui para o desenvolvimento do tónus muscular (Carvalho, 1995). A força de extração e sucção do leite permite o desenvolvimento dos músculos pterigóideos, masséteres e temporais, digástrico, miohioideo (Tollara et al., *cit in* Côrrea, 1998).

A sucção no seio materno permite o trabalho integral de toda a musculatura, ao invés do biberão que promove apenas o trabalho do bucinador e orbicular dos lábios. Quando se depara com um trabalho excessivo dos orbiculares pode-se estar perante disfunções na mastigação, deglutição e articulação de fonemas. O aleitamento materno artificial ainda pode interferir na postura dos lábios em repouso, da língua, e nas funções da mastigação, sucção e deglutição (Felício, 2004).

Estes aspetos são importantes para o desenvolvimento harmonioso da face. Desta feita, os estímulos externos são extremamente importantes para o desenvolvimento das estruturas que envolvem funções da deglutição, respiração, amamentação e mastigação (Almeida, Melli e Moraes, 2002).

É no seio materno que o recém-nascido aprende a coordenar o padrão de sucção e respiração, estimulando todos os músculos envolvidos, promovendo o aumento do tónus

e força muscular para a mastigação que será necessária posteriormente (Almeida, Melli e Moraes, 2002).

Com o intuito de evitar o desmame precoce e promovendo o aleitamento materno, em 1992, a OMS e o Fundo para as Nações Unidas (UNICEF,1992), lançaram a iniciativa, Hospitais Amigos dos Bebés. Para muitos hospitais, este é um enorme desafio perante as suas realidades. Para receberem esta certificação, os hospitais terão de obedecer a 10 princípios para o sucesso do aleitamento materno decididos num encontro entre agências internacionais, onde foi criada a *Declaração Innocenti* a 1 de Agosto de 1990 (Lamontier, 1996).

Os dados da Prodata (2017) mostram-nos que ocorreram no ano de 2016 ocorreram 86.254 partos e que as idades das mães eram de aproximadamente os 31 anos.

Atualmente, Portugal conta com 14 hospitais denominados de Hospitais Amigos dos bebés (UNICEF,1992).

São vários os estudos relatados por Fernandes (2002) que mostram que o tempo de aleitamento materno tem sido superior nestes hospitais certificados, comparativamente com os hospitais tradicionais.

A UNICEF e a OMS recomendam que se inicie o aleitamento dentro de uma hora, após o nascimento, o que contribui para o aumento de tempo da amamentação exclusiva (Levy e Bértolo, 2012).

Em Istambul, foi realizado um estudo que referiu que os recém-nascidos que iniciavam o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento apresentavam uma sucção ativa e de grande sucesso, não sendo necessária a intervenção de especialistas. Ao contrário os bebés cujos exames realizados atrasavam ou demoravam mais tempo, voltavam para a mãe mais tarde e atrasavam o início do primeiro aleitamento materno sendo este tempo de espera considerado suficiente para perturbar o processo natural de amamentação (Ínal, Aydin e Canbulat, 2016).

O aleitamento materno para além de suprimir as necessidades básicas dos bebés nos primeiros meses de vida, permite alimentá-los de forma confortável e com um porte nutricional suficiente para ganharem peso e se desenvolverem. Porém, esta forma mais

tradicional de alimentação, a partir do seio materno, pode não ser a mais eficiente para alguns bebês sendo necessário recorrer a uma forma alternativa para a alimentação. O ajuste necessário à alimentação dos bebês poderá ocorrer num espaço curto ou prolongado de tempo, ou então em simultâneo complementando as mamadas com outras formas de aleitamento. Estes novos desafios na alimentação dos recém-nascidos com a introdução de um novo elemento que ajudará as crianças a prosperarem devem ser ajustados de acordo com as necessidades das mães e das crianças (MOBI- Motherhood International). Quando a sucção é realizada no peito da mãe torna-se um estímulo essencial para o desenvolvimento crânio facial e para o futuro desenvolvimento de outras funções, como o desenvolvimento das habilidades necessárias para a produção de sons da fala e linguagem (Bervian, Fontana e Caus, 2008; Jager, 2011).

No caso dos recém-nascidos de pré-termo verifica-se uma imaturidade global, afetando o sistema estomatognático que frequentemente compromete a alimentação por via oral, devido à dificuldade de sucção (Moura et al., 2009).

O mecanismo utilizado na alimentação dos recém-nascidos com recurso ao biberão é muito diferente do mecanismo usado na amamentação (Gomes et al., 2006). Um estudo realizado em Pequim avaliou os efeitos do aleitamento, quanto à forma de aleitamento, à duração, hábitos de sucção não nutritiva e oclusão dentária de crianças entre três a seis anos, concluindo que crianças com uma amamentação inferior a seis meses de idade indicaram maior presença de mordida cruzada posterior e uma probabilidade 4 vezes maior de desenvolver hábitos de sucção de chupeta. No que respeita à duração do aleitamento por biberão, quanto maior for o tempo de utilização do mesmo, maior será o risco de alteração na oclusão dentária (Chen et al., 2015). Salone, Vann e Dee (2013), também defendem que a oclusão depende da forma de aleitamento.

Parece existir uma relação direta entre o aumento da sucção não nutritiva com o uso prolongado do biberão que por sua vez pode afetar a introdução de alimentos que exigem a mastigação. Como consequência, pode provocar um estreitamento da mandíbula e maxila e como resultado das alterações oro-motoras os movimentos motores orais finos poderão afetar a articulação da fala (Felício, 2004; Romero, Scavone-Junior e Garib, 2011).

Apesar de os resultados empíricos não serem unânimes, muitos deles defendem que a amamentação é um fator protetor para as más oclusões (Felício, 2004; Moimaz et al., 2008).

Ao longo dos anos que a literatura procura estabelecer relações entre as práticas alimentares e os problemas oclusais, verifica-se algumas divergências entre as suas conclusões (Labbok e Hendershot, 1987).

O surgimento de crianças com mordida aberta anterior, reduziu significativamente nas crianças amamentadas no peito materno, ao invés das crianças não amamentadas, ou seja, alimentadas a biberão ou que apresentem hábitos de sucção não nutritiva (Romero, Scavone-Junior e Garib, 2011).

Sabe-se que um desmame precoce pode levar a alterações nas estruturas faciais, devido ao surgimento de novos hábitos deletérios que a criança vai adquirir para compensar as suas necessidades de sucção, como por exemplo, a má oclusão que além de poder alterar a respiração, pode comprometer a deglutição e a fala (Chen et al., 2015). Do ponto de vista de Junqueira (2000), a amamentação natural promove o fortalecimento da língua o que estimula favoravelmente a produção correta de sons da fala.

Barbosa e Schnonberger (1996) relataram como conclusão dos seus trabalhos que no caso de crianças que não foram amamentadas ou tiveram um desmame precoce, 34% apresentavam alterações fonoarticulatórias.

Quando se pensa numa situação de obstrução das vias aéreas superiores por um período contínuo ou descontínuo, a respiração torna-se forçosamente oral, prejudicando a posição da língua e a postura de repouso dos lábios para uma postura entreaberta (Neiva et al., 2003).

Em 2009, Nicolielo et al. realizaram um estudo realizado com crianças entre os 17 e 25 meses no qual concluem que as alterações morfológicas do lábio, a má oclusão, as alterações na língua e tonicidade das bochechas, a respiração oral ou oronasal, influenciam o padrão de mastigação.

4. Alimentação infantil

A Convenção dos Direitos da Criança declara que os pais têm a responsabilidade de velar pelo direito da criança se alimentar (UNICEF, 1959). A todas as crianças devem ser garantidas condições para a prática de uma alimentação suficiente, acessível, duradoura e saudável.

A OMS (2003) e a UNICEF defendem a alimentação do leite materno até aos 6 meses, pois este fornece os nutrientes e energia suficientes ao lactente. A partir dessa idade a alimentação complementar deve ser iniciada sob forma de alguns princípios, nomeadamente:

- Continuar a amamentação sob livre demanda, com refeições frequentes, até dois anos ou mais.
- Oferecer um alimento que atenda às necessidades da criança (lentamente e pacientemente, encorajando-a a comer, não forçando para falar, manter o contato visual).
- Manter uma boa higiene e manipular adequadamente os alimentos.
- Começar aos seis meses com pequenas quantidades de alimentos e aumentar gradualmente.
- Aumentar gradualmente a consistência e variedade de alimentos.
- Aumentar o número de refeições: 2-3 por dia para crianças de 6 a 8 meses, e 3-4 por dia entre 9 a 23 meses com um ou dois lanches adicionais, se necessário.
- Oferta variada e rica em nutrientes.
- Usar alimentos complementares ou suplementos vitamínicos e minerais, se necessário.
- Durante a doença, aumentar a ingestão de líquidos, incluindo leite materno, e oferecer alimentos macios, favoritos.

Os dados estatísticos da OMS revelam que apenas 36% das crianças são exclusivamente amamentadas entre os 0-6 meses, e são poucas as crianças que entre os 6-23 meses introduzem a alimentação complementar de forma segura e adequada, satisfazendo a diversidade alimentar e a frequência das refeições de acordo com a idade. São diversos os organismos, como a Acta Pediátrica Portuguesa (Guerra et al., 2012), a UNICEF, a OMS (2001) que defendem que as crianças a partir dos 6 meses estão prontas para comer

sólidos e semi-sólidos tendo em consideração alguns fatores, como: o desenvolvimento neuromuscular, neurocomportamental, psicomotor, funcionamento gastrointestinal, renal e metabólico, a maturidade dos mecanismos imunológicos do intestino, hipersensibilidade e os fatores sócio culturais e económicos. Apesar de ser flexível, recomenda-se que os sólidos não sejam introduzidos antes dos 4-6 meses nem depois dos 6-8 meses, o que pode ser condicionado pelo facto de ser nestas idades que as mães têm de retomar a sua atividade profissional fora de casa.

O aleitamento materno exclusivo pode ser insuficiente a partir de uma certa idade, porque carece de alguns nutrientes para o desenvolvimento do latente (WHO,1998).

Em 2015, foi realizado um estudo em Portugal a 560 mães de 16 distritos para perceber a realidade sobre os fatores que se associam à iniciação e manutenção do aleitamento materno, de acordo com as normas da OMS. Importa realçar que a realidade que se vive em Portugal não é diferente de outros países desenvolvidos. Assim, 99% iniciavam o aleitamento materno, sendo que apenas 18.8% mantinham o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses e 10.5% mantinham o aleitamento complementar até aos dois anos. Alguns recém nascidos receberam leite adaptado na maternidade (26%), e o abandono do aleitamento materno ocorre com frequência no 1º mês, e entre o 3º e o 4º mês. A utilização do biberão e da chupeta na primeira semana de vida está relacionada com a menor taxa de aleitamento exclusivo (Gaspar et al., 2015).

Entre os 9-12 meses a criança deve alimentar-se dentro dos horários da família, de modo a aumentar as suas aprendizagens sociais, a auto alimentar-se com supervisão dos pais, num momento de descontração familiar, sem confusão nem distrações. O padrão alimentar/ a consistência deve assemelhar-se ao do adulto (Silva, 2005).

O contexto social tem um papel fundamental nas aprendizagens nutricionais da criança. Sendo a mãe o elemento que tem um papel principal na promoção de cuidados de família (Cresson, 1995), nomeadamente a alimentação.

Os fatores psicossociais e culturais influenciam as experiências alimentares, ocorrendo o início de um longo processo de aprendizagem na ingestão de alimentos, com a amamentação após o nascimento. É ao longo da lactação que se inicia a interação pais-filho, com as aprendizagens recíprocas, pois os pais interpretam a resposta de prazer ou

desgosto durante este período. Com o decorrer do crescimento e desenvolvimento a criança apresenta outras necessidades nutricionais. É então que se inicia um processo de aprendizagem na ingestão de alimentos, alterando a sua rotina alimentar e mudanças de hábitos (Rozin, 1997). O meio envolvente assume um papel predominante nas estratégias que aplica para ensinar a criança a comer certos alimentos e a percepção dos sabores. Todo este processo de aprendizagem permite à criança reconhecer a necessidade de fome e saciedade, desde os intervalos entre refeições, às quantidades e regras que ditam uma refeição. A aprendizagem destas competências é exposta pelo modelo social que envolve a criança, pois depende da rotina alimentar de cada família. Esta fase é vivida com grande *stress* e ansiedade pelos pais (Ramos e Stein, 2000).

O consumo de alimentos preferenciais é adquirido no primeiro ano de vida, por isso, a introdução de novos alimentos e a variabilidade disponível marcará todo este decurso (Birch, 1998). As predisposições genéticas trabalham juntamente com outros sistemas de desenvolvimento que implicam fatores ambientais. Há uma predisposição genética para a seletividade de alimentos doces, para a rejeição de alimentos novos (neofobia) e preferência por alimentos mais familiares e para aprender preferências associando alimentos com o contexto e as consequências de comer vários alimentos. Portanto, para gostar ou não gostar e desenvolver preferências por determinados alimentos, as experiências com base nos contextos serão determinantes. Considera-se que os gostos básicos condicionam as preferências alimentares (Birch, 1999).

Os recém-nascidos são expostos ao sabor, na vida intrauterina. Este contacto ocorre através do líquido amniótico e do leite materno. A partir da alimentação da mãe vão adquirindo experiências quimiossensoriais variadas, sendo esta vivência pré e pós natal, fundamental para a aceitação dos alimentos durante a infância. Daqui parte a necessidade de mães grávidas e lactentes variarem a sua dieta alimentar (Cooke e Fildes, 2011).

Northstone, Emmett e Nethersole, (2001), nos seus estudos que pretendiam verificar o efeito da introdução de grumos sólidos e alimentos consumidos, relataram que as crianças às quais foram introduzidas precocemente (antes dos 6 meses), comiam maior variedade de alimentos familiares comparativamente às crianças a que introduziram na idade recomendada. Relativamente às crianças a que introduziram tardiamente (10 meses ou mais), indicaram uma menor tendência a comer alimentos sólidos e já tinham definido o que gostavam e não gostavam. O estudo sugere que quando a introdução é feita nesta

idade, pode justificar algumas dificuldades alimentares que surjam aos 15 meses, sendo fundamentadas pelas experiências pobres da dieta alimentar. Quanto mais tarde ocorrer a apresentação de grumos mais tarde será a introdução de sólidos e, naturalmente, com o crescimento poderão aparecer resistências, recusas e/ou exigência no tipo de alimentos, tal como dificuldades de autorregulação, isto é, não se alimentarem com a quantidade suficiente.

A OMS defende que a consistência de alimentos complementares deve ser gradual passando de semi sólidos a sólidos, aumentando a variedade de alimentos oferecidos. Aos 8 meses a criança pode comer com os dedos e aos 12 meses já pode comer o mesmo tipo de alimentos que a restante família (WHO, 2001).

A aceitação a um novo alimento, no que toca à sua ingestão e comportamento alimentar, da criança, é diferente face ao número de exposições repetidas a esse mesmo alimento. Considera-se que crianças alimentadas com leite materno tiverem uma reação melhor na aceitação de sólidos, comparativamente com crianças que usaram outros leites (fórmulas) (Sullivan e Birch, 1994). Isto verifica-se nas mães em que a sua dieta alimentar continha esses alimentos de forma regular, sendo o sabor mais tolerado pelas crianças (Forestell e Mennella, 2007).

O número mínimo de exposições poderá variar, mas a aceitação de certo alimento só é conseguida após várias repetições desse alimento. A exposição é a oportunidade que a criança tem de sentir/ver a cor, textura e sabor e olfato dos alimentos (Mennella et al., 2008). A variedade é mais pronunciada quanto maior a diversidade sensorial de cada alimento (Rolly, 1979). Sendo assim, é importante a criança ter oportunidade de contactar com esse alimento várias vezes ao dia, num espaço curto de dias, para acelerar a aceitação dessa diversidade. As experiências repetidas a diferentes contrastes sensoriais sugerem a discriminação dos sabores e também motiva a vontade de querer comê-los (Capretta et al., 1975).

Por vezes o desconhecimento das dificuldades de aceitação das crianças fazem as mães desistir precocemente e deixam de expor o alimento aos filhos, pois não se desfoam das expressões faciais que observam e acabam por retirá-lo devendo ser incentivado o contrário, logo, deve-se incitar o contacto e a ingestão do mesmo (Birch, 1994; Forestell e Mennella, 2007). Observa-se este facto, frequentemente com a fruta e legumes. É

importante desenvolver estratégias para que este grupo alimentar seja preferencial e a vontade de o comer seja promovida (Mennella et al., 2008) até porque, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), informa que o consumo de frutas e legumes está associado a uma alimentação saudável, com menor risco de desenvolver obesidade e determinadas doenças.

A textura alimentar vai persuadir as preferências alimentares das crianças. A reação da criança às texturas segue o desenvolvimento das funções orais. Por vezes, as texturas são rejeitadas quando são difíceis de se manipular na cavidade oral (Szczeniak, 1972; Coulthard et al., 2009). Sendo assim, as crianças devem receber texturas para aumentar as suas habilidades motoras orais. Caso não sejam expostas precocemente, poderão vir a desenvolver dificuldades em lidar com texturas e conseqüentemente, alguns movimentos da língua poderão ficar comprometidos, nomeadamente, os movimentos laterais que se desenvolvem a partir da exposição às texturas, comprometendo a habilidade mastigatória. À medida que ocorre o crescimento, a mastigação é mais eficiente, reduzindo o número de ciclos de mastigação, diminuindo a duração da mesma (Szczeniak, 1972; Reilly et al., 1995; Mason, Harris e Blissett, 2005).

Reilly et al. (1995) demonstraram que crianças entre os 12-18 meses eram mais propensas a recusar apresentações de alimentos, tendo associado a este facto a sua maior autonomia, dificuldades na alimentação e a textura apresentada. A privação da exposição de uma grande variedade de sabores, texturas durante o primeiro ano de vida, pode condicionar a aceitação oral posteriormente.

Algumas crianças preferem alimentos de consistência macia e humidificada, o que resulta numa musculatura oro-facial menos requisitada, sendo favorável ao aparecimento de apinhamento dentário, possível sigmatismo devido à posição da língua entre as arcadas, posição da boca aberta e alteração do tónus (Pena, Pereira e Bianchini, 2008; Medeiros, 2013).

Medeiros (2013), no seu estudo de reflexão bibliográfica sobre a consistência alimentar e as alterações de fala nas crianças, vem considerar que a introdução de alimentos mais duros e fibrosos tem um benefício superior do que as comidas pastosas, pois necessita de movimentos mais precisos e coordenados, que são importantes para a produção de fala.

5. Mastigação e fala

A mastigação é uma das funções vitais do sistema estomatognático onde os seus movimentos precisos e coordenados são fundamentais para a articulação da fala. (Junqueira, 1998). A atividade muscular durante o processo mastigatório depende do tamanho do alimento, dos movimentos mandibulares e da força da mordida (Carvalho, 2003). Uma mastigação eficaz e eficiente permite um bom desenvolvimento craniofacial. Ao longo do tempo, com as alterações que a dieta alimentar tem vindo a sofrer e com a redução da mastigação, o sistema mastigatório tende a alterar-se para responder às modificações. Ocorrem alterações anatomofisiológicas, aumentando a necessidade de adaptações e perturbações em todo o sistema estomatognático (Bianchini, 2005).

É a partir dos quatro meses que a posição da laringe permite um ganho de espaço na cavidade intraoral, os reflexos inatos vão desaparecendo e a língua vai perdendo a sua protrusão (Delaney e Arvedson, 2008). Aos seis meses a criança já adquiriu habilidades motoras que lhe permitem contactar com alimentos para iniciar o processo da mastigação, iniciando por esta idade movimentos laterais com a língua que a ajudam na mastigação. Os movimentos de deglutição são independentes dos da sucção (Naylor et al. *cit in*. Naylor e Morrow, 2001).

Para Tanigute (2005), os movimentos iniciais da mastigação ocorrem por volta do sétimo mês e são mal coordenados, tal como a marcha. O padrão de mastigação atinge maior maturidade quando a criança apresenta um ano a um ano e meio, com a erupção dentária, que oferece a oportunidade de experimentar novos alimentos. Assim, segundo Felício (2004), a maturação do processo de mastigação pressupõe um aumento do espaço intraoral, a erupção dos dentes, a maturação neuromuscular e a capacidade de funcionamento da articulação temporomandibular.

O tamanho, a forma do alimento e a sua consistência afetam o movimento mastigatório quer na força como no movimento a ser recrutado pela ação da mandíbula. Assim, alimentos mais duros implicam que a mandíbula lateralize e alimentos mais pastosos requerem abaixamento da mandíbula. Os alimentos mais duros também representam mais força para o desenvolvimento dos ossos maxilares, dentes, arcos dentários e de todo o sistema estomatognático (He e Kiliaridis, 2003). O padrão mastigatório atinge a sua normalidade quando a mastigação se torna bilateral e alternada.

Os alimentos mais duros requerem mais ciclos mastigatórios, o que faz aumentar a produção de saliva, que por sua vez é essencial para humedecer e ligar o alimento. Sabe-se que a saliva também tem um papel fundamental para a fala. Assim, os movimentos mandibulares utilizados na mastigação, tal como, os tecidos moles que são recrutados para a fala, interferem na produção de fonemas (Gomes, Cury e Rodrigues, 2011).

Felício (2004) defende que as contrações coordenadas e rítmicas dos grupos musculares durante o crescimento e desenvolvimento, são essenciais para a maturação do controle oral, preparando-o para as futuras funções.

O equilíbrio muscular, os movimentos precisos e coordenados da mastigação, são fulcrais para a deglutição fisiológica normal e produção da fala (Tanigute, 2005).

Green, Moore e Reilly (2000) no seu estudo perceberam que em crianças com um e dois anos de vida, os movimentos da mandíbula eram mais evidentes do que as variações dos movimentos dos lábios. Assim, o contributo da mandíbula para a articulação dos sons era mais importante do que os lábios. Concluíram que o desenvolvimento motor oral influenciava significativamente a aquisição dos sons da fala.

Stoel-Gammon (1985) afirmou que a prevalência dos movimentos simples da mandíbula durante os primeiros anos de vida limitam a capacidade de produção da fala.

Na produção da fala são necessários os órgãos fonoarticulatórios, que são constituídos, pelos lábios, a língua, as bochechas, o palato, a mandíbula, a maxila e as arcadas dentárias, para realizarem a articulação dos sons. Sabe-se que a precisão articulatória é essencial para a clareza da mensagem, para tal são necessárias a integridade e flexibilidade dos órgãos envolvidos (Valle, 1996).

A evidência de que muitos dos distúrbios articulatórios da fala e perturbações fonéticas são desequilíbrios musculares ou alterações da oclusão, é partilhada por vários autores de renome na área da motricidade oro facial, como Marschesan (1993) e Junqueira (1998).

A introdução dos sólidos entre os seis e os dez meses tem um efeito relevante nas habilidades oro motoras (Gisel, 1991). Também perceberam que a exposição sensorial a texturas diferentes segue o desenvolvimento dessas funções. A capacidade de lidar com texturas requer mais habilidades motoras, verificando-se uma relação direta entre os

movimentos laterais da língua e as texturas (Szczeniak, 1972; Reilly et al., 1995; Mason, Harris e Blissett, 2005).

Northstone, Emmett e Nethersole (2001) relataram que crianças às quais foram introduzidos alimentos grumosos depois dos dez meses, tiveram mais problemas na alimentação por volta dos quinze meses, comparativamente com crianças às quais os alimentos grumosos foram introduzidos antes dos dez meses.

As experiências sensoriais que a textura promove, podem acelerar o desenvolvimento de algumas habilidades da mastigação. Delaney (2010), também percebeu que os purés podem ter o efeito de limitar o desenvolvimento/aquisição de habilidades oro motoras, relativamente às texturas mais sólidas. A autora refere que a textura dos purés é pensada” para ser fácil de mastigar”. Os purés afetam a natureza do sabor (Wilson e Brown, 2007), a intensidade, e dispersam rapidamente na cavidade oral os elementos de forma volátil. Como na mastigação os elementos são purificados, a sua dispersão ocorre mais lentamente com a fragmentação das partículas alimentares.

A dieta de consistência dura/sólida, parece promover um crescimento harmonioso das estruturas faciais (Beecher e Corruccini, 1981).

Medeiros (2013) estudou a possibilidade de uma relação entre a consistência alimentar e as alterações de fala. Concluiu que a consistência influencia o crescimento e o desenvolvimento crânio encefálico que por sua vez tem um impacto na fala.

Um estudo realizado em 2006, que pretendia perceber se havia relação entre a fala, o tónus e praxia não-verbal em crianças do pré-escolar com idades compreendidas entre os quatro e os cinco anos, concluiu que havia relação entre o tónus e a praxia não-verbal da língua, bem como da praxia não-verbal de língua e da fala (Ávila, Farias e Vieira, 2006).

II – Metodologia

“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É nesta fase” (...) “que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses “(Fortin, 2009. p.53)

Neste capítulo será mencionado o desenho da investigação, os objetivos gerais e específicos, a questão de investigação, o tipo de estudo, a população, a amostra do estudo e critérios de inclusão dos participantes. Será descrito o instrumento de recolha de dados, os procedimentos, os resultados do pré-teste e a forma de recolha dos dados.

Para além disto, será abordado o método utilizado para a análise e tratamento de dados.

1. Desenho de investigação

Relativamente à natureza do estudo pode dizer-se que é do tipo transversal. Estes tipos de estudo são:

“Conhecidos também como estudos de prevalência, surgem como resposta ao panorama demasiado estático que oferecem os inquéritos e pretendem superar esta dificuldade através da repetição das medições normalizadas. [...] o estudo transversal é uma forma de apresentação sequencial de dados de qualquer tipo, que pretende informar acerca das suas variações ao longo do tempo” (Vilelas, 2009, p.136).

Este estudo apresenta um método quantitativo, incluindo um processo sistemático quantificáveis (Fortin, 2003).

Caracteriza-se como sendo descritivo, pois procura conhecer características de uma determinada população e analisar relações entre si (Vilelas, 2009).

A revisão de literatura aponta para desequilíbrios musculares que ocorrem em várias funções do sistema estomatognático tendo uma incidência direta sobre os músculos usados na fala (Gomes e Bianchini, 2009; Gomes, Cury e Rodrigues, 2011). A mastigação é uma das funções vitais deste sistema e a atividade muscular envolvida neste processo está dependente do tamanho do alimento, da forma e da sua consistência (He e Kiliaridis, 2003). Ao longo deste trabalho verifica-se que vários autores defendem que a coordenação muscular necessária durante a alimentação é importante para os movimentos da fala.

Ao longo da experiência pessoal da autora e a partilha de discussão de casos com outros colegas observam-se algumas alterações na produção da fala derivadas do tónus muscular das crianças, da hipotonia, das alterações no padrão de mastigação que nos convida a uma reflexão terapêutica sobre as rotinas alimentares implementadas desde o nascimento, com especial atenção ao método como é introduzido a alimentação complementar.

Assim, levar os pais a refletir sobre questões relativas ao impacto da alimentação na fala torna-se pertinente dentro deste âmbito. Pretendendo analisar a percepção dos pais, propôs-se como questão de investigação:

Qual o conhecimento que os pais possuem sobre o papel da alimentação no desenvolvimento da fala de crianças entre os 4-18 meses?

2. Objetivos do Estudo

Os objetivos de investigação devem indicar de forma clara e metódica qual é o fim que o investigador persegue (Fortin, 2009). Assim, estes indicam a direção que o investigador deve dar à sua investigação, tendo sido estabelecidos os seguintes:

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, pais e crianças entre os 4-18 meses;
2. Explorar as rotinas e hábitos alimentares de crianças entre os 4-18 meses;
3. Averiguar quais os métodos de introdução de alimentos mais frequentemente utilizados por pais de crianças com idades compreendidas entre os 4-18 meses;
4. Estudar as qualidades psicométricas da escala construída para o estudo (EPPIAF);
5. Analisar a percepção dos pais sobre a importância da introdução dos alimentos no desenvolvimento da fala;
6. Relacionar o método de introdução de alimentos usado pelos pais e a percepção deles sobre a importância da alimentação na fala.

3. Método

i. Participantes

A amostra foi constituída por pais de crianças entre os 4 e os 18 meses. Na amostragem, de conveniência, os participantes responderam através do acesso à *Internet* (páginas *Web* de grupos de mães, *Facebook* e contactos pessoais), de forma voluntária. Os critérios de inclusão foram: (i) as crianças terem idades compreendidas entre os 4 e os 18 meses de idade; (ii) com um desenvolvimento neurotípico; (iii) terem iniciado a introdução complementar de alimentos, ou seja, terem introduzido papas ou sólidos.

Numa primeira fase obteve-se 337 respostas de pais/mães. Dessa amostra foram excluídos 40 participantes, que não se preenchiam os critérios de elegibilidade (criança com problemas de desenvolvimento (n=12); idade criança superior ao intervalo estabelecido (n=29); tipo de alimentação ainda apenas a amamentação (n=1). A amostra final ficou assim constituída por 297 participantes (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Variável	Descrição	n	%
Nível de Escolaridade	9º Ano	25	8.4
	12º Ano	67	22.6
	Ensino Profissional	19	6.4
	Bacharelato	1	.3
	Licenciatura	127	42.8
	Mestrado	49	16.5
	Doutoramento	8	2.7
	Outro	1	.3
Estado Civil	Casado/a	145	48.8
	União de Facto	121	40.7
	Solteiro/a	28	9.4
	Divorciado/a	2	.7
	Viúvo/a	1	.3
Situação Profissional atual	Desempregado	46	15.5
	Estudante	3	1.0
	Doméstico	8	2.7
	Com atividade profissional	240	80.8
Sexo da Criança	Feminino	155	52.2
	Masculino	142	47.8
Tipo de comunicação	Vocaliza	15	5.1
	Palra/balbucea	159	53.5
	Diz palavras simples	55	18.5
	Junta palavras para formar frases	3	1.0
	Vocaliza + palra/balbucea	31	10.4
	Diz palavras simples + Junta palavras para formar frases	2	.7

Variável	Descrição	n	%
	Palra/balbuçea + Diz palavras simples	22	7.4
	Outras combinações	10	3.4
Estado de Saúde da criança	Criança saudável	291	98.0
	Outra	6	2.0
Grau de parentesco com a criança	Pai	9	3.3
	Mãe	288	97.0
Agregado Familiar	Marido/esposa/companheiro	266	89.6
	Filhos	16	5.4
	Pais/Sogros	2	.7
	Outros	13	4.4

A maioria dos participantes eram mães, tendo o questionário sido preenchido por apenas 9 pais (sexo masculino). A média das idades do progenitor que preencheu o questionário situa-se nos 30 anos ($M=30$; $DP= 43$) com um mínimo de 21 anos de idade ($n=3$), e um máximo de 50 anos ($n=1$). As idades dos cônjuges/companheiros estão compreendidas entre os 19 e os 47 anos ($M= 32$; $DP= 4.6$) existindo, no entanto, 4 respostas omissas.

Relativamente ao sexo das crianças, 155 crianças (52.2%) são do sexo feminino e 142 (47.8%) do sexo masculino. Trata-se de uma amostra heterogénea no que respeita à idade, com 10 (3.4%) crianças com a idade mínima de 4 meses e 9 crianças com 18 meses (3.0%). Assim, a idade média das crianças foi de 10.2 meses de idade ($DP = 3.67$). O número de pessoas que constituem o agregado familiar é em média 3.2 ($DP= 3$), na sua maioria ($n=266$) marido/esposa/companheiro (89.6%). Dos inquiridos, 13 (4.4%) apresentam no seu agregado outros familiares que não os filhos nem os pais/sogros.

Os participantes têm em média 1.2 filhos ($DP= .52$), 226 (76.1%), referiram ter 1 filho e apenas 11 (3.7%) 3 filhos.

Estes resultados permitiram-nos **caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, pais e crianças entre os 4-18 meses**, respondendo assim ao primeiro objetivo da investigação.

ii. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados desenvolvido pela investigadora com base na revisão bibliográfica sobre o tema. Dada a inexistência de um instrumento que respondesse aos

objetivos da investigação, procedeu-se à elaboração de uma *Escala de Percepção para Pais sobre a Importância da Alimentação na Fala (EPPIAF)* que continha três grandes grupos de questões. As questões foram formuladas juntamente com a orientadora e co-orientadora.

A escala (anexo 1) é constituída por três grandes grupos de questões, nomeadamente:

- grupo I que aborda questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica (eg: idade; situação profissional; constituintes do agregado familiar) com 12 perguntas para assinalar a opção mais apropriada e com respostas curtas abertas e fechadas.
- grupo II que integra questões relacionadas com a caracterização de hábitos alimentares da criança (eg: forma de aleitamento; duração da alimentação; atual dieta familiar) com 18 perguntas para assinalar a opção mais apropriada e com respostas curtas abertas e fechadas.
- grupo III que aborda questões relacionadas com a percepção dos pais sobre a importância da alimentação e o desenvolvimento da fala (eg: A consistência/densidade dos alimentos influencia a força muscular dos músculos usados na fala; a utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparativa mente com os sólidos; quando a alimentação é na maioria das vezes de consistência pastosa pode provocar um mau posicionamento da língua e alterações dos músculos da face), com 19 itens para responder usando uma escala do tipo *Likert.*, de 5 pontos onde 1 corresponde ao “Discordo Totalmente” e 5 ao “Concordo totalmente”.

iii. Procedimentos

Previamente à recolha de dados, o presente estudo foi submetido e obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (anexo 2).

A escala foi analisada por um painel de especialistas, composto por quatro elementos, dois Terapeutas da Fala, uma da área da Motricidade Oro Facial e outra do serviço de Intervenção Precoce, por duas Enfermeiras com experiência num Serviço Materno

Infantil para perceber eventuais dificuldades de preenchimento, análise da linguagem utilizada, nível de compreensão e clareza das respostas.

Foi também realizado o pré-teste desta versão do questionário, com recurso à técnica de reflexão falada dos itens com mães (n=3) com filhos com sete, treze e quinze meses, uma licenciada, outra com ensino profissional e a terceira com o 9º ano. A reflexão falada é um método que permite apreciar a clareza, compreensibilidade e adequação dos itens, no que respeita ao seu conteúdo, forma e objetivos do questionário (Almeida e Freire, 2007). As mães pronunciaram-se, quanto à clareza dos termos usados, existência de equívocos ou ambivalências, e compreensão do significado dos itens do questionário (Fortin, 2009). Os itens que suscitaram dúvidas foram revistos, de modo a diminuir a ambiguidade e imprecisões do questionário. Na pergunta “Durante o dia o seu filho/a está a frequentar”, acrescentou-se de forma mais clara os intervalos que correspondem às opções das salas (Salas de 1A – 2A; 2 A – 3A). Para que as questões se tornassem mais claras acrescentaram-se palavras para facilitar a compreensão dos inquiridos, introduziram-se alguns sinónimos, por exemplo na terceira parte do questionário, acrescentou-se “densidade” à palavra “consistência”, tendo ficado a versão final do seguinte modo: “A consistência/densidade dos alimentos influencia a força muscular dos músculos usados na fala”. No item *A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparativamente com os sólidos*, juntou-se a palavra “sólidos”, para que a comparação fosse mais clara de se fazer. Outro dos itens em que se procedeu à simplificação de termos técnicos foi *Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), nos lábios e na língua podem influenciar a fala*.

Ainda na reflexão com os pais, surgiu a deteção de uma lacuna na opção à resposta dezasseis, do segundo grupo, sobre hábitos alimentares da criança, tendo surgido a necessidade de acrescentar a opção “Porque é a primeira vez que é introduzido um novo alimento”.

Foi interessante perceber a diversidade das dinâmicas alimentares que cada família tem, e a importância da opção “outras” que estava presente no questionário.

Salienta-se que no item da EPPIAF que se refere à *utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular comparativamente com os sólidos* procedeu-se a inversão da cotação, visto esperar-se uma tendência para a discordância.

O questionário foi elaborado a partir dos *Formulários Google*, uma forma económica, rápida e eficaz para ir ao encontro da população pretendida. Foi enviado por *e-mail*, para grupos de mães, contactos pessoais e também divulgado pela Universidade Fernando Pessoa (*mailing list institucional*), após a autorização institucional (anexos 3) tendo-se disponibilizado o *link* de acesso ao questionário bem como uma breve apresentação do trabalho e seus objetivos.

A participação dos pais/mães foi voluntária e foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados aos participantes. Na primeira página do questionário *online*, estes eram informados sobre o enquadramento do estudo, devendo assinalar que aceitavam de livre vontade participar para aceder ao questionário, e informados ainda de que poderiam desistir se assim entendessem fazê-lo. Foi igualmente disponibilizado um contacto de correio eletrónico para questionarem a investigadora para qualquer questão que surgisse no seu preenchimento.

O questionário esteve disponível *online* desde o dia 11 de Abril de 2017 até ao dia 12 de Maio de 2017. As respostas iam sendo guardadas em documento de *Excel*, sabendo-se apenas qual a data de preenchimento e quais as respostas dadas, estando, por isso, salvaguardado o anonimato dos participantes. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 24.

III – Apresentação dos Resultados

Este capítulo apresenta os resultados do estudo de acordo com os dados obtidos a partir do questionário. As respostas serão organizadas em conformidade com os objetivos que orientaram o estudo. Encontra-se dividido em cinco sub capítulos, sendo o primeiro o perfil sociodemográfico, em segundo os hábitos alimentares e métodos de alimentação infantil. O terceiro sub capítulo descreve-nos as qualidades psicométricas da escala EPPIAF, o quarto sub capítulo remete-nos para a percepção dos pais sobre a importância da alimentação na fala e por fim segue-se a relação entre características sociodemográficas e a importância atribuída à alimentação na fala pelos pais.

1. Perfil sociodemográfico

Em resposta ao primeiro objetivo, as características sociodemográficas dos participantes como atrás foram apresentadas, evidenciam que a maioria é do sexo feminino, em média são mães jovens, possuem habilitações literárias de nível superior e encontram-se ativas profissionalmente. A média do número de filhos é de um por casal.

2. Hábitos alimentares e métodos de introdução de alimentos na criança

Para dar resposta ao segundo objetivo que tem como finalidade **conhecer as rotinas e hábitos alimentares de crianças entre os 4-18** aplicou-se o Grupo II de questões para caracterização de hábitos alimentares das crianças. Ainda no Grupo II, pretendeu-se **averiguar quais os métodos de introdução de alimentos mais frequentes, quais os que os participantes já tinham ouvido falar e seguiam** respondendo assim ao terceiro objetivo. Esta análise permitiu-nos conhecer as **rotinas e hábitos alimentares de crianças entre os 4-18 meses**.

Para o tratamento das variáveis nominais e ordinais, foram usadas medidas de distribuição de frequências absolutas (N) e relativas (%). Para as variáveis contínuas foram utilizadas medidas de tendência central (média e desvio padrão).

Tabela 2- Caracterização dos Hábitos Alimentares das crianças.

Variável	Descrição	N	%
Quem alimenta a criança é	Pais	246	82.8
	Pais + Avós	32	10.8
	Outros cuidadores além dos pais (educador e/ou tios)	19	6.4
Durante o dia a criança está a frequentar	Berçário	81	27.3
	Creche 1 A- 2 A	20	6.7
	Avós	86	29.0
	Ama	29	9.8
	Pais (em casa)	71	23.9
	Mais do eu um	10	3.4
Qual é ou foi a forma de aleitamento	Peito materno	160	53.9
	Biberão	33	11.1
	Ambos	104	35.0
Ainda se encontra a amamentar no peito	Sim	161	54.2
	Não	136	45.8
O seu Filho utiliza/ou chupeta	Sim	83	27.9
	Não	79	26.6
	Ainda utiliza	135	45.5
O seu filho/a apresenta/ou algum problema respiratório	Sim	8	2.7
	Não	289	97.3
O seu Filho já tem dentes	Sim	212	71.4
	Não	85	28.6
Qual a atual dieta alimentar do seu filho	Líquido	10	3.4
	Pastoso	64	21.5
	Sólido	89	30.0
	Todos	51	17.2
	Mais do que um tipo de consistência	83	27.9
Enuncie como são oferecidos em casa os alimentos sólidos	Em Pedacos	57	19.2
	Amassados	19	6.4
	Liquidificados	47	15.8
	Todos	98	33.0
	Mais do que um	76	25.6
Costuma variar a consistência dos alimentos	Sim	269	90.6
	Não	28	9.4
Procura variar os sabores que oferece ao seu filho/a	Sim	297	100.0
Costuma variar as texturas que oferece ao seu filho	Sim	282	94.9
	Não	15	5.1
Como Introduz alimentos novos	Na sopa/papa	61	20.5
	Dá a tocar	1	.3
	Dá a provar	29	9.8
	Põe o prato para que a criança possa explorar do modo que entender	27	9.1
	Todos	12	4.0
Mais do que um	167	56.2	

Variável	Descrição	N	%
A criança recusa algum tipo de alimento	Sim	88	29.6
	Não	209	70.4
Se sim, porque acha que isso acontece	É seletivo nas cores dos alimentos	2	.7
	Simply não gosta de certos sabores	43	14.5
	Está distraído com a televisão/tablet	-	-
	Não gosta de determinadas consistências	13	4.4
	Porque é a primeira vez que é introduzido um novo alimento	28	9.4
	Outra razão	4	1.3
Já ouviu falar de algum destes métodos de introdução de alimentos	Tradicional	34	11.4
	Baby Led Weaning	32	10.8
	Não conheço	37	12.5
	Ambos	194	65.3
Segue / seguiu algum em particular?	Sim	138	46.5
	Não	159	53.5
Se sim, qual?	Tradicional	84	28.3
	Baby Led Weaning	18	6.1
	Ambos	41	13.8

Em relação aos hábitos alimentares das crianças (tabela 2), os resultados obtidos indicam que a maioria das crianças é alimentada pelos pais 246 (82.8%). A generalidade das crianças (n= 71;23.9%) encontram-se em casa com os pais ou estão ao cuidado dos avós (n=86; 29%) ou em berçários (n=81;27.3%).

Da amostra, 160 (53.9%) crianças são ou foram amamentadas no peito materno 33 (11.1%) usaram o biberão e 104 (35.0%) ambas as formas. Enquanto que 161 crianças ainda se encontram a ser amamentadas e as restantes 136 já deixaram o peito materno. Quem deixou de amamentar refere no mínimo que esse período durou entre 15 dias (n=2; 7%) e o máximo de tempo de amamentação foi até aos 14 meses de idade (n=1; 0.3%). A média do tempo de amamentação foi de 4 meses ($DP=3$). Observando-se que até aos 6 meses, foram 14 as crianças que amamentadas no peito materno.

Quanto à utilização de chupeta 135 (45.5%) responderam que as crianças ainda a utilizam. O intervalo de idades em que utilizaram chupeta foi do primeiro 1º mês até aos 19 meses. Quanto ao tempo de utilização, 30 responderam que utilizaram até aos 7/8 meses e apenas 1 utilizou até aos 19 meses. A frequência do uso de chupeta aumentou a partir dos 3 meses com uma percentagem de 2.4%.

Apenas 8 crianças (2.7%), apresentam problemas respiratórios. No que respeita à erupção dentária, dos pais com crianças com erupção dentária que responderam a esta questão, 210 (71.1%) referiram que a média do nascimento dos dentes foi sensivelmente 7 meses de idade ($M=6,8$ e $DP=1.9$).

Quanto à idade de introdução da alimentação complementar verifica-se uma percentagem expressiva aos 4 e 6 meses sendo a média 5.12; ($DP=.935$). A idade em que foi iniciada a introdução de alimentos foi desde os 3 meses ($n=1$; .3%) e os 8 meses ($n=1$; .3%). No que respeita o tipo de dieta alimentar dos filhos, 89 (30.0%) revela uma dieta sólida, e 83 (27.9%) dos participantes já utilizam mais do que um tipo consistência alimentar, sendo que 51 (17.2%) empregam os três tipos de consistência. Os inquiridos revelaram que oferecem os alimentos da seguinte forma: sólidos em pedaços, amassados e liquidificados 98 (33.0%), em pedaços 57 (19.2%), liquidificados 47 (15.8%) e amassados 19 (6.4%). A maioria dos pais 256 (90.0%), procuram variar a consistência dos alimentos, todos afirmaram variar os sabores dos alimentos e 282 (94.9%) dizem variar as texturas.

A introdução dos novos alimentos é maioritariamente feita na sopa e papas ($n=61$; 20.5%), apenas 1 dos participantes afirmou que dá a comida a tocar e 167 (56.2) escolhem mais de que uma das opções (sopa/papas; dá a tocar, dá a provar, põe no prato para que a criança explore do modo que entender) disponíveis para a introdução de alimentos novos.

A recusa de alimentos é mencionada por 88 pais (29.6%), tendo atribuído essa recusa ao facto de a crianças simplesmente não gostar de certos alimentos 43 (14.5%), por ser um alimento novo 28 (9.4%), ou por não gostarem de determinadas consistências 13 (4.4%).

Em 4 (1.3%) crianças foram apontados como motivo de recusa, nomeadamente, vômitos e dificuldade na mastigação

Averiguaram-se quais os **métodos de introdução de alimentos** mais frequentemente utilizados por pais de crianças com idades compreendidas entre os 4-18 meses e 34 (11.4%) conhecem o método tradicional, o BLW é conhecido por 32 participantes e 37 (12.5%) referem não conhecer nem o método tradicional, sendo que 194 (65.3%) mencionam conhecer ambos os métodos. No total 138 (46.5%) afirmam seguirem um dos métodos, tendo a maioria ($n=84$) referido seguir o método tradicional, enquanto que 41 referem seguir ambos os métodos.

Em síntese no que respeita aos hábitos alimentares os resultados indicaram que o cuidador que mais alimenta a criança são os pais. Os participantes referiram que a maioria (n=86) dos seus filhos ainda se encontra em casa com os avós. Grande parte (n=161;54.2%) ainda usa o peito como forma de aleitamento materno. Na generalidade, os sólidos ou mais do que um tipo de consistência são utilizados na alimentação da criança. Para oferecerem novos alimentos procuram variar a sua consistência. De uma forma geral as respostas foram semelhantes quando à variação da consistência, da textura e sabor. Os pais procuram dar espaço à criança para explorar os alimentos da forma como entenderam.

3. Escala de Percepção Parental sobre a Importância da Alimentação na Fala (EPPIAF)

Dado que a Escala EPPIAF foi construída pela investigadora, foi necessário proceder à análise das suas qualidades psicométricas, designadamente em termos de confiabilidade, sensibilidade e validade, antes de se avançar para análise e interpretação dos dados

i. Confiabilidade

A escala desenvolvida para analisar a percepção dos pais relativamente à importância da introdução da alimentação na fala (EPPIAF) apresentou uma alta confiabilidade (consistência interna satisfatória) determinada pelo coeficiente de alfa de *Cronbach* ($\alpha = .86$). Vilela (2009) argumenta que a maioria dos autores considera aceitáveis valores $> .70$. Tal como mostra a tabela 3, nenhum item se excluído faz subir o valor do alfa *Cronbach*.

Tabela 3 - Valores de Alfa por item.

	Alfa Cronbach se o item for excluído
Importância de um método de alimentação	.854
Os alimentos devem ser introduzidos aos 6m	.853
As refeições devem ser em família	.846
A introdução de sólidos é stressante	.863
Os sólidos aos 6m podem levar a asfixia	.863
A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversificados	.847
As experiências negativas na alimentação interferem na recusa alimentar das crianças	.847
Mudanças de comportamento na refeição, indicam alterações na sensibilidade da cavidade oral	.847

As crianças devem explorar a comida com as mãos	.845
A consistência influencia a força muscular dos músculos usado na fala.	.842
Alimentos pastosos necessita de maior atividade muscular.	.865
A frequência da consistência pastosa pode levar a mau posicionamento da língua e alterações nos músculos da face.	.847
Aos 9m a criança tem uma mastigação semelhante à do adulto	.854
Alimentos sólidos requerem mais atividade muscular.	.841
Alterações em estruturas oro-faciais influenciam a fala	.840
A mastigação equilibrada estimula as estruturas da face	.839
É desde cedo que a criança deve comer alimentos fibrosos e duros.	.847
Os sólidos permitem estimular estruturas usadas para os movimentos da fala	.840
É importante obter informações sobre a alimentação junto de profissionais de saúde.	.845

ii. Validade de construto

Para análise da validade de constructo da EPPIAF e dimensionalidade da escala procedeu-se a uma análise fatorial exploratória.

A análise fatorial exploratória foi conduzida usando a análise de componentes principais para identificar o número de fatores e a magnitude das cargas fatoriais. A medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação de amostragem foi determinada para avaliar a adequação da amostra para análise fatorial (tabela 4). Um valor no mínimo de .60 é requerido e neste estudo o KMO obtido foi .897, portanto, verifica-se que análise fatorial foi apropriada para os dados (Field, 2009). O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($X^2(171) = 1917.268, p < .001$) mostrando que as correlações entre itens foram ajustadas para análise da componente principal.

Tabela 4-Teste KMO e Bartlett.

Medida Kaiser- Meyer-Olkin de adequação		.897
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui- quadrado	1917.268
	Gl	171
	Sig	.000

A análise de componente principal foi realizada nos 19 itens da EPPIAF para extrair o número mínimo de fatores que explicavam a variância máxima nos itens da escala. A extração resultou em um fator com auto valor superior a 1, que explicava 33.402% da variância nos itens da escala (tabela 5). Todos os itens apresentaram cargas acima de .35 (.365 – .818): o item *A utilização de um método de alimentos para bebês é importante* (.365); item. *A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparativamente com os sólidos* (.818).

Observa-se que a média mais alta foi de 4.66 ($DP=.66$) no item *A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversificados* (tabela 6). A média inferior corresponde ao item “introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e *stress* com média de 2.86 ($DP= 1.24$).

Foram adotados os parâmetros de Bisquerra, Sarriera e Martínez, (2004), para valores de correlação positiva muito alta [.80 – 1.0]; correlação alta [.60 – .80]; correlação moderada [.40 – .60]; correlação baixa [.20 – .40]; correlação muito baixa [0 – .20].

Assim, na maioria dos itens observou-se uma correlação quase nula ($r =.007$) ou então correlações altas ($r= .702$).

O item *aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigação semelhante ao adulto*, foi o que obteve $r= -.03$, a correlação mais baixa e negativa (anexo 4).

Tabela 5- Variância total explicada

Comp onente	Auto valores iniciais de variância			Soma de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	6.346	33.402	33.402	6.346	33.402	33.402
2	1.539	8.098	41.500	4.539	8.098	41.500
3	1.244	6.546	48.046	1.244	6.546	48.046

A análise do gráfico de escarpa (Figura1) permite afirmar que estamos perante uma escala unidimensional em que todos os itens parecem avaliar o mesmo constructo: a importância dos alimentos para a fala.

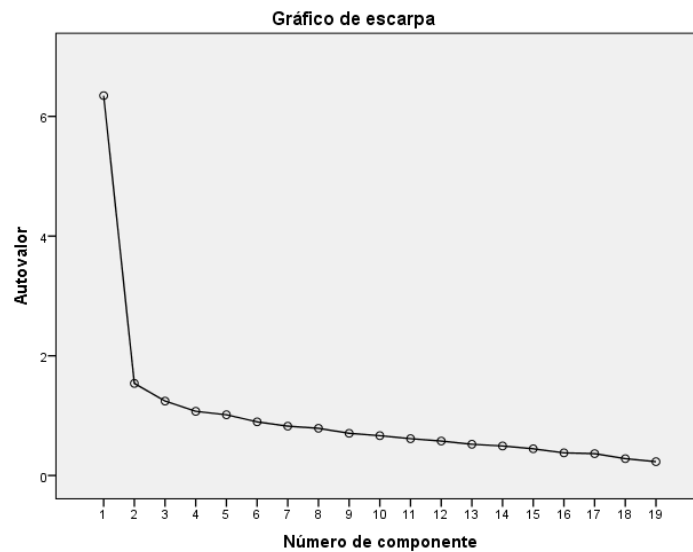


Figura 1 - Gráfico de escarpa

Tabela 6 – Estatísticas de item.

Estatísticas de item			
	Média	Desvio Padrão	N
A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante.	4,03	0,988	297
A introdução de alimentos deve ser feita a partir dos 6 meses	3,62	1,241	297
Os filhos devem realizar as refeições em simultâneo com a restante família.	4,31	0,881	297
Introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e <i>stress</i>	2,86	1,239	297
A introdução de alimentos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de asfixia na criança.	2,92	1,107	297
A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversificados	4,66	0,655	297
As experiências negativas das crianças durante a alimentação podem interferir na recusa de alimentos	4,03	1,006	297
Mudanças no comportamento durante a refeição pode ser sinal de alterações de sensibilidade na cavidade oral.	3,54	0,948	297
É importante para as crianças explorarem os alimentos com as mãos.	4,51	0,802	297
A consistência/densidade dos alimentos influencia a força muscular dos músculos usados na fala.	3,88	1,076	297
A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparativa mente com os sólidos.	3,35	1,115	297
Quando a alimentação é na maioria das vezes de consistência pastosa pode provocar um mau posicionamento da língua e alterações dos músculos da face	3,14	0,921	297
Aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigação semelhante ao adulto	2,99	1,040	297
A quantidade da atividade muscular usada é superior nos alimentos sólidos.	3,93	0,920	297
Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), nos lábios e na língua podem influenciar a fala.	4,04	0,958	297
Uma mastigação equilibrada estimula as estruturas da face.	4,17	0,874	297
Deve-se preparar desde cedo a criança para a ingestão de alimentos mais fibrosos e duros.	3,54	1,109	297
A introdução dos alimentos estimula a musculatura oro-facial para os movimentos mais precisos da fala	3,99	0,926	297
É importante obter informações sobre alimentação a partir de recursos/profissionais de saúde.	4,41	0,801	297

Tabela 7- Saturação de fatores

	Componente		
	1	2	3
A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante.	,367	,370	,160
A introdução de alimentos deve ser feita a partir dos 6 meses	,429	,186	,425
Os filhos devem realizar as refeições em simultâneo com a restante família.	,589	,198	,368
Introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e stress	,198	,568	-,353
A introdução de alimentos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de asfixia na criança.	,146	,670	-,256
A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversificados	,642	,199	,276
As experiências negativas das crianças durante a alimentação podem interferir na recusa de alimentos	,565	,187	-,265
Mudanças no comportamento durante a refeição pode ser sinal de alterações de sensibilidade na cavidade oral.	,570	,008	-,288
É importante para as crianças explorarem os alimentos com as mãos.	,646	,137	,244
A consistência/densidade dos alimentos influencia a força muscular dos músculos usados na fala.	,698	-,076	-,078
A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparativa mente com os sólidos.	,124	-,167	,550
Quando a alimentação é na maioria das vezes de consistência pastosa pode provocar um mau posicionamento da língua e alterações dos músculos da face	,591	-,309	-,143
Aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigação semelhante ao adulto	,400	-,293	-,165
A quantidade da atividade muscular usada é superior nos alimentos sólidos.	,720	-,103	,020
Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), nos lábios e na língua podem influenciar a fala.	,752	-,041	-,039
Uma mastigação equilibrada estimula as estruturas da face.	,811	-,195	-,081
Deve-se preparar desde cedo a criança para a ingestão de alimentos mais fibrosos e duros.	,586	-,346	-,149
A introdução dos alimentos estimula a musculatura oro-facial para os movimentos mais precisos da fala	,771	-,206	-,165
É importante obter informações sobre alimentação a partir de recursos/ profissionais de saúde.	,675	,190	,091

Legenda : Método de Extração: Análise de Componente Principal.
a. 3 componentes extraídos.

São três os fatores que justificam da variância (48%). Assim, 16 itens saturam no fator 1; 5 itens, alguns dos quais muito baixos saturam no fator 2 e 4 itens no fator 3 (tabela 7).

4. Percepção dos pais sobre a importância da alimentação na fala

Num primeiro momento, procedeu-se a uma análise exploratória dos dados da EPPIAF e à análise da sua distribuição (verificação do pressuposto da normalidade) para posterior decisão do tipo de testes estatísticos a aplicar na análise das diferenças entre grupos e relações entre variáveis.

Pela análise do gráfico apresentado na Figura 2, verificou-se que os participantes, 155, 62, 239 e 19 se afastam da distribuição da amostra global (*outliers*).

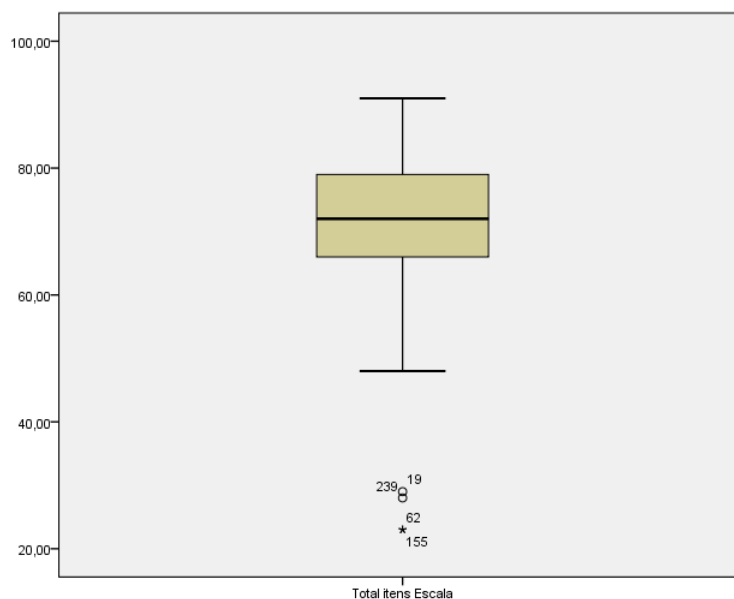


Figura 2- Distribuição dos resultados da EPPIAF.

No total dos itens da EPPIAF a amostra obteve uma média de 71.9 ($DP= 9.91$) com um valor mínimo 23 e um máximo de 91 (Tabela 8). Os valores da assimetria (-1.247), e da curtose (4.861) são superiores 1 pelo que a distribuição normal não está assegurada. Para

analisar a distribuição dos resultados da amostra recorreu-se ao teste estatístico de Shapiro-Wilk. Os resultados obtidos mostraram uma distribuição assimétrica, não estando assim cumprido o pressuposto da distribuição normal (S-W=0.919 (297), $p < .001$). Assim, foram efetuadas análises estatísticas não paramétricas.

Tabela 8- Análise descritiva da EPPIAF.

EPPIAF	Descrição	Estatística
	Média	71.9
	Mínimo	23
	Máximo	91
Total dos itens da escala (EPPIAF)	DP	9.9
	Curtose	4.86
	Assimetria	-1.24

Para responder ao objetivo número cinco de analisar a **percepção dos pais sobre a importância da alimentação na fala**, verificou-se que na percepção dos pais (anexo4) quanto à importância da alimentação na fala 117 (39.3%) participantes concordaram totalmente sobre a *importância da utilização de um método de introdução de alimentos*. Com o mesmo nível de concordância 100 (33.7%), dizem que *os alimentos devem ser introduzidos aos 6 meses*, e 153 (51.5%), também concordam totalmente que as refeições devem ser realizadas em família.

No que respeita ao item, *sobre se a introdução de alimentos é uma tarefa que causa ansiedade e stress*, 96 (32.3%) discordam e 80 (26.9%) concordam.

Quando os pais são questionados sobre se a *introdução dos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de asfixia*, 106 (35.7%) responderam que nem concordam nem discordam, sendo que 56 (18.9%) concordam e 77 (25.9%), discordam com a afirmação.

Da amostra global, 210 (70.7%) pais afirmaram concordar totalmente com a afirmação de que *as crianças devem ser expostas a texturas diversificadas*, sendo que 5 (1.7%) dizem não concordarem totalmente.

Os resultados mostram ainda que no total dos participantes 229 (77.1%) pais estão de acordo com a afirmação que se refere às *experiências negativas durante a alimentação poderem interferir na recusa alimentar das crianças*.

No item que menciona as *mudanças de comportamento na refeição como sendo indicativo de alterações na sensibilidade da cavidade oral*, 131 (44.1%), responderam que nem concordam nem discordam, 84 (28.3%), responderam que concordam e 20 (6.7%), discordam da afirmação.

Dos inquiridos, 189 (63.6%) responderam que concorram totalmente com o facto de *as crianças deverem explorar a comida com as mãos*.

Sobre a *consistência influenciar a força muscular dos músculos usados na fala*”, 107 (36%) responderam que concordam totalmente.

Relativamente ao item *os alimentos mais pastosos necessitem de maior atividade muscular*, 111 (37.4%), responderam que nem concordavam nem discordavam 80 (26,9%) concordaram e apenas 22 (7.4) discordaram.

No item sobre a frequência da *consistência pastosa poder levar ao mau posicionamento da língua e alterações nos músculos da face*, 42 (14.1%) pais discordam, enquanto 39 (13.1%) concordam, 61 (20.5%) afirmam concordar que aos 9 meses a criança tem uma *mastigação semelhante à do adulto*.

Num total de 118 (38.7%), *afirmam concordar que alimentação de sólidos requer maior atividade muscular*.

Verificou-se que o mesmo número de participantes 111 (37.4%), mostraram concordar e concordar totalmente, no item que refere que *as alterações em estruturas oro-faciais influenciam a fala*. As respostas foram dispersas quando questionados, os pais, sobre precocidade de *a criança ingerir alimentos mais fibrosos e duros*, sendo que 30 (10.1%) discordam, 101 (34%) não concordam nem discordam e 81 (27.3%) concordam.

No item que refere que *os sólidos permitem estimular as estruturas usadas para os movimentos da fala*, 109 (36.7%) concordam, 102 (34.3%) concordam totalmente e 74 (24.9%) nem concordam nem discordam.

Na última questão do questionário, 165 (55.6%) dos pais responderam que concordam totalmente com *a informação sobre a alimentação junto dos profissionais de saúde*.

iii. Relação entre características sociodemográficas e a importância atribuída à alimentação na fala pelos pais

Para analisar a percepção dos pais sobre a importância da introdução dos alimentos no desenvolvimento da fala realizou-se análises estatísticas inferenciais não paramétricas, pelas razões anteriormente apresentadas.

Foram conduzidos testes de diferenças de médias (Teste U de Mann-Whitney) para análises relativas a idade dos pais, o nível de escolaridade, a situação profissional (tabela 9). Na análise de diferenças entre grupos considerou-se a pontuação total (somatório de todos os itens) da Escala. Após a exploração da EPPIAF com as variáveis em estudo – faixa etária, habilitações literárias do progenitor e situação profissional – considerou-se pertinente perceber quais os itens da escala que apresentavam maior correlação para essas variáveis.

Considerou-se previamente a importância de relacionar variáveis quanto ao sexo, mas dado que na amostra apenas incluiu 9 participantes do sexo masculino, essa análise não foi conduzida.

Tabela 9 - Análise das diferenças na EPPIAF em função da faixa etária, habilitações

Variável	Descrição	M	DP	U	p
Faixa etária do progenitor	Até 30 anos	71.769	8.715	10281.000	.385
	Mais de 30 anos	72.031	10.826		
Habilitações Literárias do progenitor	Escolaridade básica ou secundária	69.603	10.866	8021.500	.002
	Ensino superior	73.221	9.029		
Situação profissional	Com atividade profissional	72.167	9.672	6341.000	.392
	Sem atividade profissional	70.842	10.887		
	Sem atividade profissional	70.842	10.887		

literárias e situação profissional do progenitor.

Legenda: M=média; DP= Desvio-padrão; U= Mann-Whitney test; p=significância

Considerando as diferenças de médias na pontuação total da EPPIAF relativamente aos **escalões etários do progenitor** (tabela 9) obteve-se uma significância de .385. Assim, as pontuações atribuídas pelos pais mais jovens (< 30 anos) não diferiram significativamente das de pais mais velhos (>30 anos) (anexo 6). Apesar dos valores médios serem ligeiramente superiores neste segundo grupo. Pela análise dos resultados de cada item verificou-se que o item com maior significância é o que corresponde à importância de *as crianças explorarem os alimentos com as mãos* (p=.002). Neste item os pais mais jovens (até 30 anos) apresentaram uma média ligeiramente superior (M= 4.68) à dos pais mais velhos (30 anos ou mais) (M=4.37) (anexo 7).

A pontuação total da EPPIAF diferiu significativamente entre grupos na variável **habilitações literárias** (p<.05), o que se confirma conduzindo uma análise ao nível de cada item em que significância variou entre p< .001 e .05.(anexo 8). Destacam-se as diferenças significativas no que concerne ao item *consistência pastosa pode provocar*

alterações do posicionamento da língua e músculos da face ($p < .001$). Os pais com nível de ensino superior obtiveram uma média mais alta demonstrando maior concordância ($M=3.29$). O item que diz respeito ao *equilíbrio da mastigação que estimula as estruturas da face*, também é estatisticamente significativo ($p < .001$), sendo que os pais com ensino superior obtiveram também a média mais elevada ($M=4.32$). (anexo 9).

Quanto à **situação profissional** comparada com o total da EPPIAF não se verificou uma diferença de *médias* estatisticamente significativa, entre pais com e sem atividade profissional ($p=ns$) (anexo 10). O mesmo se observou quando analisadas as diferenças nos itens, sendo o valor de significância mais alto de .096 para o item “*os filhos devem realizar as refeições em simultâneo com a restante família.*” (anexo 11).

O número de filhos foi considerado como indicador da experiência parental. Assim, foi testada a associação dessa variável com a pontuação total da EPPIAF através do coeficiente de correlação de Spearman (r_s). Uma correlação negativa estatisticamente significativa foi encontrada, o que parece indicar que quanto maior o número de filhos menor parece ser a importância atribuída pelos pais à alimentação e à fala ($r = -.117, p < .05$). (Tabela 10).

Tabela 10 - Relação da Experiência parental com total EPPIAF.

			Quantos filhos tem	Total itens Escala
rô de Spearman	quantos filhos tem	Coefficiente de Correlação	1,000	-,117*
		Sig. (2 extremidades)	.	,044
		N	297	297

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

O conhecimento que os pais revelam sobre métodos de introdução de alimentos, ou seja, já terem ouvido falar de um/mais dos métodos apresentou uma correlação estatisticamente significativa ($p < .001$ $r = .207$) com a pontuação total da EPPIAF

demonstrando que a maior importância atribuída à alimentação da fala se relaciona com uma maior conhecimento dos pais.

Quando questionados se seguem algum método a correlação obtida é negativa ($p = .020$ $r = -.135$). O item 18, que questiona qual o método de alimentação que seguem mostrou uma correlação positiva ($r = .255$) e estatisticamente significativa ($p = .002$) com o total da EPPIAF (anexo 12).

IV – Discussão dos Resultados

Neste capítulo serão discutidos os principais resultados obtidos sobre a percepção que os pais tem relativamente a importância da alimentação na fala, e a análise da relação entre o método de introdução de alimentos usados pelos pais e a sua percepção sobre a importância da alimentação na fala. Recorreu-se à literatura mais relevante para a discussão destes resultados.

Apesar do presente estudo empírico incidir numa amostra heterogénea e com um substancial número de participantes (N=297), esta não pode ser considerada representativa da população portuguesa, pelo que os resultados e conclusões se circunscrevem a estes participantes.

A maioria dos participantes neste estudo foram mães. É expectável que tal se verifique pois como Cresson (1995) expõe, são elas as principais promotoras de cuidados de saúde da família. Elas são na família a principal referência no que respeita a alimentação (Viana, Franco e Morais, 2009). É importante termos em conta os hábitos e práticas alimentares dos pais para compreender o das crianças. Também é a figura materna que está mais tempo em interação direta com a criança como acontece com o período de alimentação (Viana, Franco e Morais, 2009). Na amostra do estudo, observou-se que a criança está mais tempo em casa dos avós e, em segundo lugar, em casa com os pais. Quase a totalidade das crianças são alimentadas pelos progenitores e uma vez que mais de metade das crianças da amostra ainda se encontra a ser amamentada, supõem-se que nestas crianças sejam as mães as principais responsáveis pela alimentação.

Na análise dos hábitos alimentares verifica-se que a grande maioria dos participantes referiram que ainda amamentam os seus filhos e que a média de amamentação ronda os 5 meses de idade, com valores mais elevados aos 4 e 6 meses. A importância da amamentação e seus benefícios ao nível do desenvolvimento motor oral são encontrados em vários estudos e defendidos por vários autores, tais como, Neiva et al., (2003). Durante o tempo de amamentação as estruturas faciais vão-se preparando para desenvolver um novo processo mastigatório (Felício, 2004). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) recomenda a alimentação materna exclusiva até aos 6 meses de idade. De acordo com Xavier, Nobre e Azevedo (2015), uma grande parte das mães do seu estudo referem ter conhecimento desta recomendação de aleitamento materno.

Os resultados indicaram que os pais costumam introduzir os alimentos complementares por volta dos 5 meses, o que vai ao encontro do estudo realizado em 2015 em Portugal, que mostrou que, apesar da maioria das mães iniciarem o aleitamento materno, são poucas as que o conseguem manter até aos 6 meses de idade (Gaspar et al., 2015).

Dos resultados obtidos cerca de metade das crianças usam biberão e que a média de utilização da chupeta é de 8.9 meses. Ao contrário da amamentação materna que estimula de forma integral toda a musculatura, a sucção não nutritiva (como a chupeta) não favorece assim como o aleitamento artificial (biberão) apenas estimula o bucinador e o orbicular dos lábios. Se estes hábitos se prolongarem podem causar uma postura de repouso na língua, provocando alterações oro faciais afetando os movimentos finos e precisos que são necessários para a produção de fala (Salone, Vann e Dee, 2013). Assim, uma boa oclusão também depende da amamentação, tal como acontece com a coordenação da deglutição, respiração (Almeida, Melli e Moraes, 2002).

Por outro lado, considera-se que a amamentação também reduz o risco de outros problemas, nomeadamente, as otites e infeções respiratórias. (Salone, Vann e Dee, 2013). Um número residual de participantes referiram problemas respiratórios nas suas crianças. A respiração está muito relacionada com o desenvolvimento facial, pois crianças que apresentam um padrão de respiração oral, apresenta um tónus alterado o que contribui para uma postura incorreta dos lábios e da língua, contribuindo muitas vezes para as alterações na produção de fala (Sánchez, González e Pérez, 2006).

Relativamente à faixa etária, em 2016 em Portugal a idade média das mães que têm filhos era de 31.9 anos. Comparando com os nossos participantes, considerou-se que a amostra do estudo está de acordo com os dados da Prodata (2017).

No que concerne à percepção sobre a importância da alimentação na fala, os resultados não foram significativos quando comparadas as idades do progenitor (mais ou menos de 30 anos). No entanto, a análise item a item da EPPIAF verificou-se que os pais mais jovens (menos de 30 anos) parecem mostrar-se mais sensíveis face à importância de as crianças explorarem os alimentos com as mãos. A maioria dos pais também referiram que oferecem novos alimentos na sopa. A criança deve ter oportunidade de explorar o alimento antes de decidir consumi-los, poder tocar, ver ou cheirar (Arden, 2010; Hausner,

Olsen e Moller, 2012). Como constata Brown e Lee (2011b) a auto alimentação ou a alimentação orientada pelo bebê é um incentivo para a alimentação saudável.

Pais com habilitações literárias mais elevadas (ensino superior) revelaram maior sensibilidade na escala da importância da alimentação na fala. A literatura mostra que a educação geral pode influenciar a forma como as mães alimentam os seus filhos (Northstone, Emmett e Nethersole, 2001), uma vez que estas poderão estar mais atentas às informações de desmame, e podem possuir mais informações quanto à introdução de alimentos. Blissett e Haycraft (2008) defendem que tanto o nível educacional como o rendimento familiar podem influenciar atitudes e práticas diferentes no comportamento alimentar das crianças. Analisando os itens, os mais significantes foram: à *consistência pastosa e alterações do posicionamento da língua e músculos da face* e o *equilíbrio da mastigação que estimula as estruturas da face*. Os alimentos com consistência pastosa, macia ou humidificados, pode contribuir para um crescimento facial fraco (Lieberman et al., 2004), e impedir o desenvolvimento de habilidades motoras orais, pois a atividade muscular não é tão requisitada (Reilly et al., 1995). Os movimentos precisos e coordenados que a mastigação exige são fundamentais para o crescimento harmonioso de todas as estruturas que envolvem a oclusão, contribuindo para o equilíbrio das estruturas da face e uma boa produção de fala (Tanigute, 2005; Medeiros, 2013).

Os pais mostraram estar informados sobre a importância de variar as consistências texturas e sabores dos alimentos, pois a maioria referiu variar a consistência e a textura dos alimentos; todos mencionaram variar os sabores. Estes resultados corroboram os do estudo de Coulthard et al., (2009), ao realçarem a importância de introduzir o mais precoce possível as texturas, uma vez que a introdução de alimentos em pedaços ou alimentos irregulares após os 9 meses pode trazer problemas de alimentação. Por outro lado, as texturas estimulam o desenvolvimento das habilidades oro motoras, a partir dos movimentos laterais da língua e da habilidade mastigatória (Szezesmak, 1972). Pais atentos e conhecedores destes benefícios permitem a participação dos seus filhos na alimentação incitam-nos a experimentar coisas novas (diversificando a textura, o sabor, a cor, o tamanho, a forma, a consistências) (Rapley, 2008). É importante esta diversidade para o desenvolvimento de preferências e habilidades de alimentação. Tal como refere Tanigute (2005), é importante variar as consistências alimentares para a evolução do padrão de mastigação.

Quanto à presente investigação, não se obteve nenhuma relação estatisticamente significativa no que concerne à situação profissional dos participantes e a EPPIAF. No estudo realizado por Brown e Lee (2011b) relativamente à situação profissional as mães que utilizavam o método *BLW*, regressavam à sua atividade profissional mais tardiamente, que as mães que utilizavam o método tradicional.

Os resultados apontam ainda no sentido de quanto maior o número de filhos, menor parece ser a importância percebida da relação entre a alimentação e a fala. Pode-se daqui sugerir que a procura de informação poderá ser maior quando se trata do primeiro filho, pois os pais estarão mais predispostos para a procura de conhecimento sobre uma determinada área. Os estudos evidenciam que o conhecimento nem sempre corresponde à prática dos pais. Xavier, Nobre e Azevedo (2015), sobre o conhecimento e experiências de gestantes na amamentação, concluíram na sua investigação que mesmo as mães que já tinham filhos sabendo da importância do aleitamento materno, não o praticavam até ao período recomendado. É fundamental conhecer alguns cuidados sobre a alimentação infantil, nomeadamente, à quantidade, qualidade, frequência e consistência, para o desenvolvimento e crescimento das crianças. As práticas alimentares são fundamentais pois orientam o processo da alimentação, devendo colidir num estilo mais responsivo, permitindo a autorregulação na ingestão de nutrientes (Rossi, Moreira e Rauenet, 2008).

Por vezes, a informação divulgada sobre esta área, é excessiva muita e nem sempre a mais credível, pelo pode ocorrer alguma desvalorização. Os profissionais que lidam com as famílias devem estar atentos para passar informação esclarecedora e credível (Aparício, 2010).

Explorando o conhecimento dos métodos na amostra do estudo, um grande número de pais, referem conhecer tanto o método *BLW*, como o método tradicional. Um estudo no Reino Unido publicado em 2011a (Brown e Lee), com 384 mães com filhos entre os 6-12 relataram que apenas uma minoria nunca tinha ouvido falar do método *BLW*. Na presente investigação o número de participantes que diziam conhecer o método *BLW* é inferior ao do método tradicional. Porém, mais de metade referiram conhecer ambos os métodos. Para Padovani (2015), o método *BLW* promove o desenvolvimento da musculatura oro-facial. Este novo método permite ainda, reduzir as mamadas até o bebé ser capaz de se alimentar, sendo o próprio que decide o que comer e quando o fazer (Rapley, 2011; Rapley, 2015)

Quando os participantes são questionados se seguem algum método, cerca de metade dos participantes referem não seguir um método em particular, dos que responderam seguir um método de introdução de alimentos, a maioria refere seguir exclusivamente o método tradicional, enquanto, um número muito reduzido segue exclusivamente o método *BLW*. Arden (2010) refere que as mães que usam o método tradicional manifesta ansiedade e confusão em torno da introdução da alimentação complementar. Cameron et al., (2012) relataram que as mães que tinham utilizado estratégias do *BLW* tinham tido uma experiência positiva, recomendavam-no a outras mães e voltavam a replica-lo com outro filho.

Conclusão

Neste trabalho, procurou-se expor de forma clara e elucidativa a importância que as consistências sólidas e a diversidade de texturas alimentares assumem nas estruturas oro faciais e naturalmente na fala das crianças, quando introduzidas numa fase precoce.

O estudo empírico concretizou-se numa abordagem aprofundada da importância que os pais dão à introdução dos alimentos na fala das crianças entre os 4 e 18 meses. Percebeu-se que é importante sensibilizar, formar os pais para alguns fatores que podem dificultar a alimentação e consequentemente afetar toda a musculatura requisitada para a fala. Para tal, os profissionais de saúde que acompanham a família, especificamente os Terapeutas da Fala devem estar atentos e desmistificar as dúvidas que os pais possam ter face às atitudes e experiências de outros métodos e que possam acompanhar os pais neste período de transição para a alimentação complementar. Do mesmo modo este trabalho leva-nos a refletir sobre a pertinência de realizar questões na anamnese sobre o tipo de alimentação que as crianças apresentam face às alterações articulatórias que as levam a procurar um Terapeuta da Fala. Como descrito ao longo do trabalho, tanto a consistência em que os alimentos são apresentados, a forma, o tamanho, como a variedade de texturas têm uma influência direta no crescimento facial, que por sua vez também se relacionam com a fala. Assim, o Terapeuta da Fala tem um grande desafio, na medida em que deverá perspetivar uma mudança de padrões nos pais numa sociedade em que a alimentação das crianças tem vindo a sofrer alterações com o aparecimento de alimentos “mais fáceis” de serem mastigados, alimentos estes industrializados.

Não obstante os resultados encontrados não serem significativos no que toca a idade dos progenitores e a sua percepção da importância da alimentação na fala, verificou-se que parece existir uma maior sensibilidade face à importância das crianças explorarem os alimentos com as mãos em pais mais jovens. Já quanto às habilitações literárias denotou-se uma maior percepção da importância da alimentação na fala em pais com habilitações literárias superiores, não havendo o mesmo tipo de diferenciação no que respeita a sua situação profissional. Pais com um maior número de filhos, demonstraram uma menor percepção da importância de todo este processo na fala. Apesar dos resultados demonstrarem resultados equitativos em relação ao conhecimento dos métodos

tradicional e *BLW*, verificou-se haver uma maior incidência de utilização do método tradicional relativamente ao *BLW*.

Em suma, pode-se afirmar que os pais com níveis de literacia superior demonstraram estar mais informados e por consequência mais sensibilizados para a relação da alimentação com a fala. Tal como refere Northstone, Emmett e Nethersole (2001) e Blissett e Haycraft (2008), o nível de educação influencia o conhecimento e os comportamentos dos pais face à alimentação dos seus filhos.

Sendo as conclusões deste estudo apenas válidas para os seus participantes, uma vez que a amostra não é representativa da população em geral, será importante evidenciarmos algumas limitações que em estudos futuros, poderão ser consideradas para reforço destas evidências. Assim, uma das limitações do estudo diz respeito à metodologia de recolha dos dados que ocorreu com recurso a instrumento em formato *online* dirigindo-se a uma população que facilmente tem acesso a todo o tipo de informação. Como parte dos grupos *online* que existem são direcionados a mães, a maioria dos participantes são do sexo feminino, seria interessante termos mais respostas de progenitores do sexo masculino e poder comparar as suas perspetivas em grupos diferentes.

Em estudos posteriores sugere-se, que o item “*A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparativamente com os sólidos*”, seja invertido ou, como alternativa, colocar outros itens invertidos para conduzir questões no mesmo sentido e assim, consolidar a precisão da EPPIAF. Outra sugestão é criar itens numa escala de percepção para os pais que abordem comportamentos alimentares e que avaliem mais pormenorizadamente a ansiedade e *stress* que os pais sentem na alimentação dos filhos.

Como contributo deste estudo será pertinente sugerir que durante o curso de preparação para o parto, sejam criados módulos que abordem o tema da importância da alimentação, para que as gestantes possam futuramente fazerem escolhas informadas em prol do desenvolvimento oro-motor dos seus filhos.

Da mesma forma realça-se a intervenção que os Terapeutas da Fala possam ter na formação de mães menos letradas sobre a relação entre a alimentação e fala na criança. Seria interessante se durante o curso de preparação para o parto, os Terapeutas da Fala

tivessem a possibilidade de abordar o tema sobre a importância da amamentação materna para o desenvolvimento oro-motor. Outra sugestão que fica desta investigação é a presença destes profissionais nas equipas materno infantil do Sistema Nacional de Saúde, para poderem acompanhar as mães na fase de transição para a alimentação complementar e assim, poder esclarecer a família para que possam fazer escolhas informadas em prol do desenvolvimento do seu filho.

Referências bibliográficas

- Almeida, E, Melli, R. e Moraes, I. (2002). Orientação Fonoaudiológica e Psicológica às nutrizes: experiência em contexto hospitalar. *In: Tasca. S; Almeida, E.; Servilha, E.; Recém-Nascido em Alojamento Conjunto: Visão Multiprofissional*, São Paulo, Carapicuíba: Pró-fono, pp. 1-15.
- Almeida, L. e Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (5ªEd) Braga: PsiQuilíbrios.
- Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Millenium*. pp.283-298.
- Arden, M. (2010). Conflicting influences on UK mothers decisions to introduce solid foods to their infants. *Maternal and Child Nutrition* 6 (2), pp.159–173.
- Ávila, C., Farias, S. e Vieira, M. (2006). Relação entre fala, tônus e praxia não-verbal do sistema estomatognático em pré-escolares. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri (SP), 18(3), pp.267-276.
- Barbosa, C. e Schnonberger, M. (1996). Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da motricidade oral. *In: Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes IC, editores. Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise; pp. 435-46.
- Beecher, R. e Corruccini, R. (1981). Effects of Dietary Consistency on Craniofacial and Occlusal Development in the Rat *The Angle Orthodontist* 51(1), pp.61-69.
- Bervian, J., Fontana, M. e Caus, B. (2008). Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais - revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 13 (2) pp. 76-81.
- Bianchini, E. (2005). Mastigação e ATM *In: Marchesan, I. (Ed.), Fundamentos em Fonoaudiologia: Aspétos Clínicos da Motricidade Oral*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Birch, L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *The Journal of Nutrition*, 128, pp.407-410.

- Birch, L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, pp. 41-62.
- Birch, L. e Ventura, A. (2009). Preventing childhood obesity. What works? *International Journal of Obesity*, 33 (1), pp. 74–81.
- Bisquerra, R., Sarriera, J. e Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Blissett, J. e Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite* 50 (2), pp. 477.
- Brasil Ministério da Saúde. (2013). *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica*– 2. ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília.
- Brown, A. e Lee. M., (2011a). A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mother. *Maternal and Child Nutrition* 7 (1), pp. 34–47.
- Brown, A. e Lee, M. (2011b) An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Maternal and Child Nutrition*.
- Butte, N. *et alii*. (2004). The start healthy feeding guidelines for infants and toddlers. *Journal of the American Dietetic Association*, 104 (3), pp. 442–454.
- Cameron, S., Heath, A. e Taylor, R. (2012). Healthcare professionals’ and mothers’ knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study. *BMJ open*; 2(6), pp.1-10.
- Capretta P., Petersik J. e Steward, D. (1975). Acceptance of novel flavours is increased after early experience of diverse taste. *In: Mennella, J. Nicklaus, S. Jagolino, A. Yourshaw, L.* (2008). Variety is the spice of life: Strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy *Physiology & behavior*; 94(1) pp.29-38.
- Carvalho, G. (1995). A Amamentação sob o ponto de vista funcional e clínica da odontologia. *In* Bervian, J. Fontana, M. e Caus, B. (2008), *Relação entre amamentação, desenvolvimento*

motor bucal e hábitos bucais- revisão da literatura. Revista da Faculdade de Odontologia; 2(13), pp.76-81.

Carvalho, G. (2003). *S.O.S. respirador bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação*. São Paulo: Lovise.

Carvalho, M.; Tamez, R.(2005). *Amamentação – bases científicas*, Ed. Gb. Koogan, RJ.

Chen, X. *et alli*. (2015). Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and oral habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *BioMed Central Pediatrics*,15 (1),p:46.

Cooke, L. e Fildes, A. (2011). The impact of flavour exposure in utero and during milk feeding on food acceptance at weaning and beyond. *Appetite*, 57(3), pp. 808–811.

Coulthard, H., Harris, G. e Emmett, P. (2009). Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Maternal and Child Nutrition* 5, pp.75–85.

Cresson, (1995). Geneviève Le Travail Domestique de Santé: analyse sociologique. In Leiras, E. *Comportamento Alimentar da criança: A influência materna*. Master's thesis.

Delaney, A. e Arvedson, J. (2008). Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews* 14(2)pp.105-117.

Delaney, A. (2010). Oral-motor Movement Patterns in Feeding Development. [Em linha] Disponível em < http://www.researchgate.net/publication/236849815_Oral_Motor_Movement_Patterns_in_Feeding_Development > [Consultado em 3-15-2017].

Fangupo, L. *et alii*. (2016) Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics*, 138(4).

Felício, C. (2004). Desenvolvimento Normal da Funções Estomatognáticas. In: Ferreira, L.; Befi-Lopes, D. Limongi, S. (1º Ed) *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo, Roca, pp.195-211.

- Felício, M. *et alii.* (2003). Análise da associação entre sucção, condições miofuncionais orais e fala. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.*, Barueri (SP), 15(1) pp. 31-40.
- Fernandes, T. (2002). Alojamento Conjunto- uma história. *In: Tasca. S; Almeida, E.; Servilha, E.; Recém-Nascido em Alojamento Conjunto: Visão Multiprofissional*, SP Carapicuíba: Pró-fono, pp. 1-15.
- Ferraz, M. (2001). *Manual prático de motricidade oral: avaliação e tratamento* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Field, A. (2009). *Discovering estatistics using spss* (3ªed). London: Sage publication.
- Franco, M., Reis, M. e Gil, T. (2003). *Comunicação, Linguagem e Fala – Perturbações Específicas de Linguagem em contexto escolar*. Lisboa, Ministério da Educação.
- Frias, J. *et alii.* (2004). Relação entre ceceo anterior e crescimento craniofacial e hábitos de sucção não nutritiva em crianças de 3 a 7 anos. *Revista CEFAC*. 6(2), pp.177-183.
- Fricker, J., Dartois, A. e Fraysseix, M. (1998). Guia de Alimentação da criança- Da concepção à adolescência, *In: Fricker, J, Dartois, A., Fraysseix. M. O Leite: Ao peito ou a Biberão*. Instituto Piaget, Lisboa.
- Forestell, C. e Mennella, J. (2007). Early Determinants of Fruit and Vegetable Acceptance. *Pediatrics*.120(6), pp. 1247–1254.
- Fortin, M. (2003) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3.ª ed. Loures : Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância [Em linha]. Disponível em < <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=&sid=1810111414&cid=6081>> [Consultado em 12/2/2017].
- Gaspar, J. *et alii.* (2015). Aleitamento Materno-Ainda Longe do Desejável, *Acta Pediátrica Portuguesa*; 46, pp: 318-25;

- Gisel, E. (1991). Effect of food texture on the development of chewing of children between six months and two years of age. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33 (1), pp. 69–79.
- Gomes, C. *et alii.* (2006). Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. *Journal of Pediatrics* 82(2) pp.103–9.
- Gomes, S., Cury, A. e Rodrigues, R. (2011). Effect of hyposalivation on mastication and mandibular movements during speech. *Brazilian Oral Research*. 25(4), pp.351-6.
- Gomes, L. e Bianchini, E. (2009). Caracterização da função mastigatória em crianças com dentição decídua e dentição mista. *Revista CEFAC*, 11(3), pp.324-333.
- Green, J., Moore, C. e Reilly, K. (2002). The sequential development of jaw and lip control for speech. *Journal of speech, Language and Hearing Research*, 45, pp. 66-79.
- Guerra, A. *et alii.* (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente- *Acta Pediátrica Portuguesa- Revista de Medicina da criança e do Adolescente*. 43(5), pp. 17-40.
- Harbron, J. *et alii.* (2013). Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life. *South African Journal Clinical Nutrition*; 26(3). pp. 141-149.
- Hausner H., Olsen A. e Moller, P. (2012). Mere exposure and flavour-flavour learning increase 2-3 year-old children's acceptance of a novel vegetable. *Appetite* 58: pp.1152-1159.
- He, T. e Kiliaridis, S. (2003) Effects of masticatory muscle function on craniofacial morphology in growing ferrets. *European Journal of Oral Sciences*, 111(6), pp. 510-7.
- Ínal, S., Aydin, Y. e Canbulat, N. (2016). Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital in Istanbul. *Applied Nursing Research*, 32, pp.26-29.
- Jacinto, I. (2005). Estimulação de sucção para recém-nascido de Alto Risco. In I. Marchesan, I. (Ed.), *Fundamentos em Fonoaudiologia: Aspectos Clínicos da Motricidade Oral*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Jager, M. (2011). *Brain development Milestones & learning*. Johannesburg: Mind Moves Institute.

- Junqueira, P. (1998). Avaliação Miofuncional. In: Marchesan I. *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.13-21.
- Junqueira, P. (2000). *Amamentação, hábitos orais e mastigação*. Orientações, cuidados e dicas. Rio de Janeiro: Ed. Revinter.
- Labbok M. e Hendershot, G. (1987). Does breast-feeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *American Journal Preventive Medicine*, 3(4), pp.227–32.
- Levy, L. e Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa, Comité Português para a UNICEF.
- Lieberman, D. *et alii*. (2004). Effects of food processing on masticatory strain and craniofacial growth in a retrognathic face. *Journal of Human Evolution*, 46(6), pp. 655-677.
- Marchesan, I. (2003). Distúrbios miofuncionais orofaciais na infância. *Sociedade brasileira de otorrinolaringologia, tratado de otorrinolaringologia*. 3(54), pp. 520-533.
- Martinelli, R. *et alii*. (2011). Correlações entre alterações de fala, respiração oral, dentição e oclusão. *Revista CEFAC*, São Paulo.
- Mason, S., Harris, G. e Blissett, J. (2005). Tube feeding in infancy. Implications for the development of normal eating and drinking skills, *Dysphagia*, 20 pp. 46–6.
- Medeiros, A. e Bernardi, A. (2011). Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 16(1), pp.73-99.
- Medeiros, V. (2013). Associação entre consistência alimentar e alterações de fala na infância[Em linha] Disponível em <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/13402> [Consultado em 27/12/16].

Mennella, J. *et alii.* (2008). Variety is the spice of life: Strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy *Physiology & behavior*; Vol: 94(1) pp. 29-38.

(MOBI) Motherhood International [Em linha]. Disponível em <http://www.mobimotherhood.org/feed-the-baby-when-a-baby-needs-extra-help.html> [Consultado em 18/3/2017].

Moimaz S. *et alii.* (2008). Association between breast-feeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. *Journal of Indian Society of Pedodontics Preventive Dentistry*, 26(3), pp. 102.

Moura L. *et alii.* (2009). Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Revista CEFAC*, 11(3).

Naylor, A., Danner, S. e Lang, S. (2001), Infant Oral Motor Development in Relation to the Duration of Exclusive Breastfeeding. In: Naylor, A. e Morrow, A., eds. *Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development*. Wellstart International and the LINKAGES Project Academy for Educational Development, Washington, DC, 4, pp. 21-25.

Neiva, C. *et alii.* (2003). *Early weaning: implications to oral motor development*. *Journal of Pediatrics*. 79(1)pp. 7-12.

Nicolielo, A. *et alii.* (2009). Fatores interferentes na alimentação de crianças de 17 a 25 meses de uma creche municipal. *Revista. CEFAC*, 11(3), pp. 291-297.

Northstone, K., Emmett, P. e Nethersole, F. (2001). ALSPAC study team The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14, pp. 43–54.

Oyen, O. (1993). *A função mastigatória e o crescimento e desenvolvimento facial*. In: Enlow DH. *Crescimento facial*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; pp. 272-90.

Padovani (2015). Introdução Alimentar Participativa [Em linha]. Disponível em <<https://www.google.pt/search?q=introdu%C3%A7%C3%A3o+participativa+Padovani+>

2015&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=-
CkYWY3NOrL_8AeSho_ACA > [Consultado em 3/3/2017].

Pena, C., Pereira, M. e Bianchini, E. (2008). Características do tipo de alimentação e da fala de crianças com e sem apinhamento dentário. *Revista CEFAC*, 10(1) pp. 58-67.

Pereira, A. *et alii.* (2005). Características das funções orais de indivíduos com má oclusão Classe III e diferentes tipos faciais. *Revista Dental Ortodontia e Ortopedia Facial*. 10(6), pp. 111-119.

Prodata (2017) Base de dados de Portugal Contemporâneo. [Em linha]. Disponível na: [www:<URLhttp://www.podata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal 7059](http://www.podata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal%207059)[Consultado 1 de junho 2017].

Ramos, M. e Stein, L. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil, *Jornal de Pediatria*, 76(3). pp. 229-237.

Rapley, G. (2008). RapleyWeaning.com- Baby-led Weaning: The fuss-free way to introduce solid foods [Em linha]. Disponível em < <http://www.rapleyweaning.com/index.php>> [Consultado em 17/04/2017].

Rapley, G. e Murkett, T. (2008) *Baby-led weaning: helping your child love good food*. London, UK: Vermilion.

Rapley, G. (2011). Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Journal of Community Practice*, 84(6), pp. 20–3.

Rapley, G. (2015). Baby-led Weaning: The theory and evidence behind the approach [Em linha.] Disponível em https://www.researchgate.net/publication/276905087_Baby-led_weaning_The_theory_and_evidence_behind_the_approach [Consultado em: 20/4/2017].

Rapley, G. (2016). Are puréed foods justified for infants of 6 months? What does the evidence tell us? *Journal of Health Visiting* , 4(6), pp. 289–295.

Reilly, S. *et alii.* (1995). The objective rating of oral-motor functions during feeding. *Dysphagia*, 10(3), 177-191.

- Révérénd, B., Edelson, L. e Loret, C. (2014). Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood. *British Journal of Nutrition*, 111(03), pp. 403-414.
- Romero, C., Scavone-Junior, H. e Garib, G. (2011). Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *Journal of Applied Oral Science*, 19(2),pp.161–8.
- Rossi, A., Moreira, E. e Rauen, M. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista Nutrição*, 21(6), pp.739-748.
- Rozin, P. (1997). Sociocultural influences on human food selection. In: Capaldi ED, ed.. *Why we eat what we eat. The psychology of eating*. 2ª ed. Washington: APA; pp. 233-63.
- Sachs, M. (2011). Baby-led weaning and current UK recommendations – are they compatible? *Maternal and Child Nutrition* 7 (1), pp.1–2.
- Salone, L. Vann, W. e Dee, D. (2013). Breastfeeding: An overview of oral and general health benefits. *The Journal of the American Dental Association*. 144 (2), pp. 143-151.
- Sánchez, L., González, A. e Pérez, C. (2006). La obstruccion nasofaríngea y su relacion com el crecimiento craneofacial y las maloclusiones. *Científica Dental*. Revista científica de formación continuada, 3(1),pp.71-76.
- Silva, A. (2005). III- Alimentação no ciclo de vida. Diversificação alimentar-porquê, quando e como? In: Silva, A; Pedro J. (Ed) *Nutrição Pediátrica – Princípios Básicos*. Lisboa, Clínica Universitária de Pediatria Hospital de Santa Maria.
- Silva, F. (2010). *Avaliação cefalométrica do crescimento craniofacial em crianças leucodermas brasileiras, com má oclusão de classe II durante as fases de crescimento determinadas pela maturação das vértebras cervicais*. Dissertação, Universidade de são Paulo.
- Silveira, F. e Lamounier, J. (2004). Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Revista Nutrição*, 17(4), pp.437-447.

- Sullivan, A. e Birch, L. (1994). Infant Dietary Experience and Acceptance of Solid Foods American. *Pediatrics*, 93(2), pp. 271-277.
- Szczesniak, A. (1972) Consumer awareness of and attitudes to food texture. II. Children and teenagers. *Journal of Texture Studies*, 3(2), pp. 206–217.
- Tanigute, C. (2005). Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: Marchesan, I. (Ed.), *Fundamentos em Fonoaudiologia: Aspectos Clínicos da Motricidade Oral*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Tollara, M. *et alii*. (1998). Aleitamento natural. In: Corrêa, M. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo. Santos.
- UNICEF (1989) A Convenção sobre os Direitos da Criança [Em linha]. Disponível em https://www.google.pt/search?q=Declara%C3%A7%C3%A3o+dos+Direitos+da+Crian%C3%A7a+%281959%29+&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=WvAYWYGOLqz_8AfDm5KgA [Consultado em 2/5/2017].
- Valle, M. (1996). *A voz da Fala*. Rio de Janeiro, Editora Revinter.
- Ventura, A. e Birch L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5.(1), pp.1-15.
- Viana, V., Franco, T. e Morais, C. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*. 15 (1), pp. 9-16.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Xavier, B., Nobre, R. e Azevedo, D. (2015). Amamentação: conhecimentos e experiências de gestantes, *Nutrire*, 40(3), pp.270-277.
- Wilson, C. e Brown, W. (1997). Influence of food matrix structure and oral breakdown during mastication on temporal perception of flavor. *Journal of Sensory Studies* 12(1): pp. 69-86.

World Health Organization, (1998). *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries*, A review of current scientific knowledge. Geneva.

World Health Organization (2001). *Complementary feeding Report of the global consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Summary of guiding principles for complementary feeding of breastfed child.

World Health Organization (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; WHO Technical Report Series, No. 916

Anexos

Anexo 1

Este estudo enquadra-se numa investigação realizada no âmbito de uma dissertação de mestrado em Terapêutica da Fala- especialidade de Linguagem na Criança, realizada na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Professora Doutora Joana Rocha e co-orientação da Professora Doutora Susana Marinho. Este estudo está subordinado ao tema “A percepção dos pais sobre a importância da introdução da alimentação no desenvolvimento da Fala”. O objetivo principal é conhecer a percepção dos pais sobre a importância da alimentação no desenvolvimento da fala em crianças entre os 4 meses e os 18 meses de idade, com desenvolvimento neurotípico e cujos filhos tenham iniciado a introdução de outros alimentos para além do leite.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos, sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual.

A sua participação é voluntária e os dados fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima. O acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos. Solicitamos a sua colaboração através do preenchimento dos questionários que se seguem. Sublinhamos que não existem respostas certas ou erradas e que elas apenas se referem à sua opinião e experiência individual.

No caso de existirem dúvidas adicionais poderão contactar a investigador principal para o seguinte correio eletrónico: terapeuta.candidasilva@gmail.com.

Obrigada pela sua colaboração.

Consentimento:

Aceito de livre vontade participar neste estudo intitulado “A percepção dos pais sobre a importância da introdução da alimentação no desenvolvimento da Fala”. Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi dada sobre a natureza deste estudo. Consinto a minha participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação. Estou ciente que a minha participação é anónima e que os dados serão tratados de forma confidencial.

Aceito

Questionário:

O presente questionário desenvolvido objetiva avaliar a percepção dos pais relativamente à importância da introdução de alimentos no desenvolvimento da fala.

Os dados recolhidos serão exclusivamente usados para a finalidade da investigação, sendo garantida a confidencialidade dos mesmos.

Solicitamos que o questionário seja respondido apenas por um dos pais e que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Por favor, assinale com uma cruz a resposta ou as respostas.

O seu preenchimento demorará aproximadamente 20 minutos.

Por favor, leia com atenção todas as questões apresentadas e, caso surjam dúvidas durante o preenchimento, solicite esclarecimentos ao investigador principal. Não existem respostas certas nem erradas.

Este grupo de questões pretende caracterizar o participante e a criança sobre a qual incidem as suas respostas.

GRUPO I: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO- DEMOGRÁFICA

1. Idade do seu filho/a _____ meses Sexo do seu filho/a F
M

2. Neste momento o seu filho/a:
Vocaliza Palavra/baluceia Diz palavras simples Junta palavras para formar frases

3. Estado de saúde
Criança saudável Com problemas de desenvolvimento
Outra _____

4. O inquirido é:
Pai Mãe

5. Idade do inquirido: ____ anos

6. **Nível de escolaridade:**
4º Ano de escolaridade
9º Ano de escolaridade
12º Ano de escolaridade
Ensino profissional
Bacharelato
Licenciatura
Mestrado
Doutoramento
Outro Qual? _____

7. **Situação profissional atual**
Desempregado/a
Estudante

Doméstico/a
Com atividade Profissional Qual? _____

8. Estado civil

Casado/a União de facto Solteiro/a Divorciado/a Viúvo/a
Outra? _____

9. Idade do cônjuge/companheiro/a (caso se aplique) _____

10. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar? _____

11. Quem são as pessoas que constituem o seu agregado familiar:

Marido/ esposa/companheiro/a

Filho/s

Pais/sogros

Outros familiares

Outras pessoas Quem? _____

11.1 Filhos quantos tem: _____

11.2 Idades dos seus filhos: _____

12. Quem é que habitualmente alimenta a criança.

Mãe Pai Outro Quem? _____

GRUPO II: CARACTERIZAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA

1- Durante o dia o seu filho/a está a frequentar:

Berçário Creche 1A-2A Creche 2A-3A Avós
Ama Outra? _____

2- Qual é ou foi, a forma de aleitamento do seu filho/a?

Peito materno

Biberão

Ambos

3- A criança ainda se encontra a amamentar no peito materno?

Sim Não

4- No caso de a criança já não ser alimentada no peito indique quanto tempo foi.

Idade _____ meses

5- O seu filho/a utilizou chupeta?

Sim Não Ainda utiliza

5.1- Se sim, quanto tempo _____

6- O seu filho/a apresenta/ou algum problema respiratório?

Sim Não

6.1 Se sim, qual? _____

7- O seu filho/a já tem dentes?

Sim Não

7.1- Se sim, com que idade começaram os dentes a nascer no seu filho/a?

8- Com que idade introduziu outros alimentos para além do leite?

Idade _____ meses.

9- Qual a atual dieta alimentar do seu filho/a?

Líquido Pastoso Sólido

10- Enuncie como são oferecidos em casa os alimentos sólidos?

- Em pedaços
- Amassados
- Liquidificados
- Todos
- Outros _____

11- Costuma variar a consistência dos alimentos?

Sim Não

12- Procura variar os sabores que oferece ao seu filho/a?

Sim Não

13- Procura variar as texturas que oferece ao seu filho/a?

Sim Não

14- Como introduz alimentos novos?

Na sopa/papas

Dá a cheirar

Dá a tocar

Dá a provar

Põe no prato para que a criança possa explorar do modo como que entender

Outra ? _____

15- A criança recusa algum tipo de alimentos?

Sim Não

16- Se sim, porque acha isso acontece?

É seletivo nas cores dos alimentos

Simplesmente não gosta de certos sabores

Está distraído com a televisão/tablet

Não gosta de determinadas consistências

Porque é a primeira vez que é introduzido um novo alimento

Outra Qual/ais? _____

17-Já ouviu falar de algum destes métodos de introdução de alimentos?

Tradicional

Baby Led-Weaning

Não conheço

18- Segue/seguiu algum em particular?

Sim

Não

18.1 Se sim, qual?

Tradicional

Baby Led-Weaning

O grupo III, está relacionado com a recolha de opinião/perceção dos pais sobre a importância da alimentação no desenvolvimento da fala

GRUPO III - PERCEÇÕES DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO NA FALA

Nas afirmações que se seguem pedimos a sua opinião sobre a importância da introdução dos alimentos no desenvolvimento da fala do seu filho/a. Para tal, solicitamos que assinale com um “X” o grau de concordância das afirmações apresentadas, desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente”.

	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante.					
A introdução de alimentos deve ser feita a partir dos 6 meses.					
Os filhos devem realizar as refeições em simultâneo com a restante família.					
Introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e <i>stress</i>					
A introdução de alimentos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de asfixia na criança.					
A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversificados.					
As experiências negativas das crianças durante a alimentação podem interferir na recusa de alimentos.					
Mudanças no comportamento durante a refeição pode ser sinal de alterações de sensibilidade na cavidade oral.					
É importante para as crianças explorarem os alimentos com as mãos.					
A consistência/densidade dos alimentos influencia a força muscular dos músculos usados na fala.					
A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparativa mente com os sólidos.					
Quando a alimentação é na maioria das vezes de consistência pastosa pode provocar um mau posicionamento da língua e alterações dos músculos da face.					
Aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigação semelhante ao adulto.					
A quantidade da atividade muscular usada é superior nos alimentos sólidos.					
Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), nos lábios e na língua podem influenciar a fala.					
Uma mastigação equilibrada estimula as estruturas da face.					

Deve-se preparar desde cedo a criança para a ingestão de alimentos mais fibrosos e duros.					
A introdução dos alimentos estimula a musculatura oro-facial para os movimentos mais precisos da fala.					
É importante obter informações sobre alimentação a partir de recursos/profissionais de saúde.					

Anexo 2



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Handwritten signature and date: 19/06/149

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Director da FCS

Porto, 06 de Março de 2017

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Mestrado em Terapêutica da Fala – Linguagem na Criança, de Cândida Silva, intitulado "A perceção dos pais sobre a importância da alimentação no desenvolvimento da fala", considera nada haver a opor ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Handwritten mark or signature

Anexo 3

Magnífico Reitor da Universidade Fernando Pessoa
Exmo. Sr. Professor Doutor Salvato Trigo

Autoriza.

20.03.2017

9

Eu, Cândida Olívia Barbosa da Silva, aluna do 2º Ciclo de Mestrado em Terapêutica da Fala, encontro-me a realizar a dissertação de Mestrado, com o tema "A perceção dos pais sobre a importância da introdução da alimentação no desenvolvimento da fala", sob orientação da Professora Doutora Joana Rocha, e co-orientação da Professora Doutora Susana Marinho, tendo como objetivos do estudo: 1) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, pais e crianças entre os 4-18 meses; 2) Conhecer as rotinas e hábitos alimentares de crianças entre os 4-18 meses; 3) Averiguar quais os métodos de introdução de alimentos mais frequentemente utilizados por pais de crianças com idades compreendidas entre os 4-18 meses; 4) Analisar a perceção dos pais sobre a importância da introdução dos alimentos no desenvolvimento da fala.

Assim sendo, como instrumento de recolha de dados para este estudo, foi criado um questionário dividido em três partes a primeira parte do questionário aborda questões socio-demográficas, a segunda parte relata hábitos alimentares e a última parte com questões que pretendem caracterizar as perceções dos pais sobre a temática em estudo.

Venho solicitar a Vª Exª a autorização para a divulgação do questionário por toda a comunidade académica, a partir do correio eletrónico da Universidade.

A recolha de dados deverá ser realizada entre os meses de Março e Maio do presente ano letivo.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

15 de Março de 2017

A aluna

Cândida Silva
74149

Anexo 4 - Tabela de percepção dos pais sobre a importância da Alimentação na fala

Matriz de correlação entre itens

	A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante	A introdução de alimentos deve ser feita a partir dos 6 meses	Os filhos devem realizar as refeições em simultâneo com a restante família.	Introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e stress	A introdução de alimentos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de asfixia na criança.	A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversifica dos	As experiências negativas das crianças durante a alimentação podem interferir na recusa de alimentos	Mudanças no comportamento durante a refeição pode ser sinal de alterações de sensibilidade na cavidade oral.	É importante para as crianças explorarem os alimentos com as mãos.	A consistência dos alimentos influencia a força muscular dos músculos usados na fala.	A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular. comparetamente com os sólidos.	Quando a alimentação é na maioria das vezes de consistência pastosa pode provocar um mau posicionamento da língua e alterações dos músculos da face	Aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigação semelhante ao adulto	A quantidade e da atividade muscular usada é superior nos alimentos sólidos.	Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), nos lábios e na língua podem influenciar a fala.	Uma mastigação equilibrada estimula as estruturas da face.	Deve-se preparar desde cedo a criança para a ingestão de alimentos mais fibrosos e duros.	A introdução dos alimentos estimula a musculatura orofacial para o movimento para os mais precisos da fala	É importante obter informações sobre a alimentação a partir de recursos/profissionais de saúde.
A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante	1,000	0,161	0,253	0,178	0,120	0,303	0,132	0,199	0,232	0,198	0,024	0,114	0,102	0,240	0,177	0,197	0,130	0,200	0,317
A introdução de alimentos deve ser feita a partir dos 6 meses	0,161	1,000	0,395	0,134	0,095	0,314	0,168	0,170	0,258	0,296	0,172	0,214	0,166	0,229	0,260	0,275	0,152	0,209	0,218
Os filhos devem realizar as refeições em simultâneo com a restante família.	0,253	0,395	1,000	0,118	0,068	0,437	0,276	0,216	0,461	0,394	0,064	0,305	0,160	0,343	0,366	0,304	0,277	0,334	0,413

Introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e stress	0,178	0,134	0,118	1,000	0,294	0,086	0,209	0,108	0,076	0,116	-0,084	0,032	0,059	0,089	0,153	0,094	0,041	0,102	0,100
A introdução de alimentos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de asfixia na criança	0,120	0,095	0,068	0,294	1,000	0,104	0,199	0,114	0,117	0,042	-0,055	-0,045	-0,030	0,087	0,124	0,022	-0,029	0,039	0,161
Acriança deve ser exposta a texturas e sabores diversificados	0,303	0,314	0,437	0,086	0,104	1,000	0,337	0,261	0,514	0,352	0,047	0,236	0,236	0,399	0,432	0,434	0,290	0,369	0,482
As experiências negativas das crianças durante a alimentação podem interferir na recusa de alimentos	0,132	0,168	0,276	0,209	0,199	0,337	1,000	0,420	0,314	0,381	0,034	0,335	0,146	0,378	0,360	0,402	0,235	0,330	0,326

Mudanças no comportamento durante a refeição pode ser sinal de alterações de sensibilidade na cavidade oral.	0,199	0,170	0,216	0,108	0,114	0,261	0,420	1,000	0,292	0,388	0,021	0,356	0,172	0,375	0,378	0,422	0,313	0,374	0,326
E importante para as crianças explorarem os alimentos com as mãos.	0,232	0,258	0,461	0,076	0,117	0,514	0,314	0,292	1,000	0,419	0,082	0,280	0,162	0,372	0,360	0,458	0,347	0,410	0,473
A consistência dos alimentos influencia a força muscular dos músculos usados na fala.	0,198	0,296	0,394	0,116	0,042	0,352	0,381	0,388	0,419	1,000	0,017	0,403	0,222	0,452	0,494	0,547	0,354	0,569	0,330
A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, compareta com os sólidos.	0,024	0,172	0,064	-0,084	-0,055	0,047	0,034	0,021	0,082	0,017	1,000	0,064	-0,028	0,214	0,145	0,121	0,052	0,022	0,007

Quando a alimentação é na maioria das vezes de consistência pastosa pode provocar um mau posicionamento da língua e alterações dos músculos da face	0,114	0,214	0,305	0,032	-0,045	0,236	0,335	0,356	0,280	0,403	0,064	1,000	0,298	0,354	0,376	0,453	0,426	0,448	0,317
Aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigação semelhante ao adulto	0,102	0,166	0,160	0,059	-0,030	0,236	0,146	0,172	0,162	0,222	-0,028	0,298	1,000	0,349	0,214	0,311	0,373	0,259	0,120
A quantidade da atividade muscular usada e superior nos alimentos sólidos.	0,240	0,229	0,343	0,089	0,087	0,399	0,378	0,375	0,372	0,452	0,214	0,354	0,349	1,000	0,567	0,598	0,351	0,527	0,436
Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), nos lábios e na língua podem influenciar a fala.	0,177	0,260	0,366	0,153	0,124	0,432	0,360	0,378	0,360	0,494	0,145	0,376	0,214	0,567	1,000	0,702	0,339	0,610	0,494

Uma mastigação equilibrada estimula as estruturas da face.	0,197	0,275	0,304	0,094	0,022	0,434	0,402	0,422	0,458	0,547	0,121	0,453	0,311	0,598	0,702	1,000	0,451	0,702	0,516
Deve-se preparar desde cedo a criança para a ingestão de alimentos mais fibrosos e duros.	0,130	0,152	0,277	0,041	-0,029	0,290	0,235	0,313	0,347	0,354	0,052	0,426	0,373	0,351	0,339	0,451	1,000	0,543	0,277
A introdução dos alimentos estimula a musculatura orofacial para os movimentos mais precisos da fala	0,200	0,209	0,334	0,102	0,039	0,369	0,330	0,374	0,410	0,569	0,022	0,448	0,259	0,527	0,610	0,702	0,543	1,000	0,509
É importante obter informações sobre alimentação a partir de recursos/profissionais de saúde.	0,317	0,218	0,413	0,100	0,161	0,482	0,326	0,326	0,473	0,330	0,007	0,317	0,120	0,436	0,494	0,516	0,277	0,509	1,000

Anexo 5 –Tabela de percepção dos pais sobre a importância da alimentação na fala

Variável	Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Item					
1-Importância de um método de alimentação	5 (1,7)	17(5,7)	59 (19,9)	99(33,3)	117(39,3)
2-Os alimentos devem ser introduzidos aos 6m	11(3,7)	60(20,2)	59 (19,9)	67(22,6)	100(33,7)
3-As refeições devem ser em família	5(1,7)	7(2,4)	32(10,8)	100(33,7)	153(51,5)
4-A introdução de sólidos é stressante	42(14,1)	96(32,3)	50(16,8)	80(26,9)	29(9,8)
5-Os sólidos aos 6m podem levar a asfixia	30(10,1)	77(25,9)	106(35,7)	56(18,9)	28(9,4)
6- A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversificados	5(1,7)	0	0	82(27,6)	210(70,7)
7-As experiências negativas na alimentação interferem na recusa alimentar das crianças	7(2,7)	19(6,4)	41(13,8)	118(39,7)	111(37,4)
8- Mudanças de comportamento na refeição, indicam alterações na sensibilidade da cavidade oral	7(2,4)	20(6,7)	131(44,1)	84(28,3)	55(18,5)

9-As crianças devem explorar a comida com as mãos.	5(1,7)	5(1,7)	13(4,4)	85(28,6)	189(63,6)
10-A consistência influencia a força muscular dos músculos usado na fala.	10(3,4)	18(6,1)	78(26,3)	84(28,3)	107(36,0)
11- Alimentos pastosos necessita de maior atividade muscular.	22(7,4)	33(11,1)	111(37,4)	80(26,9)	51(17,2)
12-A frequência da consistência pastosa pode levar a mau posicionamento da língua e alterações nos músculos da face.	11(3,7)	42(14,1)	172(57,9)	39(13,1)	33(11,1)
13-Aos 9m a criança tem uma mastigação semelhante à do adulto	22(7,4)	74(23,9)	118(39,7)	61(20,5)	25(8,4)
14- Alimentos sólidos requerem mais atividade muscular.	5(1,7)	11(3,7)	73(24,6)	118(39,7)	90(30,3)
15-Alterações em estruturas oro-faciais influenciam a fala	7(2,4)	10(3,4)	58(19,5)	111(37,4)	111(37,4)
16-A mastigação equilibrada estimula as estruturas da face	4(1,3)	7(2,4)	47(15,8)	115(38,7)	124(41,8)
17- É desde cedo que a criança deve comer alimentos fibrosos e duros.	15(5,1)	30(10,1)	101(34,0)	81(27,3)	70(23,6)
18-Os sólidos permitem estimular estruturas usadas para os movimentos da fala.	6(2,0)	6(2,0)	74(24,9)	109(36,7)	102(34,3)
19- É importante obter informações sobre a alimentação junto de profissionais de saúde.	4(1,3)	4(1,3)	23(7,7)	101(34,0)	165(55,6)

Anexo 6- Tabela Escalão etário do progenitor

Estatísticas de teste ^a																			
	A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante	A introdução de alimentos deve ser feita a partir dos 6 meses	Os filhos devem realizar as relações em simulâne o com a restante família.	Introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e stress	A introdução de alimentos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de assília na criança.	A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversifica dos	As experiênci as negativas das crianças durante a alimentaç ão podem interferir na recusa de alimentos	Mudanças no comporta mento durante a relação pode ser sinal de alterações de sensibilid ade na cavidade oral.	E importante para as crianças explorare m os alimentos com as mãos.	A consistên cia/densid ade dos alimentos influencia a força muscular dos músculos usados na fala.	A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparati va mente com os sólidos.	Quando a alimentaç ão é na maioria das vezes de consistên cia pastosa pode provocar um mau posiciona mento da língua e alterações dos músculos da face	Aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigacã o semelhant e ao adulto	A quantidade e da atividade muscular superior usada é alimentos sólidos.	Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), e nos lábios e na língua podem influenciar a fala.	Uma mastigacã o equilibrad a estimula as estruturas da face.	Deve-se preparar desde cedo a criança para a ingestão de alimentos mais fibrosos e duros.	A introdução dos alimentos estimula a musculatu ra oro- facial para os moviment os mais precisos da fala	E importante obter informaçõ es sobre alimentaç ão a partir de recursos/ profission ais de saúde.
U de Mann-Whitney	10160,000	10799,500	10063,500	10278,000	10107,000	10720,500	10173,500	10445,500	9008,000	10865,500	10681,500	10125,500	10893,000	10651,000	10092,500	10599,000	10693,500	9819,000	10801,000
Wilcoxon	23526,000	19844,500	23429,500	19323,000	19152,000	19765,500	19218,500	23811,500	22374,000	19910,500	24047,500	19170,500	19938,000	19696,000	19137,500	19644,000	19738,500	18864,000	19846,000
Z	-1,093	-0,171	-1,283	-0,901	-1,147	-0,344	-1,081	-0,686	-3,064	-0,079	-0,339	-1,208	-0,040	-0,388	-1,194	-0,470	-0,321	-1,582	-0,183
Significância Assint. (Bilateral)	0,274	0,864	0,200	0,367	0,251	0,731	0,280	0,492	0,002	0,937	0,735	0,227	0,968	0,698	0,233	0,638	0,748	0,114	0,854

a. Variável de Agrupamento: Escalão etário do progenitor

Anexo 8- Tabela Habilitações Literárias

Estatísticas de teste ^a																			
	A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante	A introdução de alimentos deve ser feita a partir dos 6 meses	Os filhos devem realizar as refeições em simultâne o com a restante família.	Introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e stress	A introdução de alimentos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de asfixia na criança.	A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversifica dos	As experiênci as negativas das crianças durante a alimentaç ão podem interferir na recusa de alimentos	Mudanças no comporta mento durante a refeição pode ser sinal de alterações de sensibilid ade na cavidade oral.	E importante para as crianças explorare m os alimentos com as mãos.	A consistên cia/densid ade dos alimentos influencia a força muscular	A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparati va mente usados na fala.	Quando a alimentaç ão é na maioria das vezes de consistên cia pastosa pode provocar um mau posiciona mento da língua e alterações dos músculos da face	Aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigação semelhant e ao adulto	A quantidad e da atividade muscular usada é superior nos alimentos sólidos.	Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), e na língua podem influenciar a fala.	Uma mastigação equilibrad a estimula as estruturas da face.	Deve-se preparar desde cedo a criança para a ingestão de alimentos mais fibrosos e duros.	A introdução dos alimentos estimula a muscular na oro- facial para os moviment os mais precisos da fala	E importante obter informaçõ es sobre alimentaç ão a partir de recursos/ profission ais de saúde.
U de Mann-Whitney	9654,500	8809,500	9549,000	9488,500	8927,500	8898,000	8860,500	9188,000	9625,500	8519,500	9579,500	7747,000	8201,500	9353,000	8073,000	7855,000	9028,500	8005,000	9433,000
Wilcoxon	26859,500	15025,500	15765,000	26693,500	26132,500	15114,000	15076,500	15404,000	26830,500	14735,500	15795,500	13963,000	14417,500	15569,000	14289,000	14071,000	15244,500	14221,000	15649,000
Z	-0,909	-2,115	-1,110	-1,128	-1,951	-2,427	-2,101	-1,610	-1,061	-2,567	-1,006	-3,959	-3,033	-1,356	-3,266	-3,637	-1,806	-3,355	-1,317
Significância Assint (Bilateral)	0,363	0,034	0,267	0,259	0,051	0,015	0,036	0,107	0,289	0,010	0,315	0,000	0,002	0,175	0,001	0,000	0,071	0,001	0,188

a. Variável de Agrupamento: Habilitações Literárias do Progenitor

Anexo 10 - Tabela situação profissional dos progenitores

Estatísticas de teste ^a																			
	A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante	A introdução de alimentos deve ser feita a partir dos 6 meses	Os filhos devem realizar as refeições em simultâne o com a restante família.	Introduzir alimentos sólidos é uma tarefa que causa ansiedade e stress	A introdução de alimentos sólidos aos 6 meses pode levar a episódios de asfixia na criança.	A criança deve ser exposta a texturas e sabores diversifica dos	As experiênci as negativas das crianças durante a alimentaç ão podem interferir na recusa de alimentos	Mudanças no comporta mento durante a refeição pode ser sinal de alterações de sensibilid ade na cavidade oral.	É importante para as crianças explorare m os alimentos com as mãos.	A consistên cia/densid ade dos alimentos influncia a força muscular dos músculos usados na fala.	A utilização de alimentos mais pastosos necessita de mais atividade muscular, comparati va com os sólidos.	Quando a alimentaç ão é na maioria das vezes de consistên cia pastosa pode provocar um mau posiciona mento da língua e alterações dos músculos da face	Aos 9 meses a criança já apresenta um padrão de mastigação semelhant e ao adulto	A quantidade e da atividade muscular usada é superior nos alimentos sólidos.	Alterações nos dentes, no palato duro (céu da boca), e na língua podem influenciar a fala.	Uma mastigação equilibrad o a estimula as estruturas da face.	Deve-se preparar desde cedo a criança para a gestão de alimentos mais fibrosos e duros.	A introdução dos alimentos estimula a musculatu ra oro- facial para os moviment os mais precisos da fala	É importante obter informação sobre alimentos e a partir de recursos/ profission ais de saúde.
U de Mann-Whitney	6289,000	6341,000	5959,500	6396,500	6743,500	6740,000	6255,000	6128,500	6173,000	6666,500	6702,000	6055,000	6758,000	6680,000	6116,500	6780,000	6727,000	6198,000	6763,500
Wilcoxon W	35209,000	7994,000	7612,500	8049,500	35663,500	35660,000	7908,000	7781,500	35093,000	8319,500	35622,000	7708,000	8411,000	35600,000	7769,500	8433,000	8380,000	7851,000	8416,500
Z	-1,000	-0,886	-1,664	-0,786	-0,172	-0,217	-1,069	-1,298	-1,350	-0,312	-0,247	-1,506	-0,147	-0,290	-1,317	-0,111	-0,201	-1,165	-0,148
Significância Assint. (Bilateral)	0,317	0,376	0,096	0,432	0,864	0,828	0,285	0,194	0,177	0,755	0,805	0,132	0,883	0,772	0,188	0,912	0,840	0,244	0,883

a. Variável de Agrupamento: Atividade Profissional do Progenitor

Anexo II - Tabela das médias da situação profissional do progenitor

Estatísticas																																																																																																																																																																																												
Atividade Profissional do Progenitor	sem atividade profissional	N	Válido 57	Omissão 0	4,14	3,49	4,14	2,75	2,96	4,67	3,88	3,40	4,60	3,84	3,39	2,98	2,95	3,91	3,84	4,12	3,51	3,88	4,39																																																																																																																																																																					
																								Média	4,00	3,00	4,00	2,00	3,00	5,00	4,00	3,00	5,00	4,00	3,00	2,98	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	5,00																																																																																																																																													
																																																Mediana	0,972	1,255	0,953	1,299	1,224	0,664	1,103	0,961	0,799	1,099	1,161	0,834	1,059	1,074	1,131	0,983	1,167	0,965	1,167	0,965	0,840	2,40	2,40																																																																																																																					
																																																																								Desvio Padrão	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240																																																																																													
																																																																																																com atividade profissional	N	Válido 0	Omissão 0	4,00	3,65	4,35	2,88	2,90	4,65	4,06	3,57	4,49	3,88	3,35	3,18	3,00	3,00	3,94	4,09	4,18	3,55	4,02	4,42																																																																					
																																																																																																																								Média	4,00	4,00	5,00	3,00	3,00	5,00	4,00	3,00	5,00	4,00	3,00	5,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	5,00																																														
																																																																																																																																															Mediana	0,992	1,238	0,860	1,225	1,080	0,654	0,981	0,944	0,803	1,072	1,106	0,939	1,037	0,882	0,908	0,848	1,097	0,917	0,917	0,793	5,00	5,00																							
																																																																																																																																																																						Desvio Padrão	0,992	1,238	0,860	1,225	1,080	0,654	0,981	0,944	0,803	1,072	1,106	0,939	1,037	0,882	0,908	0,848	1,097	0,917	0,917	0,793	5,00	5,00

Anexo 13 –Correlação entre a EPPIAF e os itens dos métodos

Correlações							
			Total itens Escala	Já ouviu falar de algum destes métodos de introdução de alimentos	17- Segue/se guiou algum em particular?	18- Se sim, qual?	A utilização de um método de introdução de alimentos para bebês é importante.
rô de Spearman	Total itens Escala	Coefficiente de Correlação	1,000	,207**	-,135*	,255**	,344**
		Sig. (bilateral)		0,000	0,020	0,002	0,000
		N	297	297	297	143	297
	Já ouviu falar de algum destes métodos de introdução	Coefficiente de Correlação	,207**	1,000	-,260**	,312**	0,066
		Sig. (bilateral)	0,000		0,000	0,000	0,255
		N	297	297	297	143	297
	17- Segue/se guiou algum em particular?	Coefficiente de Correlação	-,135*	-,260**	1,000	0,014	-,325**
		Sig. (bilateral)	0,020	0,000		0,867	0,000
		N	297	297	297	143	297
	18- Se sim, qual?	Coefficiente de Correlação	,255**	,312**	0,014	1,000	-0,023
		Sig. (bilateral)	0,002	0,000	0,867		0,782
		N	143	143	143	143	143
	A utilização de um método de introdução de alimentos	Coefficiente de Correlação	,344**	0,066	-,325**	-0,023	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	0,255	0,000	0,782	
		N	297	297	297	143	297

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).