



Análise do comportamento alimentar e de hábitos intestinais de crianças com Transtorno do Espectro Autista

Analysis of eating behavior and intestinal habits of children with Autism
Spectrum Disorder

Análisis del comportamiento alimentario y de los hábitos intestinales de
niños con Trastorno del Espectro Autista

Sibelle Moreira Fagundes¹, Maria Eduarda Ivo dos Santos¹, Karla Cristina Naves de Carvalho¹.

ARQUIVO SUPLEMENTAR

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E ALTERAÇÕES INTESTINAIS EM PACIENTES COM TEA

Dados da criança:

Idade: _____

Sexo: _____

Dados do responsável: _____

Relação de parentesco: _____

Abaixo há uma lista de vários problemas ou dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar e hábitos intestinais. As opções de resposta variam de 1 (Não) até 5 (Sempre). Preencha de acordo com a resposta que mais se adequa a criança:

- 1. Não:** Se seu filho(a) não apresenta o comportamento (nunca); **2. Raramente:** Se seu filho(a) raramente apresenta o comportamento descrito; **3. Às vezes:** Se seu filho(a) às vezes apresenta o comportamento; **4. Frequentemente:** Se seu filho(a) com frequência apresenta o comportamento; **5. Sempre:** Se seu filho(a) sempre apresenta o comportamento

Quanto à **motricidade** na mastigação:

Dificuldades para mastigar os alimentos ()

Engole os alimentos sem mastigá-los o bastante ()

Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro da boca com a língua ()

Mastiga os alimentos com a boca aberta ()

Engasga com os alimentos ()

Precisa beber um líquido para ajudar a engolir a comida ()

Durante ou imediatamente após as refeições traz de volta o alimento que engoliu à boca e o mastiga novamente ()

Quanto à **seletividade alimentar**:

Evita comer vegetais cozidos e/ou crus ()

Evita comer carnes ()

Evita comer frutas ()

Retira o tempero da comida (ex.: pedaços de coentro, cebolinha ou tomate) ()

Seleciona alimentos pela marca ou embalagem ()

¹ Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Anápolis - GO.

Seleciona alimentos pela cor ()

Seleciona alimentos pela consistência ()

Seletivo para refeições secas - sem molho ou caldo ()

Seletivo para refeições molhadas - com molho ou caldo ()

Seletivo para alimentos crocantes ()

Seletivo para alimentos de consistência macia ()

Quanto à **compulsão alimentar**:

Come uma grande quantidade de alimentos em um período curto mesmo já estando satisfeita ()

Pega comida fora dos horários das refeições habituais ()

Pega a comida de outras pessoas durante as refeições sem permissão ()

Quanto ao **comportamento** durante a alimentação:

Come sempre com os mesmos utensílios ()

Come sempre no mesmo lugar ()

Posui um ritual para comer ()

Possui inquietação/agitação motora que dificulta sentar-se à mesa ()

Derrama muito a comida na mesa ou na roupa quando se alimenta ()

Tem dificuldade de utilizar talheres e outros utensílios ()

Quanto aos **sintomas gastrointestinais**:

Vomita durante ou imediatamente após as refeições ()

Constipação (sem evacuar por mais de 2 dias), intestino preso, ressecado, prisão de ventre ()

Dor abdominal ()

Vômitos ()

Diarreia (diminuição da consistência das fezes e aumento da quantidade de evacuações – mais de 3 evacuações/dia) ()

Gases ()

Sangue nas fezes ()

Intolerância ao glúten ()

Intolerância à lactose ()

Assinale um (X) de acordo com a descrição mais compatível da “Escala de Bristol” em relação ao padrão das fezes de sua criança:

() Grumos duros e separados, como nozes, difíceis de eliminar.

() Forma de salsicha, porém grumosa.

() Similar à salsicha, com rachaduras na superfície.

() Similar à salsicha ou cobra, lisa e macia.

() Manchas macias com bordas definidas.

() Peças de diferentes formas com bordas.

() Aquosa sem material sólido.

Frequência de evacuações por dia:

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

() Outra frequência (ex.: X evacuações por semana): _____

Seu filho possui alguma outra queixa gastrointestinal? Qual? _____