

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**NATHÁLIA CAROLINA RODRIGUES SOTERO CAVALCANTI**

**A TERAPIA OCUPACIONAL NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM  
DESENVOLVIMENTO TÍPICO COM SELETIVIDADE ALIMENTAR: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

RECIFE, 2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**NATHÁLIA CAROLINA RODRIGUES SOTERO CAVALCANTI**

**A TERAPIA OCUPACIONAL NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM  
DESENVOLVIMENTO TÍPICO COM SELETIVIDADE ALIMENTAR: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo científico elaborado de acordo com as normas da Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (REVISBRATO) como exigência final para obtenção de grau de Terapeuta Ocupacional, pelo curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Miriam Queiroz de Farias Guerra.

RECIFE, 2022

# A TERAPIA OCUPACIONAL NO ATENDIMENTO A CRIANÇAS COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO COM SELETIVIDADE ALIMENTAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## Artigo de Revisão

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar, segundo a literatura científica, as contribuições da Terapia Ocupacional no cuidado às crianças com desenvolvimento típico com seletividade alimentar. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de caráter bibliográfica exploratória e descritiva dos resultados apresentados. Foi realizada uma busca referente ao tema abordado em artigos publicados entre 2014 e 2021 em português, inglês e espanhol. As bases de dados utilizadas foram SCIELO, MEDLINE e LILACS. Foram selecionados cinco artigos para este trabalho. **Resultados e discussão:** Do material obtido, 21 artigos procederam-se à leitura do resumo/artigo, cinco foram selecionados. Os estudos mostram que a avaliação, a estimulação das habilidades de desempenho e orientação à família são as principais ações dos profissionais de Terapia Ocupacional no tratamento a crianças com seletividade alimentar (SA). O tratamento às crianças com SA inclui o terapeuta ocupacional que atua desde a avaliação, intervenção e o cuidado a família **Considerações finais:** Através desta revisão foi possível apontar a importância da atuação do terapeuta ocupacional junto a uma equipe multidisciplinar, reconhecendo recursos e estratégias que esse profissional é habilitado para na sua prática clínica, não só identificar o problema, como intervir com precisão.

**Palavras chaves:** Seletividade Alimentar. Infância. Terapia Ocupacional.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify, according to the scientific literature, the contributions of Occupational Therapy in the care of developmental children with food selectivity. **Method:** This is an integrative literature review, exploratory and descriptive of the results presented. A search was conducted regarding the topic addressed in articles published between 2014 and 2021 in Portuguese, English and Spanish. The databases used were SCIELO, MEDLINE and

LILACS. Five articles were selected for this work. **Results and discussion:** From the material obtained, 21 articles proceeded to read the abstract/article, five were selected. The studies show that assessment, stimulation of performance skills and guidance to the family are the main actions of Occupational Therapy professionals in treating children with food selectivity (FS). The treatment of children with AS includes the occupational therapist who acts from the evaluation, intervention and family care. **Final considerations:** Through this review it was possible to point out the importance of the role of the occupational therapist in a multidisciplinary team, recognizing the resources and strategies that this professional is qualified to identify the problem and intervene with precision.

**Keywords:** Food Selectivity. Childhood. Occupational Therapy.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar, según la literatura científica, las contribuciones de la Terapia Ocupacional en el cuidado de los niños con desarrollo de la selectividad alimentaria. **Método:** Se trata de una revisión integradora de carácter bibliográfico exploratoria y descriptiva de los resultados presentados. Se ha realizado una búsqueda sobre el tema tratado en los artículos publicados entre 2014 y 2021 en portugués, inglés y español. Las bases de datos utilizadas fueron SCIELO, MEDLINE y LILACS. Se seleccionaron cinco artículos para este trabajo. **Resultados y discusión:** Del material obtenido, se procedió a la lectura del resumen/artículo de 21 artículos, de los que se seleccionaron cinco. Los estudios demuestran que la evaluación, la estimulación de las habilidades de ejecución y la orientación a la familia son las principales acciones de los profesionales de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de los niños con selectividad alimentaria (FS). El tratamiento de los niños con SA incluye al terapeuta ocupacional que actúa desde la evaluación, la intervención y la atención a la familia. **Consideraciones finales:** A través de esta revisión se pudo señalar la importancia del rol del terapeuta ocupacional en un equipo multidisciplinario, reconociendo los recursos y estrategias que

este profesional está capacitado para identificar el problema e intervenir con precisión.

**Palabras clave:** Selectividad alimentaria, infancia y terapia ocupacional

## 1. INTRODUÇÃO

A infância é a etapa inicial da vida que compreende o período entre o nascimento e os doze anos de idade (Ministério Da Saúde, 2022). O desenvolvimento infantil contempla modificações no plano sensório motor, cognitivo e social. O desenvolvimento sensório motor se caracteriza como um processo sequencial, contínuo associado à idade cronológica. O indivíduo é capaz de adquirir uma variedade de habilidades, as quais evoluem partindo de movimentos simples e incoordenados para habilidades organizadas e complexas (Silva, 2017).

A criança desenvolve-se em três fases. A primeira fase se inicia a partir do crescimento intrauterino, da concepção até o nascimento. A segunda fase recebe o nome de primeira infância, entendendo o período do nascimento até os seis anos de idade, caracterizando-se por um crescimento rápido, que se inicia no nascimento e estende-se até um marco inicial da fase seguinte. A terceira fase é denominada por segunda infância ou intermediária, período de maior equilíbrio e crescimento linear (Ministério Da Saúde, 2022).

A classificação do desenvolvimento por fases ajuda na visualização de como acontece o desenvolvimento típico das crianças; no entanto trata-se de um parâmetro, que não necessariamente será seguido, pois o aprendizado de habilidades depende diretamente dos fatores ambientais, genéticos e biológicos aos quais a criança é submetida. Esses fatores provocam variâncias de um indivíduo para outro, tornando assim único o padrão de desenvolvimento de cada criança (Silva, 2017).

A criança que vive em um contexto positivo e favorável tem um ambiente facilitador ao que se espera de um desenvolvimento saudável. Durante a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), principalmente na alimentação,

quando há troca de olhares, colo, cheiro e paladar integrados em um só momento, privilegiam a construção de uma relação afetiva com a mãe ou cuidador (Vendruscolo et al., 2012).

No início da amamentação o leite materno ou não, vai além de atender as necessidades nutricionais do bebê, nutre afetivamente o bebê. O Ministério da Saúde orienta se possível a oferta exclusiva de leite materno, nos primeiros seis meses de vida. Após esse período, é necessário a introdução de alimentos na dieta do bebê para garantir as necessidades nutricionais da criança (Vendruscolo et al., 2012).

A introdução alimentar adequada é aquela que se inicia como complemento ao leite materno ou fórmula, com dietas equilibradas em quantidade e qualidade, levando em consideração a textura do alimento, nutrientes e calorias. A alimentação de transição para lactentes deve ser ofertada gradativamente até que a criança possa receber a dieta da família. Esse é um período de vulnerabilidade para a criança podendo surgir ocorrências de infecções, atraso no desenvolvimento e hábitos alimentares inadequados, favorecendo o estabelecimento de dificuldades futuras (Vendruscolo et al., 2012).

A recusa alimentar é um comportamento típico da primeira infância, com isso alguns comportamentos podem surgir, como: fazer birra, demorar a comer, tentar negociar o alimento que será consumido, levantar da mesa durante a refeição e “beliscar” ao longo do dia. No entanto, parece haver crianças que persistem com comportamentos peculiares até meados da infância ou continuam pelas demais fases da vida. Esses comportamentos seriam definidos como Seletividade Alimentar (S.A.). Caracterizada por um consumo alimentar altamente limitado, e de extrema resistência em experimentar novos alimentos, com consequências comportamentais e sociais, que resultam em uma limitação da participação nas atividades cotidianas impactando no desempenho ocupacional da criança (Sampaio et al., 2013).

A S.A. não está registrada como um diagnóstico específico de transtorno alimentar na infância, mas os sistemas de classificações DSM-V classificam o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo como “uma perturbação alimentar caracterizada como: falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquiva baseada nas características sensoriais do alimento e preocupação acerca de consequências aversivas alimentar, manifestada por fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas associada a um ou mais dos seguintes aspectos: perda de peso significativa ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças; deficiência nutricional significativa; dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais e interferência marcante no funcionamento psicossocial” (Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtornos Mentais, 2014, p. 334).

Os dados epidemiológicos da S.A. são escassos, contudo os artigos científicos caracterizam a S.A. a partir da percepção e relato dos pais e cuidadores. Segundo eles, a seletividade alimentar predomina nas crianças menores de 24 meses em 50% dos casos. A imprecisão na definição da S.A., assim como a variância de critérios metodológicos utilizados nos estudos, dificulta um consenso e a determinação da prevalência. Não existe evidências que comprovem relação entre a S.A. com comportamentos característicos de transtornos alimentares, como: fazer dieta, episódios de compulsões alimentares e controle obsessivo do peso corporal. Há ausência de dados consistentes de prevalência, definição do distúrbio e de suas características, principalmente em termos das escolhas alimentares (Sampaio et al., 2013).

No Brasil, estudos apontam que a seletividade alimentar tem início na fase da introdução alimentar com 62% dos casos, na fase da alimentação complementar 34% e no aleitamento 4%. A incidência dos casos no sexo masculino é de 72% e 28% no sexo feminino (Okuizumi, 2020).

O processo de alimentação é ativado pela fome, e esta sensação motiva a criança a identificar e manifestar seu desejo por alimento ao seu cuidador. O esperado é que o responsável pela criança responda de forma que corresponda ao nível de desenvolvimento da criança, e o processo de

alimentação se torne uma experiência para além do sustento físico, mas também de afeto, prazer e conforto. Caso contrário, e somado à outros fatores, a criança pode desenvolver processos de recusa de alimentos (Bellefeuille, 2014).

Dessa forma compreende-se a necessidade de um tratamento especializado para o público infantil com Seletividade Alimentar no âmbito da Terapia Ocupacional, por estar diretamente associada com uma Atividade de Vida Diária (AVD) a alimentação. O terapeuta ocupacional auxilia no processo da alimentação, abordando desde limitações motoras orais, às dificuldades de processamento sensorial, como também questões comportamentais associadas à participação na vida (Lear, 2019).

Atualmente, muitos terapeutas ocupacionais vêm trabalhando com crianças típicas e suas famílias, que desde cedo apontam indícios de S.A. Diante do exposto, para que possamos ter uma maior compreensão sobre o tema, sua relevância na primeira infância e seus desdobramentos, se faz necessário mais estudos sobre tais práticas terapêuticas em torno do processo da alimentação. Assim, o objetivo do presente estudo é identificar as contribuições da Terapia Ocupacional no cuidado às crianças com desenvolvimento típico com seletividade alimentar, descritas nas produções científicas publicadas em periódicos da área de saúde.

## **2. MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que tem como objetivo permitir a síntese de conhecimento e a inclusão dos resultados dos estudos. Apresenta de maneira sistemática e sintética a organização dos dados para facilitar a comparação dos estudos em tópicos específicos, como problemas, variáveis e características da amostra (SOUZA, 2010).

A revisão integrativa é composta por seis fases, uma seguida pela outra: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA, 2010). Logo a pergunta

norteadora para esse estudo foi: quais as estratégias utilizadas na abordagem da Terapia Ocupacional no atendimento de crianças típicas que apresentam seletividade alimentar.

Desse modo, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados: SciELO e Google Scholar, e na Revista Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional RevisbraTO. O período de coleta dos artigos foi de março a abril de 2022.

Os descritores específicos da lista dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS, sendo esses português, inglês e espanhol respectivamente: Terapia Ocupacional, Terapia de Integração Sensorial, Seletividade Alimentar, Infância; respectivamente em inglês: *Occupational Therapy, Sensory Integration Therapy, foodselectivity, childhood*; respectivamente em espanhol: Terapia Ocupacional, Terapia de Integración Sensorial, Selectividad Alimentaria, Infancia. As combinações dos descritores como estratégia de busca foram: “Seletividade Alimentar” + “Infância” + “Terapia Ocupacional”; “Infância” + “Terapia Ocupacional” AND “Seletividade Alimentar”; respectivamente em inglês: “SensoryIntegrationTherapy” + “Childhood” + “OccupationalTherapy”; “Childhood ” + “ OccupationalTherapy ” AND “FoodSelectivity”; respectivamente em espanhol: “Selectividad Alimentaria” + “Infancia” + “Terapia Ocupacional”; “Infancia” + “Terapia ocupacional” Y “Selectividad Alimentaria”.

A busca foi realizada por 1 pesquisador, combinando todos os descritores em trio. A busca foi reproduzida sem modificação em cada base de dados e os artigos duplicados foram desconsiderados ao final.

Com a busca por descritores, foram encontrados 6.323 títulos de artigos. Após a leitura dos títulos, 21 artigos foram selecionados para a leitura dos resumos. Destes resumos, 6 artigos foram elencados para a leitura na íntegra, mantendo-se os 6 artigos como resultado da revisão.

Os estudos foram pré-selecionados através dos títulos e da leitura dos resumos, com base nos seguintes critérios de inclusão: artigos originais com resumos e textos completos disponíveis e gratuitos para análise; artigos de relatos de casos e estudos experimentais publicados; sem delimitação de tempo; artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol e artigos publicados nos últimos nove anos. Foram excluídos os artigos referentes a

revisões da literatura, e aqueles que o título e resumo não forneceram informações suficientes e não atendiam ao objetivo do estudo.

Foi realizada a leitura de todos os artigos na íntegra para definir sua inclusão e exclusão no presente estudo. Após a análise dos estudos selecionados, foram verificadas as informações de acordo com os objetivos específicos e posteriormente realizada a interpretação dos resultados apresentados em forma de quadro ou tabela.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do material obtido, 21 artigos procederam-se à leitura do resumo, seis foram selecionados e responderam ao objetivo desse estudo, a fim de organizar e tabular os dados. Seguindo os critérios de exclusão dispostos na metodologia, 15 foram eliminados por não fornecerem informações suficientes para a realização deste estudo (quadro 1).

**Quadro 1. Artigos eliminados de acordo com os critérios de exclusão.**

<b>Crítérios de exclusão</b>	<b>Quantidade eliminada</b>
Não forneceram informações suficientes	14
Artigos de revisão	01
Artigos repetidos	00
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

Fonte: Elaborado pelas autoras

No quadro 2, serão apresentados os estudos selecionados. dois dos seis são da língua inglesa, dois da língua portuguesa, um da língua espanhola e outro da língua portuguesa (Portugal). Dois dos estudos foram realizados no Brasil, dois nos Estados Unidos, um em Portugal e outro na Espanha. Todos os estudos selecionados são dos últimos nove anos.

Trabalho	Ano	Autor(es)	Objetivos	Resultados
<b>T1</b>	2014	<b>BELLEFEUILLE B et al.</b>	Fornecer uma revisão dos fatores a serem considerados na avaliação e tratamento da criança que se recusa a comer.	Programa terapêutico multidisciplinar para que todos possam levar em conta os itens subjacentes: reatividade sensorial excessiva oral e tátil e dificuldades no processamento vestibular, que estão associados à recusa de alimentos para melhorar o processo de alimentação.
<b>T2</b>	2016	<b>MAXIMINO P et al.</b>	Apresentar os resultados da implantação do serviço de referência em atendimento multidisciplinar exclusivo para dificuldades alimentares na infância e adolescência.	Foram encontrados sete diagnósticos multidisciplinar da dificuldade alimentar: Seletividade alimentar; Agitado; Interpretação equivocada; Apetite limitado; Causas Orgânicas; Fobia e Desvio Ponderal, sendo o mais frequente o de seletividade alimentar com(30%). 30% do total dos casos de dificuldade alimentar foram associados a alterações orgânicas. Foram detectadas alterações fonoaudiológicas na fala(29%) e motricidade oral (32%). A média do início da queixa ocorreu aos 18 meses de vida.
<b>T3</b>	2019	<b>LEAR B et al.</b>	Desenvolver um formulário de histórico clínico baseado nas questões alimentares.	O protocolo implementa uma série de atividades motoras orais e atividades de I.S. para aumentar a ingestão de alimentos. A história precisa e completa torna o tratamento adaptado a cada criança.
<b>T4</b>	2020	<b>STEINBERG. C et al.</b>	Investigar a associação entre a disfunção	As crianças pré-termo aos 6 meses de IG corrigida, apresentam

			motora oral e a dificuldade alimentar durante o processo de introdução de alimentação complementar em crianças nascidas pré-termo.	dificuldades na introdução alimentar. Variáveis como, uso de sonda enteral, CPAP e nutrição parenteral devem ser consideradas.
<b>T5</b>	2021	PEREIRA, A. P. S et al.	Analisar e entender o papel dos terapeutas ocupacionais que apoiam crianças com Disfunção de Processamento Sensorial e suas famílias em equipes locais de intervenção precoce.	Terapeutas ocupacionais organizam treinamentos para profissionais, famílias e educadores da primeira infância, num trabalho colaborativo entre os envolvidos no ambiente natural e nas rotinas diárias da criança.
<b>T6</b>	2021	<b>GANDARA, B et al.</b>	Relatar o caso de uma criança de 22 meses de idade com seletividade alimentar excessiva recusa alimentar, e a intervenção terapêutica ocupacional baseada na Integração Sensorial Ayres®.	Avaliação através do perfil sensorial, Pedi-EAT, TSFI e PRN, que apontaram reatividade oral, tátil e vestibular afetando a aceitação de novos alimentos, texturas e atenção seletiva. Houve melhora na ingestão e participação, a partir da intervenção da Terapia Ocupacional baseada na Integração Sensorial Ayres®.

Para Bellefeuille et al. (2014), a seletividade alimentar é caracterizada quando a criança come uma variedade limitada de alimentos e recusa outros.

Dos seis estudos, quatro apontaram como critério para ter seletividade alimentar, a idade das crianças:  $\leq 24$  meses de idade gestacional corrigida

como relevante Bellefeuille et al. (2014); Maximino et al. (2016); Steinberg et al. (2020); Pereira et al. (2020); Gandara et al. (2021). Apenas um estudo Pereira et al. (2020), cita como referência crianças menores de seis anos, dessa forma ampliando muito o alcance para medidas de intervenção. Maximino et al. (2016) complementa que a maior incidência de crianças com seletividade alimentar encontra-se entre dois e quatro anos, com declínio até os seis anos. Aponta ainda, que a identificação dos problemas alimentares das crianças foi considerada pelos pais por volta dos 18 meses de vida.

Outras variáveis importantes para caracterizar as crianças com seletividade alimentar também aparecem nos estudos de Steinberg et al. (2020), tais como: menor tempo de aleitamento materno, iniciar a introdução alimentar complementar com alimentos liquidificados, nascimento pré-termo, tempo de uso de sonda para alimentação enteral, uso de ventilação mecânica e pressão positiva em vias aéreas (CPAP) e uso de nutrição parenteral.

Levando em conta o processo terapêutico, dos seis artigos apresentados apenas um estudo Gandara et al. (2021) utilizou o instrumento de avaliação padronizado. O Perfil Sensorial da Criança - questionário padronizado para medir as respostas das crianças aos eventos sensoriais da vida diária; o Pedi-EAT, que fornece um inventário de sintomas observáveis de uma dificuldade na alimentação com valores de referência para crianças na faixa etária de seis meses a sete anos; o *Test of Sensory Functions in Infants-TSFI*, teste de 24 itens projetados para medir o processamento sensorial e a reatividade em bebês e também, o nistágmo pós-rotatório - PRN, que avalia a integridade do reflexo ocular e vestibular após a rotação da cabeça no espaço. Dessa forma, a terapia ocupacional demonstra prover de meios para avaliar questões relacionadas as dificuldades de hipereatividade sensorial.

Três artigos, Bellefeuille et al. (2014), Maximino et al. (2016) e Pereira et al. (2020) apontam a participação da família como um fator positivo junto aos profissionais na construção do plano de tratamento individual. O estudo de Beaudry et al. (2014), reconhece a importância da família não só para identificar as questões pertinentes a problemática quanto a ingesta, como também, pouco apetite, desinteresse pelos alimentos, recusa alimentar, birras e exigências de rituais à mesa, que contribuem no avanço da recusa a

seletividade da alimentação. Maximino et al. (2016), acrescenta que na “história familiar” dessas crianças, 49% dos pais apresentam também dificuldades alimentares e conclui que o ambiente familiar influencia e desempenha papel determinante no desenvolvimento das práticas alimentares, de crianças entre três e cinco anos. Pereira et al. (2020), corrobora citando que são os cuidadores principais – família, que prestarão apoio no ambiente natural e na rotina dos menores. Dessa forma, não só necessitam participar do processo terapêutico, como também serem acolhidos para se engajarem revendo e repensando novas condutas no dia a dia da família e da sua cultura familiar.

Bellefeuille et al. (2014), Maximino et al. (2016) e Gandara et al. (2021) trouxeram em seus estudos a importância de uma equipe de profissionais qualificados para o atendimento e tratamento dessas crianças com dificuldades na alimentação. Bellefeuille et al. (2014), identificou que os problemas alimentares raramente ocorrem isoladamente, e na maioria dos casos, são indivíduos com dificuldades sensorio motoras, no processamento digestivo, sendo evidente uma abordagem multidisciplinar. Gandara et al. (2021) avalia a intervenção do terapeuta ocupacional, essa baseada na Terapia de Integração Sensorial de Ayres, concentrando o trabalho no processamento somatossensorial e vestibular, além do acompanhamento e acolhimento às famílias. Gandara et al. (2021) relata utilizar na terapia, os equipamentos terapêuticos: como balanços, trampolins e recursos que forneçam estímulos vestibulares, táteis e proprioceptivos, além de atividades de sensibilização, adaptação e consciência corporal através dos sentidos. Para as atividades sensoriomotoras orais podem ser utilizados jogos com brinquedos de sopro, brinquedos orais vibratórios e brinquedos de mastigação texturizados, em virtude de preparar a criança para a refeição terapêutica ao final da sessão de Terapia Ocupacional. A família é ativamente envolvida durante todas as sessões, trazendo suas questões e dúvidas diárias. Há um aumento progressivo na aceitação da criança quando seus cuidadores primários são acolhidos, e se engajam com verdadeira mudança de hábitos de todos os envolvidos.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os estudos mostram que tanto a definição como as variáveis aqui apresentadas sobre a S.A. na infância, se apresentam de maneira diversificada. Critérios ainda não definidos sobre as fases do processo de ingestão do alimento, a complexidade entre imaturidade dos órgãos da motricidade orofacial e mental da criança, para se chegar a um diagnóstico conciso e que leve para intervenções necessárias partindo de critérios, que podem sugerir dificuldades, recusa alimentar ou seletividade alimentar.

É relevante a atuação do terapeuta ocupacional junto a uma equipe multidisciplinar, reconhecendo recursos e estratégias que esse profissional é habilitado para na sua prática clínica, não só identificar o problema, como intervir com precisão.

Identificar as contribuições da Terapia Ocupacional na conquista da criança e sua família quanto o acesso a socialização e cultura, resultado de um trabalho conciso e eficiente. Assim, torna-se necessário destacar os diferentes critérios metodológicos e abordagem citados nos referidos estudos desse trabalho. Os benefícios de uma avaliação detalhada, bem como uma intervenção cuidadosa e pautada pela ciência, nos eleger para tal atendimento.

## REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dia da infância. *Biblioteca Virtual em Saúde*, 2022
2. VENDRUSCO, J. K, et al. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrb Comum*, São Paulo, abril, 2012.
3. SAMPAIO, A. B. M, et al. Seletividade Alimentar: uma abordagem nutricional. Universidade Federal de São Paulo, *Departamento de Psiquiatria*. São Paulo, Brasil, 2013.
4. MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.
5. OKUIZUMI, A. M. Fatores associados aos tipos de dificuldades alimentares em crianças entre 0 e 10 anos de idade: um estudo retrospectivo em um centro de referência brasileiro. *Scientia Medica*. Porto Alegre, v. 30, p. 1-9, jan.-dez. 2020 e-ISSN: 1980-6108 | ISSN-L: 1806-5562.

6. BELLEFEUILLE B. Recusa alimentar e seletividade alimentar na criança com menos de 3 anos: uma combinação complexa de fatores médicos, sensoriomotores e comportamentais. Oviedo, 2014. *Acta pediatr Esp*.
7. LEAR, B. Explorando a história de uma criança para um tratamento ideal da seletividade alimentar. Michigan, 2019. Universidade do oeste de Michigan.
8. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. v. 8. p. 102 - 106. 2010.
9. MAXIMINO, P; MACHADO, R.H.V; JUNQUEIRA, P; CIARI, M; TOSATTI, A.M; Ramos, C.C; et al. How to monitor children with feeding diffi culties in a multidisciplinary scope? Multidisciplinary care protocol for children and adolescents – Pilot study. *J Hum Growth Dev*. 2016; 26(3): 331-340. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.122816>
10. STEINBERG, C; MENEZES, L; NÓBREGA, A. C. Disfunção motora oral e dificuldade alimentar durante a alimentação complementar em crianças nascidas pré-termo. Salvador (BA), Brasil, 2020. *Trabalho realizado no Programa de Pós Graduação Stricto Sensu 'Processos Interativos de Órgãos e Sistemas*.
11. PEREIRA, A. P. S; REIS, H. I, S. Avaliar e intervir em distúrbios do processamento sensorial por terapeutas Ocupacionais em equipes de intervenção precoce do norte de Portugal. Portugal, Dezembro de 2021. *Journal of Intellectual Disability*.
12. GANDARA, B; *et al*. Avaliação da terapia ocupacional e intervenção de uma menina de 22 meses de idade com recusa de alimentação. Espanha, 2021. *Journal of Behaviouroral Health, Vol 10, NO. 1, Página 1-3*.
13. Dunn W. Perfil Sensorial. Manual do Usuário. San Antônio. A Corporação Psicológica. 1999.
14. Thoyre S, Pados B, Park J, Estrem H, Hodges E, McComish C, Van Riper M, Murdoch K. Desenvolvimento e Avaliação da Alimentação Pediátrica (Pedi-EAT). *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2014; 23: 1-14. Dói: 10.1044/1058- 0360(2013/12-0069)
15. Ayres A. J. The Sensory Integration Praxis Tests, manual revisado. Los Angeles: Serviços Psicológicos Ocidentais. 2004.
16. Mailloux Z, Leao M, Becerra T.A, Mori A.B, Soechting E, Roley S.s, Cermak S.A. Modificação de crianças pequenas. *Am J Occuo Ther*. 2014; 68: 514-521.