



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

EMEI/EMEF \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Sexo da criança: ( ) Masculino ( ) Feminino

Relação do respondente com a criança: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó/Avô ( ) Cuidador ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Formulário preenchido por (nome completo): \_\_\_\_\_

Data de hoje: \_\_/\_\_/\_\_

Por favor, preencha este questionário de acordo com a sua opinião sobre o comportamento alimentar do seu filho. Caso tenha algum comentário adicional, pode anotar ao lado de cada item ou no final do questionário. **POR FAVOR, RESPONDA A TODOS OS ITENS.**

Abaixo há uma lista de vários problemas ou dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar. As opções de resposta variam de 1 (Não) até 5 (Sempre). Coloque um círculo em torno da resposta que mais se adéqua à 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.

	Não	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>1. Dificuldades para mastigar os alimentos</b>	1	2	3	4	5
<b>2. Engole os alimentos sem mastigá-los o bastante</b>	1	2	3	4	5



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

<b>3. Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro da boca com a língua</b>	1	2	3	4	5
<b>4. Mastiga os alimentos com a boca aberta</b>	1	2	3	4	5
<b>5. Evita comer vegetais cozidos e/ou crus</b>	1	2	3	4	5
<b>6. Retira o tempero da comida (ex.: pedaços de coentro, cebolinha ou tomate)</b>	1	2	3	4	5
<b>7. Evita comer frutas</b>	1	2	3	4	5
<b>8. Possui inquietação/agitação motora que dificulta sentar-se à mesa</b>	1	2	3	4	5
<b>9. Tem dificuldades de sentar-se à mesa para fazer as refeições (ex.: almoço no chão, sofá, cama)</b>	1	2	3	4	5
<b>10. Tem dificuldades de utilizar os talheres e outros utensílios</b>	1	2	3	4	5
<b>11. Derrama muito a comida na mesa ou na roupa quando se alimenta</b>	1	2	3	4	5
<b>12. Bebe, come, lambe substâncias ou objetos estranhos (ex.: sabão, terra, plástico, chiclete)</b>	1	2	3	4	5
<b>13. Vomita, durante ou imediatamente após as refeições</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Durante ou imediatamente após as refeições, golfa (trazendo de volta o alimento que engoliu à boca) e mastiga o alimento novamente</b>	1	2	3	4	5



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

<b>15. Come sempre com os mesmos utensílios (ex.: o mesmo prato, garfo, colher ou copo)</b>	1	2	3	4	5
<b>16. Come sempre no mesmo lugar</b>	1	2	3	4	5
<b>17. Quer comer sempre os mesmos alimentos (ex.: se comeu frango hoje, quer amanhã novamente)</b>	1	2	3	4	5
<b>18. Quer comer alimentos com cor semelhante (ex.: somente quer sucos amarelos – manga, maracujá, laranja)</b>	1	2	3	4	5
<b>19. Quer comer alimentos sempre da mesma marca, embalagem ou personagem (ex.: bebe suco somente de caixinha, quer somente produtos do Bob Esponja)</b>	1	2	3	4	5
<b>20. Possui ritual para comer (ex.: os alimentos devem ser arrumados no prato da mesma forma; se o ritual não for obedecido, seu filho se recusa a comer ou fica irritado ou perturbado)</b>	1	2	3	4	5
<b>21. Sem permissão, pega a comida fora do horário das refeições</b>	1	2	3	4	5
<b>22. Sem permissão, pega a comida de outras pessoas durante as refeições</b>	1	2	3	4	5
<b>23. Come uma grande quantidade de alimento num período de tempo curto)</b>	1	2	3	4	5
<b>24. Intolerância ao glúten (o glúten está presente na farinha de trigo, aveia, centeio e cevada)</b>	1	2	3	4	5



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

<b>25. Alergia alimentar (ex.: amendoim, frutos do mar)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>26. Tem intolerância à lactose</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Comentários Adicionais:</b>					

---

Assinatura e carimbo da Direção