

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

DAYANA CRISTINA LÍDIO DE CARVALHO

**Avaliação de Práticas Parentais em Relação a Seletividade Alimentar de
Crianças com Transtorno do Espectro Autista**

**Vitória de Santo Antão
2025**

DAYANA CRISTINA LIDIO DE CARVALHO

**Avaliação de Práticas Parentais em Relação a Seletividade Alimentar de
Crianças com Transtorno do Espectro Autista**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado do Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Acadêmico de Vitória da Universidade
Federal de Pernambuco em
cumprimento a requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharela em
Nutrição, sob orientação do Professor
Dr. Sebastião Rogério de Freitas Silva e
Coorientação da Professora Dra.
Michelle Figueiredo Carvalho

Vitória de Santo Antão

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Carvalho , Dayana Cristina Lidio de .

Avaliação de Práticas Parentais em Relação a Seletividade Alimentar de Crianças com Transtorno do Espectro Autista / Dayana Cristina Lidio de Carvalho . - Vitória de Santo Antão, 2025.

58, tab.

Orientador(a): Sebastião Rogério de Freitas Silva

Coorientador(a): Michelle Figueiredo Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Nutrição - Bacharelado, 2025.

Inclui referências, apêndices.

1. seletividade alimentar. 2. transtornos do espectro autista. 3. pais. 4. comportamento alimentar. I. Silva , Sebastião Rogério de Freitas . (Orientação). II. Carvalho , Michelle Figueiredo . (Coorientação). IV. Título.

610 CDD (22.ed.)

DAYANA CRISTINA LIDIO DE CARVALHO

Avaliação de Práticas Parentais em Relação a Seletividade Alimentar de Crianças com Transtorno do Espectro Autista

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito para obtenção do grau de Bacharela em Nutrição.

Aprovado em: 25/08/2025.

Banca Examinadora

Dr. Sebastião Rogério de Freitas Silva (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Michelle Figueiredo Carvalho (Coorientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Michelle Galindo De Oliveira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Renata Emmanuele Assunção Santos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho à minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, sendo minha companheira nessa jornada de dedicação infinita. Dedico também às minhas filhas, por quem tenho entregado todo o meu conhecimento, com o desejo de que se tornem mulheres fortes, éticas e justas, sempre conscientes do valor que a educação representa para a humanidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que sempre me deu forças pra continuar tentando até concluir esse curso e entender que tudo tem seu momento certo.

Agradeço a minha mãe Eliane Maria Silva que sempre foi meu alicerce para poder construir essa história.

Agradeço às minhas filhas, Maria Ranielly Carvalho & Marianna Carvalho que souberam lidar com a minha ausência e que sempre me apoiaram a nunca desistir e ao meu irmão Wandellton Nascimento pelo apoio e amor dedicado.

Agradeço à Dra. Marisilda de Almeida Ribeiro, sempre esteve ao meu lado e acreditou no meu potencial.

Agradeço ao Dr. Sebastião Rogério de Freitas Silva, que sempre demonstrou respeito às minhas maiores dificuldades e me apoiou sempre a nunca desistir e que esteve sempre ao meu lado pacientemente, me incentivando sempre a crescer e progredir e me tornar um vencedor através do conhecimento.

Agradeço a Dr. Michelle Carvalho por me orientar pacientemente tendo ciência dos meus obstáculos e sendo uma profissional digna de excelência.

Agradeço a todos os amigos e colegas que consegui conquistar durante todos esses anos, que me ajudaram durante o processo e que me alegraram tanto durante essa jornada.

Agradeço a todo o corpo docente que fez parte da minha formação, que dividiu seus conhecimentos me ensinando valores éticos e profissionais, em especial Dra. Daniele de Andrade que me ajudou a entender a mim e as minhas dificuldades.

Agradeço a Francisco Mota por todos os grandes serviços prestados a todos nós, junto à escolaridade.

Agradeço a Dra. Renata Emmanuele Assunção Santos e a Dra. Michelle Galindo De Oliveira que estiveram em minha Banca de Avaliação e me ajudaram no término dessa etapa de formação. Gratidão pela disponibilidade de tempo e conhecimento para avaliar esse trabalho e pelas orientações prestadas.

Agradeço à Universidade Federal de Pernambuco-Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV) por promover um ensino de qualidade com excelentes profissionais, onde tive o enorme prazer de concluir a minha formação a nível superior.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A alimentação é essencial para a nutrição do corpo e a manutenção das funções fisiológicas, sendo influenciada por diversos fatores ao longo da vida. Durante a infância, uma das principais influências na alimentação vêm dos pais ou responsáveis, e é nesse período que ocorre a maior incidência de Seletividade Alimentar (SA), que pode trazer prejuízos ao desenvolvimento fisiológico e psicológico, devido à ausência de nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento. A SA acomete 25 a 35% de crianças típicas, porém, quando se trata de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) esse número aumenta para 80%. Nosso trabalho teve o intuito de compreender como funcionam as práticas parentais de pais responsáveis por crianças com seletividade alimentar diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Trata-se de um estudo transversal quantitativo, realizado com 24 crianças entre 4 a 6 anos de idade, diagnosticadas com TEA e atendidas na Clínica Singular, localizada no município de Vitória de Santo Antão – PE. Os dados da pesquisa foram coletados por meio da aplicação do questionário Escala de Ação Parental na Hora da Refeição (PMAS — *Parent Mealtime Action Scale*), cujas perguntas foram elaboradas especificamente para esta investigação, com base no estudo de Hendy et al. (2009), publicado na revista *Appetite*, para identificar os estilos parentais mais evidentes na alimentação. Nos resultados, foi observado que 100% das crianças têm algum tipo de seletividade alimentar, que 66,7% dos pais participantes relataram consumir frutas diariamente, enquanto 75% afirmaram que eventualmente consumiam vegetais todos os dias. Evidenciou-se um alto consumo de alimentos ultraprocessados, onde 83,3% consomem, refrigerantes 66,7%, doces e guloseimas e 70,8% consomem salgadinhos. Podemos ver também que 70,8% consomem os mesmos alimentos que as crianças, 8,3% preparam refeições especiais. Temos também que 70,8% dos pais impõem limites em relação ao consumo de doces, 79,2% restringem o consumo de produtos ultraprocessados, 79,2% permitem que a criança tenha poder de autonomia, 45,83% não elogiam o alimento que a criança consome e 41,66% não relatam os benefícios nutricionais dos alimentos. Foi observado também que 50% usam recompensa como forma de incentivo, 70,8% incentivam a substituição de um alimento, 70,8% não insistem quando a criança demonstra saciação, e 79,2% não insistem quando a criança apresenta algum sinal de mal-estar. Ainda, 79,2% reduziram a gordura do alimento da criança, enquanto 91,7% reduziram a gordura do seu próprio alimento. É de suma importância a presença de um profissional nutricionista como parte da equipe multiprofissional, por ter conhecimento para aplicação de estratégias educativas, para que pais ou responsáveis possam atuar na prevenção da seletividade alimentar em crianças com TEA e promover atitudes mais próximas do estilo parental autoritativo-responsivo, considerado o mais equilibrado e favorável ao desenvolvimento infantil.

Palavras chave: seletividade alimentar; transtornos do espectro autista; pais; comportamento alimentar

ABSTRACT

Food is essential for nourishing the body and maintaining physiological functions, being influenced by various factors throughout life. During childhood, one of the main influences on eating habits comes from parents or caregivers, and it is in this period that the highest incidence of Food Selectivity (FS) occurs, which can harm physiological and psychological development due to the absence of essential nutrients for growth and development. FS affects 25 to 35% of typically developing children; however, when it comes to children with Autism Spectrum Disorder (ASD), this number rises to 80%. Our study aimed to understand how parental practices work among parents of children with food selectivity diagnosed with ASD. This is a quantitative cross-sectional study carried out with 24 children aged between 4 and 6 years, diagnosed with ASD and treated at Clínica Singular, located in the municipality of Vitória de Santo Antão – PE, Brazil. Research data were collected using the Parent Mealtime Action Scale (PMAS), whose questions were specifically developed for this investigation, based on the study by Hendy et al. (2009), published in the journal *Appetite*, to identify the most evident parental styles in feeding practices. The results showed that 100% of the children had some type of food selectivity, that 66.7% of parents reported consuming fruits daily, while 75% stated that they occasionally consumed vegetables every day. A high consumption of ultra-processed foods was evident, with 83.3% consuming them, 66.7% consuming soft drinks, 70.8% consuming sweets and treats, and 70.8% consuming savory snacks. It was also found that 70.8% of parents ate the same foods as their children, while 8.3% prepared special meals. Furthermore, 70.8% of parents imposed limits on the consumption of sweets, 79.2% restricted the consumption of ultra-processed products, 79.2% allowed the child some autonomy, 45.83% did not praise the foods consumed by the child, and 41.66% did not report the nutritional benefits of foods. It was also observed that 50% used rewards as a form of encouragement, 70.8% encouraged the substitution of a food, 70.8% did not insist when the child showed signs of satiety, and 79.2% did not insist when the child presented any signs of discomfort. In addition, 79.2% reduced the fat content of the child's food, while 91.7% reduced the fat content of their own food. The presence of a nutritionist as part of the multidisciplinary team is of utmost importance, as they have the knowledge to apply educational strategies so that parents or caregivers can act in preventing food selectivity in children with ASD and promote attitudes closer to the authoritative–responsive parenting style, considered the most balanced and favorable for child development.

Keywords: food selectivity; autism spectrum disorder; parents; eating behavior

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comportamento e Consumo Alimentar Parental de Crianças Pré-Escolares (4 a 6 anos de idade) com Transtorno do Espectro Autista Atendidas em Clínica Multiprofissional Particular no Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco – 2024 37

Tabela 2 - Práticas Parentais Responsivas de Alimentação de Crianças Pré-Escolares (4 a 6 anos de idade) com Transtorno do Espectro Autista Atendidas em Clínica Multiprofissional Particular no Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco – 2024 38

Tabela 3 - Práticas Parentais Permissivas de Alimentação de Crianças Pré-Escolares com Transtorno do Espectro Autista Atendidas em Clínica Multiprofissional Particular no Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco – 2024 40

Tabela 4 - Práticas Parentais Autoritários de Alimentação de Crianças Pré-Escolares com Transtorno do Espectro Autista Atendidas em Clínica Multiprofissional Particular no Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco – 2024 41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADDM	Autism and Developmental Disabilities Monitoring (Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências de Desenvolvimento)
ADI-R	Diagnóstico de Autismo Revisada
APA	American Psychological Association (Associação Americana de Psiquiatria)
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CFSQ	Caregiver's Feeding Styles Questionnaire
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (Manual Estatístico de Transtornos Mentais V)
IA	Introdução Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IC	Índice de Massa Corporal
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados)
PMAS	Parent Mealtime Action Scale (Escala de Ação Parental na Hora da Refeição)
SA	Seletividade Alimentar
TA	Transtorno Alimentar
TARE	Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 JUSTIFICATIVA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 Transtorno do Espectro Autista	16
4.2 Seletividade Alimentar	19
4.2.1 Determinantes Biológicos da SA	21
4.2.2 Determinantes Psicológicos	22
4.2.3 Determinantes Sociais, Econômicos e Culturais Sociais	23
4.3 Influência do Marketing Alimentar	24
4.4 Alimentos Ultraprocessados	24
4.5 TARE- Transtorno Alimentar Restritivo \Evitativo	25
4.6 Estilos Parentais e Práticas Parentais na Alimentação	27
5 MATERIAL E MÉTODOS	31
5.1 Local e Tipo do Estudo	31
5.2 Público Alvo	31
5.3 Amostra	31
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	31
5.5 Coleta de Dados	32
5.6 Instrumentos de Coleta de Dados	32
5.7 Análise dos dados	32
5.8 Aspectos Éticos	33
6 RESULTADOS	34
7 DISCUSSÃO	41
8 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	54
APÊNDICE B - Escala de Ação dos Pais na Hora das Refeições	58

1 INTRODUÇÃO

A alimentação é essencial para manutenção da vida, pois promove garantias para o desenvolvimento e crescimento adequado, e quando é feita de maneira correta durante a infância, contribui com o crescimento apropriado infantil e o fortalecimento de vínculos afetivos familiares (Ambrosio; Grisotti, 2022). A alimentação saudável proporciona energia, nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento e manutenção da saúde, e tem a necessidade de ser o mais variada possível para que o organismo receba todos os tipos de nutrientes essenciais (Barbosa et al.,2022).

Os hábitos alimentares infantis sofrem inúmeras influências até a consolidação do padrão individual comportamental alimentar. Tais influências iniciam desde o nascimento, através da amamentação e da interação materno infantil, que podem modular o comportamento infantil direcionando assim seu desenvolvimento psicológico de aprendizagem e decorrentes escolhas alimentares (Superti et al.,2024).

A seletividade alimentar é uma das dificuldades alimentares encontrada na infância sendo caracterizada por uma recusa em experimentar novos sabores e texturas de alimentos, como também preferência por consistências, cores ou cheiros específicos limitando assim a ingestão alimentar (SBP, 2021). Sendo assim, a seletividade alimentar é uma situação comum para crianças com desenvolvimento típico durante a infância, porém os indivíduos com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) são cinco vezes mais propensos a apresentarem a seletividade alimentar (Vasilakis, 2022).

O Transtorno Alimentar (TA) é retratado como uma doença psiquiátrica, que acomete geralmente adolescentes e jovens adultos, caracterizada por graves alterações do comportamento alimentar que podem originar prejuízos biológicos, psicológicos,sem contar com o aumento da morbidade e mortalidade (Oliveira, 2023).

O TEA é caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, podendo incluir déficits na reciprocidade social, em comportamentos comunicativos usados para interação social e nas habilidades para desenvolver e manter relacionamentos, além disso o TEA é caracterizado por alterações no comportamento podendo incluir interesses e padrões de atividades repetitivas ou restritas (APA, 2022).

A participação dos pais ou responsáveis pela criação tem influência direta na

seletividade alimentar de suas crianças, pois durante convívio familiar são apresentados modelos nos quais as crianças aprendem e constroem suas preferências, onde elas tendem a reproduzir interesses alimentares refletindo as suas relações com as influências sociais, meios de publicidade e nível de escolaridade. (Pinto, 2017).

Em particular, entre os fatores comportamentais que podem resultar em comportamentos alimentares inadequados, estão a adesão a rotinas e rituais no momento das refeições, incluindo a dificuldade em lidar com novidades, neofobia alimentar, inflexibilidade, necessidade de mesmice, mas também hipo ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais (Margari, 2020).

Os estilos parentais têm como base duas dimensões distintas que são: exigência e responsividade, que se trata das formas de incentivo dos pais durante a alimentação, onde uma relata o quantitativo de incentivo dos pais e a outra a forma como esse incentivo é proposto pelos pais, dando abertura para quatro categorias de estilos parentais durante a alimentação: autoritativo, autoritário, indulgente e negligente (Moreira, 2021).

Essas situações estão submetidas ao disciplinamento dos pais que podem agir contribuindo para manutenção, aumento ou mesmo a correção dessas características. Assim, nosso trabalho visa contribuir com o entendimento dessa relação entre pais e filhos no contexto alimentar de indivíduos que estão no Espectro Autista.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as práticas parentais em relação a seletividade alimentar de crianças com o Transtorno do Espectro Autista .

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar atitudes parentais diante dos comportamentos das crianças na alimentação;
- Comparar atitudes com as recomendações estabelecidas para um estilo parental responsivo;

3 JUSTIFICATIVA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem como principais características a dificuldade na interação social, além de comportamentos repetitivos e estereotipados, os quais podem ser fatores facilitadores para o desenvolvimento da Seletividade Alimentar (SA). Algumas práticas parentais podem exercer influências negativas ou positivas nas intervenções voltadas para esse problema, que afeta cerca de 80% das crianças diagnosticadas com TEA. Reconhecer as práticas parentais como um dos fatores que podem ser determinantes ou influenciadores na seletividade alimentar em crianças com TEA é de fundamental importância para o desenvolvimento e aplicação de estratégias de promoção a boa alimentação nesse público alvo. Pacientes com TEA apresentam, em contexto geral, maior incidência de seletividade alimentar, apresentando em seu comportamento preferências por cor, cheiro, sabor e texturas. Esses pacientes com TEA possuem a particularidade de serem específicos e rotineiros, o que facilita abertura para a apresentação da seletividade alimentar e alguns TA associados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista é um transtorno do desenvolvimento que tem como característica um déficit significativo na socialização e na comunicação, podendo apresentar interesses restritos, incapacidade para compreender abstrações, comportamento estereotipado ou repetitivo e alterações no processamento sensorial (Robertson *et al.*, 2017).

O psiquiatra suíço Paul Eugen Bleuler, em 1908, criou o termo Autismo, que na linguagem médica, tem origem do grego clássico "Autos" significa a si mesmo; "isms" refere-se ao modo de ser de alguém, onde nessa época o autismo era considerado uma condição incluída na esquizofrenia, tendo como características marcantes o isolamento social (Posar; Visconti, 2017).

O autismo foi identificado também pela psiquiatra russa Grunya Sukhareva, em 1924, vinte anos antes que Leo Kanner, em 1943, e Hans Asperger, em 1944 (Posar; Visconti, 2017).

Porém é por conta de Leo Kanner que temos a introdução do termo autismo ao seu significado, devido a publicação de um artigo "Distúrbios autistas do contato afetivo" considerado o responsável pelo conceito de autismo na atualidade (Nerv Child, 1943).

O diagnóstico de TEA pode ser feito já na primeira infância, especificamente entre 18 e 24 meses de vida (Zeidan *et al.*, 2022). Em crianças de até 9 meses de idade, a observação de aspectos é uma das formas de ter acesso a um possível diagnóstico de TEA, onde, características como: falta de contato visual ao ser chamado pelo nome; a falta de expressões faciais para emoções como alegria, tristeza, raiva e surpresa são sinais de alerta (Montenegro *et al.*, 2018).

As crianças de até 36 meses de vida, que apresentam TEA, tem como características evidentes a organização de objetos com padrão de hiperfoco, resistência emocional a mínima mudança de rotina com ou sem padrões particulares, recorrência de palavras ou frases e foco intenso ao identificar objetos específicos (Giaretta, 2021).

No Brasil existem diversas ferramentas validadas para realização do diagnóstico no público infantil, como: Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) que é um questionário usado para rastrear sinais de autismo em crianças entre 16 e 30 meses de idade, composto por um questionário de 23 perguntas, de

escolhas objetivas “sim” ou “não” que apontam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de indivíduos com TEA (Silva, 2023).

O Childhood Autism Rating Scale (CARS) é uma escala utilizada para avaliar a probabilidade de autismo em crianças, especialmente na distinção entre autismo leve, moderado e grave, e também para diferenciar crianças autistas de crianças com atraso mental. A CARS é composta por 15 itens que servem para avaliar os comportamentos associados ao autismo, tendo variação de pontuação de 15 a 60, onde o 30 é determinado com ponto de corte para Autismo. A CARS mesmo sendo considerada uma ferramenta de triagem e apoio ao diagnóstico, não substitui o diagnóstico formal feito por um profissional de saúde (Silva, 2023).

A avaliação do TEA é feita a partir de uma abordagem multidisciplinar, que em geral tem o aporte de entrevistas clínicas, observações comportamentais e aplicações de escalas e questionários padronizados. Uma dessas avaliações é feita pela Entrevista de Diagnóstico de Autismo Revisada (ADI-R), recomendada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados), onde os questionários são respondidos por pais, cuidadores e/ou pessoas próximas (Lord *et al.*, 2018).

A ADI-R pode ser utilizada em crianças e adultos, é um método considerado padrão ouro para diagnóstico de TEA no mundo, porém é o método com maior custo pois seu uso e interpretação necessitam de profissionais treinados e experientes. Os resultados obtidos pela entrevista ADI-R levam em consideração a gravidade e a frequência dos comportamentos relatados (Lord *et al.*, 2018).

O Autismo apresenta multifatores de risco determinantes, estudos epidemiológicos identificaram alguns fatores como: 1 - Idade reprodutiva paterna e/ou materna avançada (mais 45 anos) é um risco consistente devido a possível associação com mutação germinativa; 2 - Fatores gestacionais que podem estar ligados a qualquer alteração do neurodesenvolvimento como: complicações gestacionais, exposições a produtos químicos, históricos parentais de transtornos psiquiátricos, uso materno de ácido valpróico pela gestante também se tornou um fator de risco recentemente (Lai, 2013; Sharma, 2018).

O uso de medicações durante o pré-natal, o nascimento prematuro e o recém-nascido abaixo do peso podem estar relacionados, complicações pré, peri e neonatais foram relatadas em crianças autistas, que associado com a predisposição genética podem estar conduzindo a predisposição do transtorno (Araujo, 2023). Além disso, o uso de medicamentos durante o período pré-natal, nascimento prematuro e o baixo peso do recém-nascido também podem estar envolvidos. Complicações pré,

peri e neonatais foram descritas em crianças autistas, podendo, juntamente com a predisposição genética, conduzir ao desenvolvimento deste transtorno (Lord *et al.*, 2018).

Nos EUA, a Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências de Desenvolvimento (ADDM) se trata de um programa de vigilância ativo que tem como função rastrear e monitorar a prevalência de TEA e outras deficiências do desenvolvimento. As estimativas bienais de TEA, em crianças de 8 anos, demonstrou grande crescimento entre 2000 e 2022, que teve como resultado o aumento da prevalência que era de 1 / 150 em 2000 e passou para 1 /31 em 2022 (CDC, 2022).

Mudanças nos padrões demográficos e sociais também sofreram aumentos, onde até 2016 a maior prevalência de TEA era observada entre crianças brancas e com o poder socioeconômico maior, já nos estudos atuais de 2020, uma maior prevalência de TEA foi observada pela primeira vez entre grupos historicamente carentes, com a inclusão de crianças negras, hispânicas e não hispânicas (CDC, 2022).

Em 2022, o Brasil pela primeira vez incluiu um quesito específico sobre TEA no Censo Demográfico, em cumprimento da Lei nº 13.861/2019, que define a obrigatoriedade da coleta de informações sobre o autismo. Essa inclusão se torna um marco de avanço importante para as políticas públicas voltadas à inclusão e ao suporte da população com TEA no país. Conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciou que 2,4 milhões de pessoas no Brasil foram diagnosticadas com TEA, ou seja, 1 a cada 38, o que representa 1,2% da população residente a partir de 2 anos de idade (IBGE, 2025).

Em sua 11ª edição, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11) vem trazendo o diagnóstico para TEA com o novo código de identificação que substitui o antigo F84.0 pelo novo código 6A02 onde as subdivisões estão atreladas com a presença ou não de deficiência intelectual, com ou sem comprometimento da linguagem funcional e determina como critérios diagnósticos para TEA características como: dificuldades perene na comunicação social, dificuldade na interação social em vários contexto; dificuldade nas respostas a interações sociais, dificuldade de compartilhar interesses, emoções e/ou afetos com os outros; dificuldades em entender ou responder pistas sociais como: expressões faciais e/ou linguagens corporais; padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesse ou atividades como: comportamentos motores ou verbais estereotipados ou repetitivos, insistência em manter a rotina ou resistência à mudança, interesses

fixos e profundos que são diferentes em intensidade e/ou foco; Hipersensibilidade ou hipossensibilidade a estímulos sensoriais como: sons, texturas ou luzes (OMS, 2018).

Muito desses comportamentos atípicos levam crianças com TEA a ter uma alimentação mais seletiva, com demonstrações de algumas repulsas alimentares, que podem estar ligadas padrões sensoriais e percepções generalizadas, a exemplo: aparência, consistência, cor, forma de apresentação do alimento, textura, temperatura e embalagem/marca do produto, exercem influência direta na escolha alimentar, tornando-os mais seletos em suas variações alimentares a consequência desse comportamento é o comprometimento da qualidade alimentar e ingestão nutricional, aumentando as chances de desenvolvimento de deficiências nutricionais, prejudicando assim o desenvolvimento fisiológico natural (Ranjan, 2015).

4.2 Seletividade Alimentar

A Seletividade Alimentar (SA) tem como características um consumo muito limitado de variações de alimentos e grande desinteresse e recusa em degustar alimentos novos. Esse tipo de comportamento apresenta-se na primeira infância e pode seguir na vida adulta e tem como resultado uma dieta nutricionalmente comprometida e implicação para o desenvolvimento infantil adequado (Nicklaus, 2008).

A Seletividade Alimentar acomete geralmente de 25 a 35 % das crianças com desenvolvimento típico, porém, já em crianças com TEA com atraso no desenvolvimento esse índice sobe para 80%, ou seja, crianças atípicas têm muito mais chances de apresentar esse problema que as crianças típicas (De Moraes, 2021; Vasilakis, 2022).

Quando ocorre a restrição de consumo e dificuldades de aceitar alimentos novos em uma dieta, ocorre também o desencadeamento de doenças prejudiciais à saúde humana por conta de carências nutricionais que irão prejudicar a ingestão de macro e micro nutrientes e também a deficiência de níveis energéticos necessários para rotina diária e desenvolvimento adequado (Brasil, 2014).

A SA tem por definição, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2021), ser uma dificuldade alimentar encontrada na infância que tem como principais características a recusa a experimentar sabores e texturas de diferentes alimentos, preferências por consistência, cores e cheiros específicos com isso a limitação da ingestão alimentar da criança. As crianças típicas que têm de 18 a 24

meses apresentam uma forte tendência a não aceitação de sabores e texturas novas, gerando o consumo inadequado e limitado dos alimentos. Geralmente acontece entre 2 a 6 anos de idade e tende a desaparecer na terceira infância e adolescência, mas quando se trata de pacientes com TEA esse comportamento tende a ter uma maior durabilidade devido ao comportamento restritivo dos autistas (Lázaro, 2018).

As alterações nos estímulos sensoriais presentes nas crianças com TEA promove a persistência da neofobia por mais tempo devido a hiper-reatividade ou hipo-reatividade, onde a intensidade da percepção promove a não introdução de novas texturas e onde as que apresentam percepção sensorial reduzida tem preferências por sabores mais intensos (Ribeiro, 2024).

As crianças com TEA podem apresentar também outras anormalidades alimentares como picasismo ou picofagia que é um transtorno alimentar raro e peculiar que tem como características a ingestão de substância não alimentares como: barro, cabelos, tijolos e etc (Santos, 2013).

Apresentam também uso atípico de ferramentas, preferências por modo de preparo dos alimentos, preferência de alimentos de acordo com texturas tendo maior aceitação por alimentos de baixa consistência, cor e temperatura, além de problemas comportamentais na hora das refeições (Esposito *et al.*, 2023).

Onde a recusa dos alimentos está mais ligada às alterações sensoriais no sabor, na textura e na forma, apresentando preferência por embalagens, apresentação do alimento no prato, utensílios empregados e preferência por mesmice, facilitando ainda mais a SA em crianças com TEA (Vasilakis, 2022).

O conhecimento de sabores novos e o desenvolvimento de preferências alimentares têm início na vida intrauterina e continua seu desenvolvimento durante a primeira infância, por meio de experiências sensoriais, de oferta alimentar associada ou não com a combinação de fatores que tornam a experiência cativante e memorável, de influência midiática, entre outros (Cosmi *et al.*, 2017).

Determinar e entender os fatores responsáveis pelo desenvolvimento das preferências alimentares e da seletividade alimentar, pode ser uma forma de construção da aplicação de medidas de intervenção eficazes para otimizar hábitos alimentares infantis e melhorar hábitos alimentares futuros(Gerardo; Macan, 2022).

Temos muitos fatores ligados à seletividade alimentar e podem ser encontrados como fatores determinantes, a exemplo temos: Determinantes biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais.

4.2.1 Determinantes Biológicos da SA

Preferências Inatas

As Preferências Inatas é um determinante biológico que corresponde às escolhas alimentares que ocorrem logo após o nascimento, sendo observado em crianças neonatais a preferências por sabores doces, salgados e por alimentos com alta densidade energética. Alguns estudos explicam que as preferências pelo sabor doce se dão por várias vertentes que podem estar associados ao sabor predominante do leite materno (Gerardo; Macan, 2022).

As sensações de sabores doces são mediados por receptores gustativos periféricos e por múltiplos substratos cerebrais que têm associação relacionada a recompensa, além de efeitos calmantes e analgésicos observados em neonatos, sem contar que o sabor doce pode ser reconhecido como indicador de alimentos com maior densidade calórica (Gerardo; Macan, 2022).

Exposição Pré-natal e Aleitamento

As tendências inatas podem sofrer contradição já na fase da pré concepção devido a capacidade que o feto tem de deletar sabores e cheiros durante a gestação intrauterina. O contato com o líquido amniótico possui a possibilidade de conter aromas procedentes da dieta materna, do mesmo modo que o leite materno, essas particularidades são interessantes para compreensão das respostas comportamentais à exposição a novos sabores e prevenção de seletividade alimentar (Mennella , 2014).

Introdução Alimentar

A Introdução Alimentar (IA) é período importante onde a criança começa se alimentar de outros alimentos além do leite materno e fórmulas infantis, momento que proporciona o desenvolvimento de outras habilidades como mastigação e coordenação de movimentos orais. Segue como recomendação que a introdução alimentar tenha início aos seis meses de idade, porém, alguns estudos afirmam que quanto mais cedo se inicia a introdução, maior será a aceitação de novos alimentos (Johnson, *et al.*, 2018).

É comum crianças apresentarem neofobia alimentar durante a fase de IA até

os seis anos de idade, onde a mesma apresenta resistência a novos alimentos e esse comportamento é explicado devido a um mecanismo de sobrevivência evolutivo, onde o ato de evitar alimentos novos também é um meio de redução a riscos de intoxicação alimentar junto a construção de suas preferências, tendo como fundamento a repetição, segurança e familiaridade (Cosmi *et al.*, 2017).

Crianças até os 2 anos têm mais facilidade em aceitar alimentos novos do que as mais velhas, e com isso se torna mais difícil a aceitação e combate a neofobia em crianças maiores de 2 anos (Cosmi, *et al.*, 2017). É interessante que o começo da IA seja pelo grupo das hortícolas (verduras, legumes e ervas aromáticas), do que pelo grupo das frutas, que devido ao sabor doce são naturalmente mais apreciadas. Essa manobra pode contribuir para uma aceitação ampla melhor dos alimentos (Mennella, 2014; Barends *et al.*, 2019).

Práticas Parentais

Um dos determinantes das preferências alimentares são os pais, cuidadores e o ambiente ao redor da criança. É a partir das práticas parentais que haverá a definição de qual e como essas crianças se comportam com o alimento durante a refeição e essa relação determina as preferências, escolhas e o comportamento alimentar do indivíduo (Torres, *et al.*, 2020).

4.2.2 Determinantes Psicológicos

Os determinantes psicológicos estão mais ligados à personalidade da criança, onde determinadas características pessoais da criança podem influenciar a ingestão alimentar futura. Traços de personalidade como timidez tem relação com o aumento do risco do surgimento de neofobia e seletividade alimentar. O temperamento afeta indiretamente as preferências alimentares, pois tem relação maior com a influência da interação que o cuidador cria com a criança afetando as práticas durante a alimentação (Torres *et al.*, 2020).

Temos a relação mãe e filho como uma grande influência no desenvolvimento de preferências e perturbações alimentares, pois, temos que levar em consideração que o estado psicológico e emocional da mãe ou cuidador afeta a oferta alimentar, uma vez que os mesmos têm foco nas expectativas e preocupações adultas e não nos sinais da criança (Torres *et al.*, 2020).

Alterações no estado emocional e psicológico da criança tem dependência de

fatores como: práticas parentais, interação e ambiente familiar ou outros motivos, podendo trazer o crescimento de perturbações do comportamento alimentar e de mecanismo como fome emocional, desajuste na ingestão emocional e modificação do apetite, com capacidade de comprometer a relação da criança com a comida a longo prazo (Torres *et al.*, 2020).

4.2.3 Determinantes Sociais, Econômicos e Culturais Sociais

De uma forma geral, temos a alimentação como uma das atividades mais sociais e culturais que existem, contudo, são as influências sociais que têm papel determinante nas orientações alimentares infantis e é o contexto social que pode auxiliar não só na introdução de novos alimentos como também pode combater tanto a seletividade alimentar como a neofobia alimentar (Nicklaus *et al.*, 2018).

Na primeira infância entre 2 e 5 anos a influência social é apresentada à criança através de modelos habituais, como influência parental ou crianças de faixa etárias superiores, quando associada à encorajamento verbal, essas influências ficam mais intensificadas, esse processo é conhecido como “Aprendizagem Social” (Nicklaus *et al.*, 2018).

Quando o contexto social no momento da refeição, a aprendizagem social, a partilha de alimentos e criações de rotina são administradas e praticadas de forma positiva, é possível construir soluções para a aceitação de uma alimentação mais saudável (Marty, 2018).

Os determinantes econômicos acatam a relação entre rendimento e adesão a variação de proventos, onde pais com melhores condições econômicas terão maiores oportunidades para promover uma melhor e maior diversificação alimentar. Entretanto, o fator econômico não pode ser separado do comportamento parental na questão de escolhas de alimentos, pois é responsabilidade dos pais ter bons alimentos a serem ofertados (Nicklaus *et al.*, 2018).

Tanto a localização geográfica quanto fatores religiosos e culturais são influências que determinam preferências alimentares em crianças, pela promoção de um ambiente e perfil alimentar que tem capacidade de determinar identidades (Torres *et al.*, 2020).

4.3 Influência do Marketing Alimentar

As crianças antes dos 7 anos não possuem a capacidade crítica desenvolvida, isso se torna uma passagem direta para entrada de influências externas fazendo com que a maioria dos anúncios propostos às crianças sejam de produtos alimentares, porém, os alimentos impulsionados pela mídia tem por características serem alimentos ricos em açúcar, sódio e gorduras, ou seja, alimentos não adequados a uma alimentação saudável (Marty, 2018).

O público mais passível de receber influência midiática é a criança, por considerar os anúncios de marketing geral como verdade absoluta. Facilitando o exercício de influência sobre as preferências infantis através de veículos comunicativos como: televisão, internet, embalagens de produtos e jogos (Smith, 2018)

A criança exposta a essas influências irá apresentar preferência e procura pelos alimentos apresentados, o que torna o marketing alimentar um grande fator de risco para o desenvolvimento de obesidade infantil e outras doenças (Smith, 2018)

4.4 Alimentos Ultraprocessados

Alimentos ultraprocessados são produzidos por formulações industriais feitas com base de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), que derivam de componentes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório a partir de matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e outros tipos de aditivos usados para atribuir aos produtos uma propriedades sensoriais atraentes). Em técnicas de produção incluem extrusão, moldagem, e pré-processamento por fritura ou cozimento (Brasil, 2014).

O consumo de alimentos ultraprocessados se dá por vários fatores, incluindo o de ser um alimento altamente atrativo, devido a sua composição que é repleta de aditivos introduzidos em sua fabricação, oferecendo assim características sensoriais mais atraentes aos alimentos, como corantes que promovem cores mais atrativas, em especial para o consumo das crianças, além de, excessos de açúcares, gorduras, aromatizantes e realçadores de sabor, como glutamato monossódico, inosinato dissódico, guanilato dissódico, presentes em alimentos com o intuito de promover uma experiência melhor e mais palatável (Valença *et al*, 2020). Esses fatores podem levar ao consumo em excesso destes produtos por crianças com

TEA, por conta de demonstrarem um maior interesse por alimentos padronizados (Valença *et al*, 2020).

O aumento do consumo de ultraprocessados se dá devido a alguns atributos que esses produtos alimentícios tem que são: maior durabilidade dos produtos, se comparado aos menos processados, alta praticidade, pois são projetados para o consumo em qualquer lugar, o sabor, por serem alimentos hiper palatáveis. Assim, os alimentos ultraprocessados promovem perturbações fisiológicas dos sinais de fome e de saciedade, podendo provocar um consumo excessivo e viciante não só em crianças como em todas faixas etárias (Sparrenberger *et al.*, 2015).

Mesmo a Seletividade Alimentar apresentando como características, a recusa ou dificuldade recorrente na aceitação de determinados alimentos ou alimentos novos, quando essa recusa se manifesta de maneira intensa, persistente e sem justificativas pessoais, sensoriais ou comportamentais claras, pode configurar um transtorno mais grave conhecido como Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE).

4.5 TARE- Transtorno Alimentar Restritivo \Evitativo

O Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) é um transtorno alimentar cuja principal característica é a seletividade e a restrição significativa na ingestão de alimentos, resultando em prejuízos importantes à saúde. Indivíduos com TARE não conseguem, por meio da alimentação via oral, obter o aporte nutricional e energético necessário para manter as funções fisiológicas diárias. Essa condição pode estar associada à perda de peso significativa, deficiências nutricionais, dependência de alimentação enteral ou de suplementos via oral, além de causar uma interferência marcante no funcionamento psicossocial (Lima *et al.*, 2024).

O TARE foi introduzido na literatura médica em 2013 no Manual Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM V), tornando-o uma categoria diagnóstica relativamente nova. Onde no DSM-IV era conhecido como “transtorno de alimentação da primeira infância” e citava que se tratava de problemas alimentares que levam à perda de peso, na ausência de doença orgânica definida em crianças até os 6 anos de idade. Onde hoje no DSM-V uma das informações novas é “ não determinação de idade para o início da doença” (APA, 2013).

De acordo com DSM-V (Manual Estatístico de Transtornos Mentais) os fatores de risco incluem o Transtorno de Ansiedade, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade, que aumentam o risco de desenvolvimento do TARE ou de alteração do comportamento alimentar característico do transtorno presente (Lima *et al.*, 2024).

O TARE pode acometer em todas as faixas etárias da vida, contudo, existe uma maior frequência na infância e no início da adolescência, acometendo mais o sexo masculino, sem restrição de idade para o início da doença, possui um aspecto importante na interferência do funcionamento psicossocial, visto que a alimentação é uma das formas mais utilizadas de socialização, o indivíduo com TARE devido a sua alimentação restritiva, evita participações em eventos familiares ou com amigos, prejudicando assim o seu convívio social (Lima *et al.*, 2024). Quando o TARE ocorre de maneira precoce em bebês, crianças e adolescentes pré-púberes, os pacientes podem apresentar atraso do desenvolvimento, atraso do crescimento típico esperado, baixo peso e desnutrição. Nesses casos se faz necessária uma intervenção médica em unidades de internação especializada (Lima *et al.*, 2024).

O TARE está associada à ansiedade generalizada e a hipersensibilidade sensorial, sendo incidente em crianças do espectro autista, com distúrbio de aprendizagem e deficiência cognitiva, nos quais o paciente apresenta limitações no seu funcionamento intelectual, na sua aprendizagem e nas atividades cotidianas (Lima *et al.*, 2024).

Se comparado com outros transtornos alimentares, como bulimia e anorexia nervosa, o TARE possui o período mais longo de duração (Lima *et al.*, 2024). E todas essas alterações citadas acima são de suma importância para o fechamento do diagnóstico, visto que pacientes com TARE não apresentam preocupação com o peso ou imagem corporal (Micheletti, 2020)

Fatores ambientais como ansiedade familiar. Onde as maiores taxas de perturbações alimentares são ocasionadas por mães que apresentam transtornos alimentares. Fatores genéticos e biológicos que podem estar associados ao histórico de doenças gastrointestinais, refluxo gastroesofágico, vômitos, entre outros problemas médicos que foram associados a comportamentos alimentares similares ao TARE (Lima *et al.*, 2024).

O TARE pode causar alterações clínicas como: anormalidades eletrolíticas, deficiência de vitamina A, E, B12, D, K e folato, e de minerais como ferro e cálcio, produzir alteração do sono, fraqueza muscular, perda de peso, desnutrição e deficiência no crescimento, além de, distúrbios gastrointestinais funcionais (Micheletti, 2020).

Os pacientes de TARE possuem três perfis principais: 1 - Os que não comem o suficiente e demonstram pouco interesse na alimentação; 2 - Os que apresentam

restrições relacionadas às características sensoriais dos alimentos e finalmente, 3 - A recusa alimentar devido a experiências traumáticas prévias (Kozak *et al.*, 2024).

A seletividade durante a alimentação pode acontecer de forma leve a severa, onde os casos leves estão associados a restrições sensoriais para poucos grupos alimentares e os casos mais severos pode ser associada a pacientes com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor ou comorbidades crônicas (Lima *et al.*, 2024).

Os dados epidemiológicos do TARE ainda são limitados devido ao fato deste ser um diagnóstico recente, observado na primeira infância mesmo acometendo todas as faixas etárias. Estudos norte americano mostram que cerca de 30% das crianças apresentam algum transtorno alimentar, onde 45% dos pais ou cuidadores expressam o desejo de mudar o hábito alimentar do seu filho (Lima *et al.*, 2024). O tratamento de TARE é feito através de avaliação e auxílio multidisciplinar em equipe composta por pediatras, psiquiatras, psicólogos, enfermeiras, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, para uma abordagem mais ampla das áreas do funcionamento do indivíduo, para além da alimentação (Lima *et al.*, 2024).

A participação do nutricionista é essencial para o tratamento de TARE, visto que o mesmo possui a capacidade de avaliar a ingestão dietética e o aconselhamento nutricional, fazendo as modificações na alimentação com base na condição clínica de cada indivíduo, preferências alimentares, crenças religiosas e avaliação dos comportamentos alimentares para constar que se enquadram no que pode ser considerado como uma variação normal (Lima *et al.*, 2024).

Na questão relacionada ao Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), a participação dos pais ou cuidadores é fundamental tanto para a identificação precoce quanto para o tratamento adequado da condição. O comportamento parental exerce grande influência, especialmente no que se refere à introdução alimentar e à formação de hábitos alimentares saudáveis. A forma como os cuidadores reagem às recusas alimentares, oferecem os alimentos e modelam suas próprias práticas alimentares pode impactar de forma significativa para o desenvolvimento do comportamento alimentar da criança (Silverman *et al.*, 2021)

4.6 Estilos Parentais e Práticas Parentais na Alimentação

As preferências e a seletividade alimentar das crianças são construídas a partir de múltiplas influências, sendo a atuação dos pais ou responsáveis uma das principais. O comportamento alimentar infantil é moldado por meio da observação e reprodução de modelos próximos durante o convívio familiar, fatores sociais, como a

influência da publicidade, o ambiente sociocultural e o nível de escolaridade dos cuidadores, desempenham um papel relevante nesse processo (Pinto, 2017). Ao longo do tempo, essas preferências alimentares se consolidam como o resultado da interação entre predisposições genéticas e fatores ambientais (Albuquerque *et al.*, 2016).

As práticas parentais relacionadas à alimentação infantil vão além da escolha dos alimentos consumidos, abrangendo também o modo, o local, o motivo e a quantidade ingerida. Estudos apontam que as crianças desenvolvem comportamentos alimentares mais saudáveis quando os pais são responsáveis por definir o quê, quando e onde os filhos se alimentam, enquanto as próprias crianças decidem se desejam comer e a quantidade que têm como preferência (Cole *et al.*, 2018).

Os estilos parentais de alimentação refletem atitudes e comportamentos dos cuidadores durante as refeições, influenciando diretamente o comportamento alimentar infantil. Esses estilos são moldados por características dos pais ou responsáveis, bem como pelo clima emocional no qual as práticas alimentares são aplicadas, variando conforme os níveis de afeto, responsividade, exigência e controle exercido sobre a criança (Birch; Davison, 2001).

As práticas parentais relacionadas à alimentação podem ser classificadas em dois grandes grupos: práticas centradas na criança e práticas centradas nos pais. As práticas centradas na criança são caracterizadas pelo respeito aos sinais de fome e saciedade, bem como pela criação de um ambiente alimentar positivo, com refeições agradáveis e poucas distrações. Essa abordagem favorece o desenvolvimento de um comportamento alimentar responsivo, promovendo a autonomia da criança e fortalecendo sua auto regulação (Cole *et al.*, 2018).

No campo da psicologia do desenvolvimento, Diana Baumrind foi pioneira na classificação dos estilos parentais, identificando três principais categorias: O estilo autoritativo - marcado por alta responsividade e alta exigência; O estilo autoritário - com baixa responsividade e alta exigência; O estilo permissivo - caracterizado por alta responsividade e baixa exigência (Zampieri, 2023).

Posteriormente, Maccoby e Martin (1983) ampliaram esse modelo ao subdividir o estilo permissivo em dois subtipos: o indulgente ou permissivo, que mantém alta responsividade e baixa exigência; e o negligente (ou desatento), que apresenta baixos níveis tanto de responsividade quanto de exigência (Zampieri, 2023).

Estilo Autoritativo-Responsivo tem como particularidade cuidadores com alta

responsividade e elevada exigência. Esse perfil estabelece regras por meio de uma comunicação clara e aberta, reconhecendo atitudes corretas e corrigindo comportamentos inadequados. Demonstram afeto nas interações, são sensíveis às necessidades dos filhos e frequentemente solicitam sua opinião (Baumrind, 1966).

Pais autoritativos são aqueles que conciliam altas expectativas e exigências consistentes com afeto, escuta ativa e apoio emocional. Estabelecem normas claras e firmes, mas também explicam os motivos por trás dessas regras, promovendo o entendimento. Além disso, valorizam o diálogo e consideram as opiniões dos filhos, incentivando a autonomia e o desenvolvimento da responsabilidade (Baumrind, 1966).

Estilo Autoritário parte de um alto nível de controle combinado com baixa responsividade. Os cuidadores adotam atitudes rígidas, radicais e autocráticas, com elevado grau de exigência. Estabelecem regras estritas, sem considerar a participação ou opinião da criança, valorizando a obediência baseada no respeito à autoridade e à ordem. A punição é frequentemente utilizada como principal forma de controle, enquanto o diálogo, a autonomia e a escuta das necessidades infantis são pouco valorizados (Baumrind, 1966).

Quando o assunto é alimentação, esse estilo parental manifesta-se por meio de um excesso de controle sobre o quê, quanto e como a criança se alimenta. Essa abordagem pode provocar uma redução na capacidade de autorregulação alimentar da criança, dificultando sua percepção dos próprios sinais de fome e saciedade. A forma rígida de restrição ao acesso a alimentos com alto teor de açúcar e gordura tende a ter o efeito reverso, aumentando o interesse e a preferência da criança por esses alimentos, o que eleva o risco de comportamentos alimentares não saudáveis. (Fisher; Birch, 2000).

Pais autoritários exercem elevado controle e demonstram baixa responsividade emocional. Impõem normas rígidas e esperam obediência inquestionável, frequentemente desconsiderando as necessidades, emoções e particularidades individuais da criança. (Baumrind, 1966).

Estilo Indulgente - Permissivo é caracterizado pela combinação entre um baixo nível de controle e um alto nível de responsividade. Os pais ou cuidadores não determinam regras nem limites claros para a criança, sem exigências de responsabilidade e/ou maturidade, exercendo um excesso de tolerância. São afetivos, comunicativos e receptivos, com tendência a satisfazer prontamente os desejos da criança (Baumrind, 1966).

No quesito alimentação, os cuidadores indulgentes aparecem com frequência

associados a desfechos de saúde infantil comprometidos, incluindo excesso de peso, obesidade, menor ingestão de grãos integrais e maior Índice de Massa Corporal (IMC) para a idade. A ausência de limites e a liberdade excessiva para escolhas alimentares podem contribuir para padrões alimentares inadequados, o que dificulta a formação de hábitos saudáveis e equilibrados (Hughes et al., 2008).

Pais indulgentes são altamente responsivos e afetuosos, mas evitam impor regras rígidas ou estabelecer limites consistentes. Tendem a evitar conflitos e, com frequência, permitem que a criança tome decisões para as quais ainda não possui maturidade suficiente, o que pode comprometer o desenvolvimento de responsabilidade e autorregulação. (Baumrind, 1966).

Estilo Negligente caracteriza-se por baixos níveis tanto de controle quanto de responsividade. Os pais ou cuidadores não demonstram afeto nem estabelecem exigências, apresentando pouca interação social com os filhos e desatenção em relação ao seu comportamento. Atendem apenas às necessidades básicas da criança, mantendo-se emocionalmente e fisicamente distantes, geralmente por estarem focados em seus próprios interesses (Baumrind, 1966).

Pais negligentes apresentam baixos níveis de exigência (controle) e de responsividade (afeto e envolvimento). Demonstram uma distância emocional significativa e uma presença mínima na vida dos filhos — tanto no que diz respeito à supervisão quanto ao apoio emocional. Esse estilo parental costuma estar associado à falta de envolvimento ativo nas necessidades e no desenvolvimento da criança (Maccoby; Martin, 1983).

As práticas parentais podem ser analisadas por meio de diferentes instrumentos, entre eles o *Caregiver's Feeding Styles Questionnaire* (CFSQ). Desenvolvido por Hughes et al. (2005), o CFSQ tem como objetivo investigar as estratégias utilizadas pelos pais durante as refeições de seus filhos, com foco nos estilos parentais de alimentação. Esse questionário foi posteriormente traduzido e adaptado para o português do Brasil por Cauduro (Loureiro, 2023).

Levando em consideração a influência exercida por pais ou cuidadores na formação dos hábitos alimentares infantis, a identificação do estilo parental torna-se uma importante ferramenta que possibilita a elaboração de estratégias e técnicas comportamentais com o teor maior de eficácia devido a adaptação ao perfil particular de cada cuidador (Zampieri, 2023).

De acordo com esses resumos, não há, necessariamente, um conjunto fixo de perguntas que determine com precisão os estilos parentais. No entanto, as respostas fornecidas pelos pais podem revelar quais características são mais predominantes

em seu comportamento, permitindo identificar tendências relacionadas a um ou mais estilos parentais.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Local e Tipo do Estudo

O presente estudo, de natureza quantitativa e delineamento transversal, foi realizado durante o mês de Janeiro de 2024 na Clínica Singular, uma instituição particular, especializada em reabilitação interdisciplinar infantil, situada no município de Vitória de Santo Antão, no estado de Pernambuco. A Clínica Singular conta com uma equipe multiprofissional composta por fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, entre outros profissionais da área da saúde e da educação.

5.2 Público Alvo

O público-alvo deste estudo foi composto por pais de crianças com idades entre 4 e 6 anos, diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), que são acompanhadas pela Clínica Singular.

5.3 Amostra

A Clínica Singular realiza o acompanhamento de aproximadamente 80 crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Dessa forma, a amostra deste estudo será composta por todos os pais de crianças com TEA que atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo todos os pais de crianças com idade entre 4 e 6 anos, com diagnóstico confirmado de Transtorno do Espectro Autista (TEA), acompanhadas pela Clínica Singular, o que é equivalente a 30% das crianças atendidas.

5.5 Coleta de Dados

O presente estudo foi inicialmente apresentado aos profissionais e à direção da Clínica Singular e, posteriormente, aos responsáveis pelas crianças com TEA. Após a obtenção da carta de anuência da instituição, os responsáveis foram convidados a autorizar sua participação na pesquisa. As informações só foram coletadas mediante o consentimento formal dos responsáveis, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada nas dependências da Clínica Singular durante o mês de Janeiro de 2024, nos turnos regulares de atendimento. As entrevistas com os pais e responsáveis ocorreram em ambiente reservado, contando apenas com a presença do pesquisador e do responsável legal, com o objetivo de garantir a privacidade e o sigilo das informações disponibilizadas.

5.6 Instrumentos de Coleta de Dados

Os dados da pesquisa foram coletados por meio da aplicação do questionário Escala de Ação Parental na Hora da Refeição (PMAS — *Parent Mealtime Action Scale*), cujas perguntas foram elaboradas especificamente para esta investigação, com base no estudo de Hendy et al. (2009), publicado na revista *Appetite*.

A escala tem como principal referência a análise dos comportamentos parentais durante o momento da alimentação da criança, avaliando estratégias adotadas pelos responsáveis no ambiente das refeições. O instrumento é composto por 31 itens, com tudo, utilizamos somente 30 questões, com respostas em escala do tipo sempre, às vezes ou nunca.

Os aspectos avaliados incluem: Estabelecimento de limites durante as refeições; Incentivo à ingestão dos alimentos oferecidos; Propostas de barganha; Qualidade e tipos de alimentos disponibilizados; Formas de preparo com possíveis alterações; Permissividade parental.

5.7 Análise dos dados

As variáveis contínuas com distribuição normal foram apresentadas como as médias $\pm$ desvios padrão (DPs) e aquelas com distribuição não normal são representadas por medianas e seus respectivos intervalos inter quartílicos

(P25-P75). As variáveis categóricas foram expressas como frequências absolutas e relativas.

5.8 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme parecer consubstanciado, **CAAE: 75975623.7.0000.5208**. Foi garantido o sigilo absoluto das informações obtidas, não havendo qualquer possibilidade de exposição dos participantes ou constrangimento, conforme detalhado no Anexo.

6 RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 24 responsáveis por crianças com idades pré escolares entre 4 e 6 anos, todas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Quando observamos a avaliação da quantidade de crianças que apresentam Seletividade Alimentar (SA). De acordo com os responsáveis entrevistados, 100% das crianças avaliadas apresentaram algum grau de Seletividade Alimentar (SA). Dentre elas, 50% demonstraram recusa em consumir um grupo específico de alimentos, enquanto os outros 50% apresentaram consumo superior a quatro vezes ao dia de um único alimento, o que caracteriza padrão alimentar repetitivo. Dados obtidos no Trabalho de Conclusão de Curso: Práticas de alimentação no início da vida e o desenvolvimento de seletividade alimentar em crianças com o transtorno do espectro autista, de Santos, Maria Eduarda Gabriel dos., do curso de Nutrição, no Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2024.

A Tabela 1 apresenta os dados referentes à avaliação do comportamento alimentar dos pais ou responsáveis participantes deste estudo, com o objetivo de analisar a relação que esses indivíduos estabelecem com o alimento. As informações abrangem tanto os hábitos de consumo quanto às atitudes adotadas durante os momentos de refeição com a criança. Foi observado que 66,7% dos pais participantes relataram consumir frutas diariamente, enquanto 75% afirmaram que eventualmente consumiam vegetais todos os dias.

Quanto ao consumo de alimentos não saudáveis (alimentos ultraprocessados), 83,3% dos pais relataram consumir refrigerante ocasionalmente. Em relação a doces e guloseimas, 66,7% afirmaram consumi-los diariamente, ainda que de forma eventual ou em pequenas quantidades. Quanto ao consumo de salgadinhos, 70,8% declararam ingerir esse tipo de alimento ocasionalmente. Além dos hábitos de consumo, também foram avaliados aspectos comportamentais relacionados à alimentação. Observou-se que 70,8% dos responsáveis relataram consumir sempre os mesmos alimentos servidos à criança, e apenas 8,3% relataram preparar refeições especiais para a criança, distintas das refeições da família. E apenas 8,3% afirmaram que, embora se sentem à mesa com a criança, não consomem o alimento junto com ela.

Tabela 1 - Comportamento e Consumo Alimentar Parental de Crianças Pré-Escolares (4 a 6 anos de idade) com Transtorno do Espectro Autista Atendidas em Clínica Multiprofissional Particular no Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco – 2024

COMPORTAMENTO ALIMENTAR	SEMPRE Nº (%)	ÀS VEZES Nº(%)	NUNCA Nº(%)
Você comeu frutas todos os dias	16 / 66,7%	5 / 20,8%	3 / 12,5%
Você comeu vegetais todos os dias	3 / 12,5%	18 / 75%	3 / 12,5%
Você bebia refrigerante todos os dias	0	20 / 83,3%	4 / 16,7%
Você comia doces ou guloseimas todos os dias	1 / 4,2%	16 / 66,7%	7 / 29,2%
Você comia salgadinhos todos os dias	1 / 4,2%	17 / 70,8%	6 / 25%
Você comeu os mesmos alimentos oferecidos à criança	17 / 70,8%	7 / 29,2%	0
Você sentou com a criança, mas não comeu	2 / 8,3%	21 / 87,5%	1 / 4,16%
Você preparou uma refeição especial para a criança, diferente da refeição da família	2 / 8,3%	17 / 70,8%	5 / 20,8%

Fonte: A autora (2024).

A Tabela 2 apresenta dados referentes à avaliação das práticas parentais responsivas dos participantes deste estudo, com o objetivo de analisar como os pais atuam durante as refeições em termos de imposição de limites, uso de incentivos, ofertas de alimentos e influência nas escolhas alimentares das crianças durante as refeições.

Com base nos relatos dos pais, observa-se que 70,8% afirmam impor limites ao consumo diário de doces, enquanto 79,2% relataram restringir o consumo diário de refrigerantes e salgadinhos, classificados como produtos ultraprocessados. No que se refere ao uso de incentivos, observou-se que 45,8% dos entrevistados nunca expressam, na presença da criança, o quanto apreciam o alimento ofertado.

Além disso, 50% afirmam que, às vezes, mencionam que a comida se torna mais palatável após ser ingerida. Já 41,7% relataram nunca informar à criança sobre os benefícios nutricionais do alimento em relação à saúde. No que diz respeito à oferta de alimentos, observou-se que 58,3% dos entrevistados oferecem frutas diariamente. Além disso, 79,2% relatam permitir que as crianças exerçam autonomia na escolha do que desejam consumir entre os alimentos disponibilizados.

Tabela 2 - Práticas Parentais Responsivas de Alimentação de Crianças Pré-Escolares (4 a 6 anos de idade) com Transtorno do Espectro Autista Atendidas em Clínica Multiprofissional Particular no Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco – 2024

	SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
PAIS RESPONSIVOS	Nº(%)	Nº(%)	Nº(%)
Você estabelece limites para quantos doces a criança pode consumir por dia	17 / 70,8%	6/ 25%	1 /4,2%
Você estabelece limites para quantos refrigerantes a criança pode consumir por dia	19/ 79,2%	4/ 16,7%	1 /4,2%
Você estabelece limites para quantos salgadinhos a criança poderia comer todos os dias	19/ 79,2%	3 / 12,5%	2/8,3%

Você disse à criança o quanto gostou da comida	8 /33,3%	5/ 20,8%	11/45,8%
Você disse à criança como a comida ficaria gostosa se ela experimentasse	7 /29,2%	12 / 50%	5/ 20,8%
Você disse à criança que seus amigos ou irmãos gostam da comida	6 / 25%	9 / 37,5%	9 /37,5%
Você disse à criança que um alimento a deixará saudável, inteligente, forte	6 /25%	8 /33,3%	10/41,7%
Você deu frutas à criança todos os dias	9 /37,5%	14/58,3%	1/ 4,2%
Você deixa a criança escolher quais alimentos comer, mas apenas entre os oferecidos	2/8,3%	19/79,2%	3 /12,5%

Fonte: A autora (2024).

A avaliação das práticas parentais permissivas durante a alimentação é apresentada na tabela 3, com abordagem sobre os comportamentos dos pais relacionados a incentivos e moldagem durante a refeição. Os dados obtidos a partir dos relatos dos pais do estudo indicam que 41,7% eventualmente transformam a refeição em uma brincadeira cativante. Cerca de 50% dos pais oferecem a preferência alimentar da criança ou objetos recreativos como recompensa por um comportamento adequado ou pela ingestão total do alimento ofertado, sendo que 20,8% sempre adotam essa prática e 29,2% a utilizam ocasionalmente. Observou-se que 62,5% dos pais nunca ofereceram sobremesa à criança como recompensa pela ingestão do alimento, enquanto 70,8% ocasionalmente permitem que as crianças comam o que quiserem ou substituam um alimento por outro, e 54,2% nunca permitiram que as crianças adicione temperos e sabores à comida de acordo com suas preferências.

Tabela 3 - Práticas Parentais Permissivas de Alimentação de Crianças Pré-Escolares com Transtorno do Espectro Autista Atendidas em Clínica Multiprofissional Particular no Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco – 2024

PAIS PERMISSIVOS	SEMPRE N°(%)	ÁS VEZES N°(%)	NUNCA N°(%)
Você fez com que a refeição virasse uma brincadeira ou diversão para a criança	7 / 29,2%	10/41,7%	7 /29,2%
Você deu à criança uma comida favorita como recompensa pelo bom comportamento	5/ 20,8%	7 /29,2%	12 / 5%
Você ofereceu à criança um brinquedo ou atividade favorita como recompensa por comer	5/ 20,8%	7 /29,2%	12 / 5%
Você ofereceu à criança uma sobremesa especial como recompensa por comer	4 / 16,7%	5/ 20,8%	15 /62,5%
Você deixa a criança comer o que quiser	7 /29,2%	17/70,8%	0
Você deixa a criança dar sabor à comida como ela quiser	1 /4,2%	10/41,7%	13 /54,2%
Você deixa a criança substituir um alimento por outro que ela goste	3 /12,5%	17/70,8%	4 / 16,7%

Fonte: A autora (2024).

A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos por meio dos relatos dos pais com o objetivo de identificar a presença de práticas parentais de cunho autoritário. Observou-se que 70,8% dos respondentes declararam não insistir para que a criança continue a alimentação após sinalizar estar saciada. Além disso, 79,2% afirmaram não insistir para que a criança se alimente quando apresenta sinais de sono ou mal-estar. Observou-se que 16,7% dos participantes relataram que, ao servirem o prato da criança, incluíram toda a variedade de alimentos preparada para a família. Por outro lado, 62,2% dos participantes afirmaram não impor restrições quando a criança demonstra desejo de comer em excesso. Observou-se ainda que 79,2% dos pais participantes relataram ter reduzido o teor de gordura presente nos alimentos oferecidos à criança, e que 91,7% afirmaram ter diminuído a quantidade de gordura consumida em sua própria alimentação.

Tabela 4 - Práticas Parentais Autoritários de Alimentação de Crianças Pré-Escolares com Transtorno do Espectro Autista Atendidas em Clínica Multiprofissional Particular no Município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco – 2024

PAÍS AUTORITÁRIO	SEMPRE N°(%)	ÀS VEZES N°(%)	NUNCA N°(%)
Você insistiu para que a criança comesse mesmo que ela dissesse "Não estou com fome"	2/8,33%	5/ 20,83%	17/70,83%
Você insistiu para que a criança comesse quando estava com sono, não se sentindo bem	0	5/20,83%	19 /79,16%
Você colocou um pouco de cada alimento na mesa o prato da criança	4/16,66%	18 /75%	2/8,33%
Você impediu a criança de comer demais	3/12,5%	6 / 25%	15 /62,5%
Você fez alterações na alimentação da criança para diminuir a gordura	3 /12,5%	19/79,16%	2/8,33%

Você fez alterações na sua própria alimentação para
diminuir a gordura

1 /4,16%

22/91,66%

1 /4,16%

Fonte: A autora (2024).

7 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar os atos parentais frente aos comportamentos alimentares seletivos de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Observou-se que 100% das crianças apresentaram seletividade alimentar. Este resultado está relacionado com a literatura que aponta alta prevalência de seletividade alimentar (SA) em crianças com TEA. Segundo De Bandini et al. (2017) e Castro et al. (2021), enquanto a SA acomete entre 25 a 35% das crianças com o desenvolvimento típico, esse número pode chegar a aproximadamente 80% entre aquelas diagnosticadas com TEA (Bandini *et al.*, 2017; Castro *et al.* 2021).

De acordo com Bandini et al. (2017) e Castro et al. (2021), crianças com TEA demonstram resistência a provar novos alimentos, preferem texturas ou cores específicas e podem rejeitar grupos inteiros de alimentos, o que é um desafio para pais ou responsáveis (Bandini *et al.*, 2017; Castro *et al.* 2021),

Conforme apresentado nos resultados, verificou-se que 100% responsáveis pelas crianças eram do sexo feminino, o que reflete a exclusividade feminina na atuação como cuidadora principal. Segundo Misquiatti et al. (2015), em uma pesquisa sobre a sobrecarga dos cuidadores de crianças com TEA, 85% dos principais cuidadores eram mulheres, sendo que 80% dessas eram as próprias mães (Ribeiro *et al.* ,2025). Esse dado reforça uma tendência já evidenciada em que aponta a predominância das mães ou responsáveis do gênero feminino na condução das atividades relacionadas ao cuidado diário de crianças, especialmente daquelas com desenvolvimento atípico, como é o caso das que apresentam Transtorno do Espectro Autista (TEA) (Misquiatti et al., 2015).

Tal realidade é evidenciada pela sobrecarga frequentemente enfrentada por mulheres, que acumulam funções relacionadas à alimentação, saúde, educação e organização da rotina familiar. Segundo Souza e Dias (2020), a responsabilidade quase exclusiva das mães no cuidado de filhos com TEA pode levar ao desgaste físico e emocional, que impacta diretamente nas estratégias parentais adotadas no manejo das dificuldades alimentares e comportamentais (Souza; Dias , 2020)

Os dados revelam que os hábitos alimentares dos pais ou responsáveis das crianças participantes do estudo evidenciam padrões comportamentais que podem exercer influência direta tanto na formação de hábitos alimentares quanto na seletividade alimentar nas crianças com TEA.

O consumo de alimentos saudáveis pelos pais, como frutas (66,7% sempre) e

vegetais (75%, às vezes) propõe um padrão aparentemente saudável, porém, o relato de consumo de alimentos ultra processados por pais é alto, como refrigerantes (83,3%, às vezes), doce e guloseimas (66,7%, sempre) e salgadinhos, (70,8%, às vezes) mostra o consumo de alimentos de baixo valor nutricional na rotina alimentar familiar, mesmo o consumo se caracterizando ocasional, esses alimentos acabam normalizados pelo ambiente familiar, o que pode prover redução da aceitação e interesse da criança por alimentos naturais e nutritivos. (Torres *et al.*, 2020)

Os pais ou responsáveis pela criação são determinantes para a escolha e hábitos alimentares infantis, portanto quando os pais consomem os mesmos alimentos que as crianças (70,8%), se faz presente uma maior coerência e reforço positivo no aprendizado alimentar (Torres T. *et al.*, 2020). Porém o fato de apenas 8,3% prepararem as refeições especiais tem como indicativo a tentativa de integração da criança à rotina familiar, o que se torna benéfico uma vez que a alimentação familiar esteja adequada do ponto de vista nutricional (Santos *et al.*, 2020).

Temos a baixa frequência de responsáveis que não consomem o alimento junto com a criança (8,3%), levanta um ponto negativo, visto que, a ausência do responsável durante as refeições tem como consequência a redução de estímulos ao consumo alimentar, principalmente em crianças com TEA. A presença de um cuidador durante as refeições é crucial, não só como suporte visual e comportamental durante as refeições, mas também por criar um ambiente alimentar positivo, estruturado e sem distrações, condição fundamental para o manejo da seletividade alimentar (Santos *et al.*, 2020).

De acordo com os dados obtidos observamos que 70,8% dos pais impõem limites em relação ao consumo de doces e 79,2% restringe o consumo de produtos ultraprocessados, como refrigerantes e salgadinhos, o que mostra a existência de regras e limites ordenados, o que mais se assemelha ao estilo responsivo. Nesse estilo parental as regras são aplicadas de forma clara, porém com diálogo e respeito às necessidades da criança, apoiando a construção de hábitos alimentares saudáveis com autonomia e respeito (Ventura; Birch, 2008).

Observa-se também que 79,2% permitem que a criança tenha poder de autonomia para escolher o que consomem, entre os alimentos oferecidos, de acordo com a sua preferência relacionada ao estilo parental responsivo, estimula o desenvolvimento da autonomia e da autorregulação alimentar, promove o envolvimento ativo da criança nas decisões relacionadas à alimentação (Ventura; Birch, 2008).

Quando avaliamos o uso de incentivos verbais positivos e ações de educação nutricional, observamos que 45,8% dos pais nunca expressam apreço pelos alimentos que consomem, e 41,7% não mencionam os benefícios nutricionais dos alimentos ofertados. Esses dados evidenciam uma carência de diálogo educativo durante as refeições (Weber et al., 2024).

Embora a imposição de limites e a oferta de autonomia estejam presentes na educação alimentar de muitas crianças, a ausência de verbalizações positivas e de orientações nutricionais pode comprometer o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis. Uma das características centrais do estilo parental responsivo é justamente o uso de uma comunicação aberta, afetiva e orientadora (Weber et al., 2024).

Pais que adotam posturas mais responsivas promovem um ambiente seguro, no qual a criança se sente acolhida para experimentar novos alimentos e construir uma relação saudável com a alimentação. A combinação de limites claros com a possibilidade de escolha entre opções saudáveis favorece o desenvolvimento da competência alimentar e da autorregulação essenciais para habilidades fundamentais para a manutenção da saúde ao longo da vida (Weber et al., 2024).

A prática de transformar a refeição em uma brincadeira cativante, relatada por 41,7% dos pais responsáveis, pode ser percebida como uma tentativa de tornar o momento da refeição mais atrativo, visto que, um ambiente acolhedor, tranquilo e afetivo durante as refeições pode contribuir para a associação do ato de comer a momentos de prazer e convívio familiar, ponto positivo para o desenvolvimento de uma relação saudável e emocionalmente estável com os alimentos (Birch; Ventura, 2009).

No entanto, estudos indicam que a utilização frequente de distrações pode comprometer a atenção da criança e desviar o foco do ato de comer, além de prejudicar a percepção de reconhecer os sinais internos de fome e saciedade (Silva et al., 2020). Tal comprometimento pode dificultar o desenvolvimento da autorregulação alimentar, que é essencial para a construção de uma relação saudável com os alimentos (Black; Aboud, 2011).

Uma das formas usadas por pais ou responsáveis na hora da alimentação é o uso de recompensas como forma de incentivo alimentar infantil, onde tivemos como relato de 50% dos responsáveis o uso dessa estratégia que é uma característica de práticas permissivas. Onde 20,8% relataram o uso constante desse método, enquanto 29,2% a adotam ocasionalmente. De contra partida temos que a maioria dos pais responsáveis (62,5%) relataram nunca utilizar sobremesa como barganha pela ingestão alimentar, o que representa uma atitude positiva quando o assunto é

promover hábitos alimentares saudáveis (Birch et al., 1982; Cooke et al., 2003).

Quanto a isso temos estudo que relata que o uso de recompensas para incentivo do consumo de determinados alimentos - sejam saudáveis ou menos palatáveis pela criança - podem ser ineficazes ou prejudicial ao longo prazo, por conta da associação do ato de comer a uma permuta, pode desenvolver uma visão negativa do alimento em questão, como uma condição a ser tolerada em troca de algo mais atrativo, reduzindo a motivação natural da criança por alimentos saudáveis e aumentando sua preferência por alimentos mais saborosos e menor teor nutritivo (Birch et al., 1982; Cooke et al., 2003).

Quando se trata da possibilidade de a criança modificar o sabor dos alimentos de acordo com suas preferências, 54,2% dos pais ou responsáveis afirmam nunca permitir essa prática. No entanto, quando a questão envolve a substituição de um alimento por outro que seja mais do agrado da criança, 70,8% dos responsáveis dizem permitir essa troca ocasionalmente, o que revela uma certa contradição nas atitudes parentais. Essa divergência de práticas permissivas e práticas controladoras, pode ser um ponto negativo quando se trata do desenvolvimento alimentar infantil (Santos et al., 2019).

Práticas Permissivas como a permissão de escolhas alimentares sem restrição clara, podem auxiliar no desenvolvimento de comportamentos alimentares seletivos, diminuição da aceitação de novos alimentos e maior perigo de consumo desequilibrado (Birch; Fisher, 1998).

Mesmo que essas atitudes tenham a intenção de desenvolver autonomia na criança, se os limites não estiverem claros, pode contribuir para que a substituição possa ter como preferência alimentos de alto teor calórico e baixo teor nutricional, no momento das substituições alimentares.(Santos et al., 2019).

Quando os pais ou responsáveis privam as crianças de personalizar seus próprios alimentos com temperos, sabores e regras claras, reflete uma postura controladora mais relacionada com o estilo autoritário, onde, o adulto decide sobre a alimentação e limita a introdução da criança nesse processo, apesar dessa atitude servir como garantia de uma alimentação saudável, ela pode desencadear um efeito contrário (Birch et al., 2001; Scaglione et al., 2011).

Visto que o controle excessivo pode prejudicar a auto regulação da criança além de contribuir para o aumento da resistência ao consumo de determinados alimentos, impedindo que a criança explore e ajuste sabores conforme seu paladar. O desenvolvimento da exploração sensorial é essencial para a aceitação alimentar, especialmente na infância (Birch et al., 2001; Scaglione et al., 2011).

Os dados relacionado às práticas parentais autoritárias na alimentação traz

como resultado, de acordo com o relato dos pais participantes deste estudo , 70,8% dos pais responsáveis participantes não insistem para a continuação da alimentação da criança uma vez que a mesma sinaliza saciação e 79,2% não insistem na alimentação quando há sinais de sono ou mal estar, atitudes como essa reflete um comportamento mais responsivo visto a priorização das necessidades fisiológicas e emocionais da criança(Baumrind ,1967).

Práticas parentais autoritárias tem como característica alto nível de controle e baixa sensibilidade às necessidades da criança, atitudes assim comprometem o desenvolvimento da autonomia e a consolidação de uma boa relação da criança com seu próprio corpo (Baumrind ,1967).

Força a criança a se alimentar mesmo que a mesma tenha demonstrado sinais de saciedade e/ou desconforto são atitudes de comportamentos autoritário, pois não levam em consideração os sinais internos da criança além de impor o padrão de obediência sem nenhuma negociação (Darling; Steinberg, 1993).

E podemos ver como resultado que a maioria dos pais responsáveis não adotam esse tipo de atitude no momento da alimentação, mostrando atitudes responsivas, com respeito a individualidade da criança e ao fortalecimento da auto regulação alimentar, equilíbrio no afeto, sensibilidade às necessidades da criança e limites estabelecidos de forma clara e respeitosa (Darling; Steinberg, 1993).

O baixo percentual de pais responsáveis que oferecem a variedade total de alimentos (16,7%) sugere uma prática seletiva, onde os pais responsáveis limitam a diversidade alimentar da criança, que pode ter o intuito evitar rejeições ou atritos durante o momento da refeição. Essa não variação pode estar ligada a uma forma autoritária, quando a decisão é unilateral, com pouco diálogo e imposições de regras sem considerar a opinião e/ou preferências da criança. (Baumrind, 1967; Wagner *et al.*, 2015).

Mesmo que a intenção dos pais responsáveis presentes nesse estudo tenha tendências protetoras, a restrição de alimentos podem diminuir o aprendizado alimentar e reduzir a aceitação de novos sabores e texturas, o que prejudica a formação de hábitos alimentares saudáveis (Scaglioni *et al.*, 2011).

Temos o relato de que 62,2% dos responsáveis participantes não impõem limites ao consumo excessivo de alimentos, prática contrária ao estilo autoritário, pendendo mais para o estilo permissivo. de acordo com estudos a inconsistência no exercício da autoridade parental, pode gerar confusão na criança quando o assunto é limites adequados de consumo e comprometimento da auto regulação alimentar (Birch; Fisher, 1998; Ventura; Birch, 2008).

Mesmo que o estilo autoritário tenha caracteres de um controle excessivo, a

ausência total de limites também se mostra prejudicial, pois há uma privação para criança de ter referências para o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade nas escolhas alimentares (Ventura; Birch, 2008).

Quando vemos os dados dos pais participantes que relataram ter reduzido o teor de gordura dos alimentos ofertados às crianças (79,2%) e de sua própria alimentação (91,7%) esses dados não só revelam uma preocupação com a saúde infantil mas também um traço de estilo parental autoritário pois mostra um controle mais rígido sobre os hábitos alimentares dentro do ambiente familiar (Patrick *et al.*, 2005; Ventura; Birch, 2008).

No quesito alimentar, podemos traduzir esse comportamento em uma supervisão estrita sobre o consumo alimentar da criança, incluído limitação de alimentos considerados não saudáveis, como aqueles que apresentam alto teor de gordura (Patrick *et al.*, 2005; Ventura; Birch, 2008).

Por mais que promover uma alimentação saudável seja um comportamento positivo, é importante considerar que o estilo autoritário, quando aplicado de forma dura, tem efeitos adversos no quesito de desenvolvimento da autonomia alimentar da criança, visto que práticas parentais muito controladoras podem levar a rejeição de certos alimentos, comportamento alimentar disfuncional e até o risco de sobrepeso uma vez que auto regulação não é desenvolvida (Patrick *et al.*, 2005; Ventura; Birch, 2008).

8 CONCLUSÃO

Sendo assim, foi evidenciado que é necessário mais pesquisas sobre o assunto, não apenas pela importância de compreender as estratégias adotadas pelos pais na busca para lidar com desafios alimentares no contexto familiar, mas, também os comportamentos alimentares de crianças com TEA.

É de suma importância a compreensão do perfil de quem assume o papel de cuidador principal, essa visão é fundamental para o planejamento de intervenções eficazes que não só leve em consideração apenas a criança, mas também o suporte necessários às famílias, em especial as mães, que em muitos casos passam por esse processo de forma solitária.

Portanto, os resultados deste estudo sugerem que os comportamentos parentais observados se alinham com as características do estilo autoritativo-responsivo, principalmente no que diz respeito ao equilíbrio entre controle e autonomia.

Porém quando analisamos a ausência de incentivos verbais e de diálogos nutricionais, destacamos a necessidade de ações educativas que venha ter a finalidade de conscientização dos pais sobre a importância da comunicação positiva durante as refeições, que alie limites claros à promoção da autonomia infantil, respeitando o desenvolvimento da criança e incentivando sua participação ativa nas escolhas alimentares de forma orientada, com o intuito de fortalecer o benefícios que podem ser alcançados na formação de hábitos alimentares saudáveis.

Os dados apontam para uma importante reflexão sobre os avanços na conscientização dos cuidadores quando se trata da importância de respeitar os sinais corporais das crianças. Que pode estar relacionado a um maior acesso à informação e valorização da saúde emocional da criança.

Embora os dados não revelam uma presença dominante de práticas autoritárias no comportamento alimentar relatado, eles propõem que alguns aspectos do controle parental estão sendo exercidos de forma desconectadas das necessidades reais da criança, o que reforça a importância de intervenções educativas voltadas para pais e cuidadores, que venha promover o entendimento sobre os efeitos negativos tanto da rigidez quanto da permissividade durante a alimentação e incentivem práticas parentais responsivas com base no respeito mútuo, na escuta ativa e no estabelecimento de limites coerentes.

Portanto, mesmo que os dados nos mostram atitudes importantes e positiva nos hábitos alimentares familiares, é fundamental que essas atitudes sejam associadas a estratégias educativas baseadas no diálogo, no exemplo e no incentivo a escolhas

conscientes, atitudes mais próximas de um estilo parental autoritativo-responsivo, considerado o mais equilibrado e benéfico para o desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- AMBROSI, C.; GRISOTTI, M.. O Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB): uma análise à luz da teoria social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis - SC, v. 27, p. 4243-4251, 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington: American psychiatric association, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V-TR**. Washington: APA, 2022.
- BARENDT, C. *et al.* A systematic review of practices to promote vegetable acceptance in the first three years of life. **Appetite**, Amsterdam, v. 137, p. 174-197, 2019.
- BAPTISTA, S. M. S. **Dificuldades Alimentares em Idade Pediátrica**. 2016. v. 33, Tese (Doutorado) - Universidade de Lisboa (Portugal).
- BIRCH, L. L.; FISHER, J. O. **Desenvolvimento de Comportamentos Alimentares em Crianças e Adolescentes**. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 101, n. Supplement_2, p. 539-549, 1998.
- BOTELHO, R. M.; SILVA, A. L. M.; BORBELY, A. U. **The Autism Spectrum Disorder and Its Possible Origins in Pregnancy**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 21, n. 3, p. 244, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar Para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar Para a População Brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il. ISBN 978-85-334-2176-91. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 2. Alimentação. 3. Preparação de alimentos. I. Título. CDU 612.3.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Autism Prevalence Children**, Basel. v. 10, n. 1, p. 84, 2022.
- CHILD, N. **Healthy Longevity is Not Only for the Neurotypical**. *Nerv Child*, v. 2, p. 217-50, 1943.
- COLE, N. C. *et al.* **Home feeding environment and picky eating behavior in preschool-aged children: A prospective analysis**. *Eating Behaviors*, v. 30, p. 76-82, 2018.
- HARTMANN, A. C. A. *et al.* **Transtorno do Espectro Autista e a importância do diagnóstico precoce: uma revisão de literatura**. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 3128-3140, 2023.

- DE COSMI, V. ; SCAGLIONI, S.; AGOSTONI, C. **Early taste experiences and later food choices.** *Nutrients*, Basel, v. 9, n. 2, p. 107, 2017.
- LIMA, L. V. N. *et al.* **Aspectos Clínicos e Epidemiológicos do Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 2863-2874, 2024.
- ESPOSITO, M. *et al.* **Food Selectivity in Children With Autism: Guidelines for Assessment and Clinical Interventions.** *International journal of environmental research and public health*, Basel, v. 20, n. 6, p. 5092, 2023.
- GERARDO, M. M. ; MACAN, T. P. . **Determinantes nas Preferências Alimentares e Seletividade Alimentar em Crianças.** *Acta Portuguesa de Nutrição*, Lisboa, v. 31, p. 62-66, 2022.
- GIARETTA, N. **Transtorno do Espectro Autista.** Curitiba, IESDE BRASIL SA, 2021.
- MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil.** *Agência de Notícias do IBGE*, Rio de Janeiro, 23 maio 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>. Acesso em: 24 ago. 2025.
- JOHNSON, S. L.; MODING, K. J.; BELLOWS, L. L. **Children's Challenging Eating Behaviors: Picky Eating, Food Neophobia, and Food Selectivity.** In: *Pediatric food preferences and eating behaviors*. Cambridge, Academic Press, 2018. p. 73-92.
- KANNER, L. **Os Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo.** *ProFala*, [1943]. Disponível em: <http://www.profala.com/artautismo11.htm>. Acesso em: 24 jul. 2025.
- KOZAK, A. *et al.* **Avoidant/Restrictive Food Disorder (ARFID), Food Neophobia, Other Eating-Related Behaviours and Feeding Practices Among Children With Autism Spectrum Disorder and in Non-Clinical Sample: A preliminary study.** *International journal of environmental research and public health*, Basel, v. 20, n. 10, Art. 5822, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/10/5822>. Acesso em: 20 jul. 2025.
- LAI, M. *et al.* **Subgrouping the autism “spectrum”: reflections on DSM-5.** *PLoS biology*, San Francisco, v. 11, n. 4, p. e1001544, 2013.
- LAI, M. *et al.* **Sex/gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research.** *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Washington, v. 54, n. 1, p. 11-24, 2015.
- LÁZARO, C, P; CARON, J; PONDÉ, M, P. **Escalas de Avaliação do Comportamento Alimentar de Indivíduos com Transtorno do Espectro Autista.** *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 23-59, 2018.
- LORD, C. *et al.* **Autism Spectrum Disorder.** *The lancet*, Londres, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2018.
- LOUREIRO, G. P. **Associação entre práticas parentais na alimentação infantil e seletividade alimentar na infância.** 2023. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso

(Graduação em Nutrição) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/266486>. Acesso em: 23 jul. 2025.

MARGARI, L. *et al.* **Eating and mealtime behaviors in patients with autism spectrum disorder: current perspectives.** *Neuropsychiatric disease and treatment*, Auckland, v.16, p. 2083-2102, 2020.

MARTY, L. *et al.* **Learned pleasure from eating: an opportunity to promote healthy eating in children?** *Appetite*, Amsterdam, v. 120, p. 265-274, 2018.

MCCARTHY, M. S.; PATEL, J. J. **Unmasking opportunities to enhance research reporting and reviewing.** *Nutrition in Clinical Practice*, [s.l.], v. 36, n. 3, p. 545-548, 2021.

MENNELLA, J. A. **Ontogeny of taste preferences: basic biology and implications for health.** *The American Journal of Clinical Nutrition*, Oxford, v. 99, n. 3, p. 704S–711S, 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/99/3/704S/4577511>. Acesso em: 18 jul. 2025.

MICHELETTI, N. J.; QUEIROZ MELLO, A. P. de. **A influência da mídia na formação dos hábitos alimentares de crianças e adolescentes.** *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 21, n. 2, p. 73–87, 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/disciplines/article/view/16093>. Acesso em: 18 jul. 2025.

MONTENEGRO, M. A.; CELERI, E. H. RV; CASELLA, E. B. . **Transtorno do Espectro Autista-TEA: manual prático de diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro, Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.

DE MORAES, L. S. *et al.* **Seletividade alimentar em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.** *Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 42-58, 2021.

MOREIRA, P. R. **Estilo parental na alimentação e o comportamento alimentar aos 12 meses.** 2021. 76 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/234585>. Acesso em: 23 jun 2025.

NICHOLLS, D.; BRYANT-WAUGH, R. **Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity.** *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Philadelphia, v. 18, n. 1, p. 17–30, 2009.

NICKLAUS, S. ; MONNERY-PATRIS, S. **Food neophobia in children and its relationships with parental feeding practices/style.** In: DOVEY, Tanya M. (Org.). **Food neophobia: behavioral and biological influences.** Cambridge: Woodhead Publishing, 2018. p. 255-286.

OLIVEIRA, G. C. *et al.* **Transtornos alimentares na adolescência: a influência das redes sociais, 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Nutrição e Dietética)** – Escola Técnica Estadual ETEC São Mateus (Jardim São Cristóvão – São Paulo), São Paulo, 2023.

Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 11ª revisão (CID-11): Transtorno do Espectro do Autismo (código 6A02) e suas subdivisões: déficits na comunicação social, interação social, padrões repetitivos e sensoriais (publicação original 2018). Autismo e Realidade, 14 jan. 2022. Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/2022/01/14/tea-na-cid-11-o-que-muda/>. Acesso em: 24 ago. 2025.

PINTO, L. P. **Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança.** 2016. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu (Portugal).

POSAR, A. ; VISCONTI, P. **Tribute to Grunya Efimovna Sukhareva, the woman who first described infantile autism.** Journal of pediatric neurosciences, Mumbai, v. 12, n. 3, p. 300-301, 2017.

RANJAN, S. ; NASSER, J. A. **Nutritional status of individuals with autism spectrum disorders: do we know enough?** *Advances in Nutrition*, Bethesda, v. 6, n. 4, p. 397-407, 2015.

REDE DE MONITORAMENTO DO AUTISMO E DEFICIÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO, **Ano de Vigilância 2000, Pesquisadores Principais; CDC. Prevalência de transtornos do espectro autista** — Rede de Monitoramento do Autismo e Deficiências do Desenvolvimento, seis locais, Estados Unidos, 2000. MMWR Surveill Summ 2007;56(Nº SS-1):1–11. PMID:17287714 Reino Unido, v. 16, n. 5, p. 629-642, 1991. Revista Saúde UNIFAN, Bahia, v. 3, n. 1, p. 58-66, 2023.

RIBEIRO, M. **Como tratar a seletividade alimentar em crianças autistas.** In: **PORTAL Drauzio Varella.** São Paulo: Uol, 3 jan. 2024. Disponível em: [https://drauziovarella.uol.com.br/pediatria/como-tratar-a-seletividade-alimentar-em-criancas-autistas/#:~:text=%E2%80%9CUma%20das%20quest%C3%B5es%20envolvidas%20na,sensoriais%20s%C3%A3o%20processados%20no%20c%C3%A9rebro](https://drauziovarella.uol.com.br/pediatria/como-tratar-a-seletividade-alimentar-em-criancas-autistas/#:~:text=%E2%80%9CUma%20das%20quest%C3%B5es%20envolvidas%20na,sensoriais%20s%C3%A3o%20processados%20no%20c%C3%A9rebro.). Acesso em: 22 fev. 2024.

ROBERTSON, C. E.; BARON-COHEN, S. **Sensory perception in autism.** *Nature Reviews Neuroscience*, Londres, v. 18, n. 11, p. 671-684, 2017.

SANTOS, A. M. dos *et al.* **Transtorno alimentar e picacismo na gestação: revisão de literatura.** Psicologia Hospitalar, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 42-59, 2013.

SANTOS, M. E. G. dos. **Práticas de alimentação no início da vida e o desenvolvimento de seletividade alimentar em crianças com o transtorno do espectro autista.** 2024. 77 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2024.

SHARMA, S. R.; GONDA, X.; TARAZI, F. I. **Autism spectrum disorder: classification, diagnosis and therapy.** *Pharmacology & Therapeutics*, Oxford, v. 190, p. 91-104, 2018.

SILVA, F. D. *et al.* **Aspectos relacionados ao consumo alimentar em crianças autistas: uma revisão da literatura.** *Research, Society and Development*, [s.l.], v. 11, n. 3, 2022.

SILVA, S. F. da. **Do eco à voz, nossa travessia: relatório técnico referente ao I Encontro sobre Autismo e Políticas Públicas de Sobral-CE.** 2023. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicologia e Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Políticas Públicas, Universidade Federal do

Ceará – Campus Sobral, Sobral, 2023.

SMITH, R. *et al.* **Food marketing influences children's attitudes, preferences and consumption: a systematic critical review.** *Nutrients*, Basel, v. 11, n. 4, p. 875, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Departamento de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar.** 4. ed. São Paulo: SBP, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos.** São Paulo: SBP, 2021.

SPARRENBURGER, K. *et al.* **Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de uma Unidade Básica de Saúde.** *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 535-542, 2015.

SUPERTI, A. N.; SÁ, A. B. S. C. de; COSTA, A. de F. S. **Influências das práticas parentais na autorregulação e no comportamento alimentar durante a primeira infância.** *Centro Universitário São Camilo*, São Paulo, v. 41, 2024.

TORRES, T. de O.; GOMES, D. R.; MATTOS, M. P. **Fatores associados à neofobia alimentar em crianças: revisão sistemática.** *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 39, p. e2020089, 2020.

VALENÇA, M. S. *et al.* **Influências e preferências no consumo de alimentos ultraprocessados por crianças da zona rural.** *Disciplinarum Scientia | Saúde*, Santa Maria, v. 21, n. 1, p. 133-146, 2020.

VASILAKIS, M. *et al.* **Food difficulties in infancy and ASD: a literature review.** *Children*, Basel, v. 10, n. 1, p. 84, 2022.

ZAMPIERI, L. R. **Estilos parentais na alimentação e fatores associados em crianças hospitalizadas.** Porto Alegre, v.63, 2023.

ZEIDAN, J. *et al.* **Global prevalence of autism: a systematic review update.** *Autism Research*, Hoboken, v. 15, n. 5, p. 778-790, 2022.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)**

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a)___ para participar, como voluntário (a), da pesquisa Práticas de Alimentação no Início da Vida e o Desenvolvimento de Seletividade Alimentar em Crianças com o Transtorno do Espectro Autista. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora e orientadora Michelle Figueiredo Carvalho, Rua Jornalista Célio Meira, 263 A, Cajá, Vitória de Santo Antão; CEP: 55610-065; Telefone [REDACTED] michelle.carvalho@ufpe.br e da discente e pesquisadora Maria Eduarda Gabriel Dos Santos, Telefone [REDACTED] eduarda.gabrielsantos@ufpe.br.

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

→ **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** A presente pesquisa possui uma importância significativa no âmbito da nutrição já que tanto o aleitamento materno quanto a alimentação complementar são questões

indispensáveis na vida de uma criança, visto que nessa fase da vida está sendo formado os hábitos alimentares e juntos irão auxiliar na construção do novo

paladar, assim quando a prática do aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar não acontecem de maneira adequada, poderão ser um fator a ser considerado no desenvolvimento da seletividade alimentar na infância que é uma problemática bastante presente em crianças com o transtorno do espectro autista. Dessa forma, a pesquisa apresenta grande relevância para compreender a contribuição da prática inadequada do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar na seletividade alimentar. Assim, é necessário avaliar as práticas de alimentação no início da vida e o desenvolvimento de seletividade alimentar em crianças com o transtorno do espectro autista. Sendo assim, será perguntado aos responsáveis das crianças sobre como foi a prática do aleitamento materno e introdução da alimentação complementar, além de também ser abordado sobre a seletividade alimentar nesses indivíduos. A coleta de dados será realizada na clínica singular localizada na rua estevão da cruz, nº 27, no bairro da Matriz no município de Vitória de Santo Antão de forma presencial e individual contando apenas com a presença do responsável pela criança e o pesquisador, onde será solicitado para o responsável que apenas responda as perguntas sem omitir nenhum dado que é relevante para a pesquisa, além disso eles serão abordados apenas uma vez para responder dois questionários no qual será abordado sobre a prática da alimentação no início da vida que serão elaborados para a referida pesquisa a partir dos manuais do Ministério da saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria com a presença de 44 questões e sobre a seletividade alimentar em crianças com TEA com base no estudo de Archer, L. A., Rosenbaum, P. L., Streiner, D. L (1991); Seiverling, L. J. *et al* (2016) e Lázaro, C. P; Siquara, G. M; Pondé, M. P (2020) na qual apresentam 122 questões de múltipla escolha. Além do mais, o tempo gasto para responder os questionários será de 25 minutos.

→ **RISCOS:** O risco inclui o constrangimento por parte dos participantes do estudo ao disponibilizarem para a pesquisa informações pessoais. Para minimizar este

risco, as entrevistas serão realizadas em um ambiente reservado pelo pesquisador e de maneira sigilosa. Além disso, os responsáveis deverão responder dois questionários no qual será abordado sobre a prática da alimentação no início da vida que serão elaborados para a referida pesquisa a partir dos manuais do Ministério da saúde e da Sociedade Brasileira de

Pediatria com a presença de 44 questões e sobre a seletividade alimentar em crianças com TEA com base no estudo de Archer, L. A., Rosenbaum, P. L., Streiner, D. L (1991); Seiverling, L. J. *et al* (2016) e Lázaro, C. P; Siquara, G. M; Pondé, M. P (2020) na qual apresentam 122 questões de múltipla escolha. Além do mais, o tempo gasto para responder os questionários será de 25 minutos.

→ **BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários:** Em relação aos benefícios de maneira indireta, essa pesquisa irá obter informações a respeito

do grupo de crianças com TEA sobre a seletividade alimentar, podendo assim ser divulgado as informações para a equipe da clínica singular permitindo uma maior atenção voltada à seletividade alimentar. Já no que se refere aos benefícios diretos, os responsáveis das crianças irão receber informações sobre como podem lidar com a seletividade alimentar das crianças, auxiliando assim na alimentação.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa na forma de entrevistas, ficarão armazenados no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço Rua Jornalista Célio Meira, 263 A, Cajá, Vitória de Santo Antão, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1**

Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo Práticas de Alimentação no Início da Vida e o Desenvolvimento de Seletividade Alimentar em Crianças com o Transtorno do Espectro Autista, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B - Escala de Ação dos Pais na Hora das Refeições

Escala de Ação dos Pais na Hora das Refeições
1-Você estabelece limites para quantos doces a criança pode consumir por dia?
2-Você estabelece limites para quantos refrigerantes a criança pode consumir por dia?
3-Você estabelece limites para quantos salgadinhos a criança poderia comer todos os dias?
4-Você disse à criança o quanto gostou da comida?
5-Você disse à criança como a comida ficaria gostosa se ela experimentasse?
6-Você disse à criança que seus amigos ou irmãos gostam da comida?
7-Você disse à criança que um alimento a deixará saudável, inteligente, forte?
8-Você deu frutas à criança todos os dias?
9-Você comeu frutas todos os dias?
10-Você comeu vegetais todos os dias?
11-Você fez com que a refeição virasse uma brincadeira ou diversão para a criança?
12-Você deu à criança uma comida favorita como recompensa pelo bom comportamento?
13-Você ofereceu à criança um brinquedo ou atividade favorita como recompensa por comer?
14-Você ofereceu à criança uma sobremesa especial como recompensa por comer?
15-Você insistiu para que a criança comesse mesmo que ela dissesse "Não estou com fome"?
16-Você insistiu para que a criança comesse quando estava com sono, não se sentindo bem?
17-Você bebia refrigerante todos os dias?
18-Você comia doces ou guloseimas todos os dias?
19-Você comia salgadinhos todos os dias?
20-Você comeu os mesmos alimentos oferecidos à criança?
21-Você sentou com a criança, mas não comeu?
22-Você preparou uma refeição especial para a criança, diferente da refeição da família?
23-Você colocou um pouco de cada alimento na mesa o prato da criança?
24-Você impediu a criança de comer demais?
25-Você fez alterações na alimentação da criança para diminuir a gordura?
26-Você fez alterações na sua própria alimentação para diminuir a gordura?
27-Você deixa a criança comer o que quiser?
28-Você deixa a criança dar sabor à comida como ela quiser?
29-Você deixa a criança substituir um alimento por outro que ela goste?
30-Você deixa a criança escolher quais alimentos comer, mas apenas entre os oferecidos?