



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA E SOCIAL**



THAÍS SILVA COELHO

**ESTILOS PARENTAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM SELETIVIDADE ALIMENTAR
NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

**OURO PRETO
2025**

THAÍS SILVA COELHO

**ESTILOS PARENTAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM SELETIVIDADE ALIMENTAR
NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mayla Cardoso Fernandes Toffolo

Coorientadora: Mestranda Hana Gabriela Severino Araújo

OURO PRETO

2025



FOLHA DE APROVAÇÃO

Thaís Silva Coelho

Estilos parentais e sua associação com seletividade alimentar no Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição

Aprovada em 11 de dezembro de 2025

Membros da banca

Dra. Mayla Cardoso Fernandes Toffolo - Orientador - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. Silvana Mara Luz Turbino Ribeiro - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. Adriana Lúcia Meireles - Universidade Federal de Ouro Preto
Ma. Hana Gabriela Severino Araújo - Universidade Federal de Ouro Preto

Mayla Cardoso Fernandes Toffolo, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 30/05/2026



Documento assinado eletronicamente por **Mayla Cardoso Fernandes Toffolo, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 24/06/2026, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1125284** e o código CRC **4B4D72F6**.

AGRADECIMENTOS

Ao longo da graduação, a finalização do TCC sempre foi vista como um momento não apenas de grandes expectativas, mas também de receios e dúvidas: a expectativa de concluir uma etapa primordial da minha vida e o medo de não conseguir, de duvidar da minha capacidade. Hoje, compreendo que cada momento em que questioneei se estava fazendo a coisa certa me trouxe a certeza de que o novo assusta, mas que coisas brilhantes podem surgir quando tentamos e acreditamos em nós mesmos e nos caminhos concedidos por Ele.

A graduação em Nutrição foi, por si só, um período de intensos questionamentos: sobre permanecer no curso, sobre estar no caminho certo, sobre a escolha da minha futura profissão. Tanto o início quanto agora, o fim, foram desafiadores. Mantive-me aberta a todas as possibilidades e sou profundamente grata aos profissionais, professores e amigos que encontrei ao longo dessa caminhada. Entrei como uma Thaís e saio como outra, completamente transformada.

Agradeço, primeiramente, a Deus, por sua presença nas mais diversas formas em minha vida. Honestamente, ainda estou em busca do meu propósito, mas acredito nos caminhos pelos quais Ele tem me guiado, incluindo a finalização desta graduação.

Agradeço aos meus pais por todas as oportunidades que me proporcionaram, especialmente no que diz respeito à educação e à formação. Se hoje encerro minha trajetória na Universidade, foi porque vocês lutaram, se dedicaram e abriram mão de muitas coisas para garantir o melhor para mim. Ao Igor, meu irmão, agradeço por ser meu porto seguro, confidente e incentivador; por não me deixar desistir, por me ajudar, mesmo sem perceber, a acreditar mais em mim e na minha capacidade de alcançar grandes coisas. E, claro, por sempre mandar mensagens aleatórias que tornavam mais leves os momentos de tensão e cansaço; se fazendo sempre presente.

À família que construí na UFOP: Brenda, Yasmin, Ana Rosa e Lorena (in memoriam). Obrigada por dividirem comigo o peso da graduação, tornando-o mais leve. Obrigada pelas risadas, pelas trocas de expectativas e medos e pelo companheirismo dentro e fora da UFOP. A amizade de vocês foi essencial para que eu chegasse até aqui, como estudante e como pessoa. Com vocês, consegui sorrir quando queria chorar e me manter firme quando queria desistir. Espero alcançar muitas outras conquistas com vocês ao meu lado. Amo muito vocês!

Ao 22.1, pela troca e partilha, especialmente Maria Inês, Camila, Larissa Eduarda, Larissinha, Vitória, Lucas e Maria Hubner. Obrigada pela amizade, pelo apoio e por toda ajuda ao longo dos períodos. Vocês tornaram o caminho mais alegre e possível.

À Júlia e à Luísa, que apesar de terem apenas 4 anos e não entenderem muitas coisas, me ajudaram a seguir com leveza e distrações em momentos de tensão e estresse. Receber vídeos de vocês no meio do dia o deixava mais colorido e fácil de prosseguir. Vocês fazem parte dessa jornada tanto quanto a mãe de vocês, que me auxiliou em muitos momentos. Obrigada, Mariana!

Ao Diogo, que além de personal, foi um suporte importante nessa jornada: obrigada por me escutar, me deixar desabafar sobre o cansaço e sempre me colocar para cima, lembrando do meu potencial. “Tamo junto” sempre.

Ao Luís, pela presença constante, mesmo à distância. Obrigada por me ouvir, aconselhar e por não me deixar desistir de ser melhor a cada dia.

Agradeço também a todos que contribuíram com a divulgação da pesquisa/questionário, principalmente à Maria e à Eugênia, que passaram todo esse processo comigo e tornaram isso possível. Foi uma etapa árdua, mas conseguimos!

Por fim, agradeço à Mayla e à Hana por todo o suporte e direcionamento na realização deste trabalho. Mayla, por meio do NEAN, você me ajudou a enxergar uma luz no fim do túnel e me apresentou a uma área que hoje aquece meu coração. Obrigada por ter me mostrado novos caminhos, por acreditar em mim e por me apoiar de forma tão acolhedora em todo esse processo. Se cheguei até aqui, foi com a sua ajuda.

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) envolve dificuldades na comunicação, interação social e comportamento, frequentemente acompanhadas por desafios alimentares, especialmente seletividade, que podem impactar na dinâmica familiar. As práticas parentais podem influenciar a aceitação alimentar, ao mesmo tempo em que os comportamentos alimentares apresentados por indivíduos com TEA podem modificar as estratégias adotadas pelos cuidadores. **Objetivo:** Avaliar a associação entre os estilos parentais adotados pelos pais e a seletividade alimentar de crianças e adolescentes com TEA. **Método:** Estudo transversal, com amostra não probabilística, composto por pais de crianças e adolescentes com TEA, com idades entre dois e 19 anos, conduzido entre fevereiro e novembro de 2025, por meio de questionário online contendo informações sociodemográficas, clínicas, comportamento alimentar de crianças e adolescentes com TEA (Escala LABIRINTO) e estilos parentais de seus pais/responsáveis (Questionário de Estilos e Dimensões Parentais- QEDP). Utilizou-se estatística descritiva, além do teste de Spearman, para investigar as correlações entre seletividade alimentar e os estilos parentais. Ademais, foram realizadas regressões lineares simples e múltiplas para avaliar essas associações controlando por variáveis demográficas e clínicas. Considerou-se nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 82 crianças e adolescentes com TEA, cujos pais participaram do estudo, com predominância do sexo masculino (81,7%). A média de idade foi de $5,64 \pm 1,68$ anos entre as crianças e de $13,6 \pm 2,71$ anos entre os adolescentes, com diagnóstico realizado, em média, aos $2,93 \pm 1,46$ anos (crianças) e $7,92 \pm 4,02$ anos (adolescentes). O comportamento alimentar mostrou-se heterogêneo, com maior ocorrência de seletividade ($14,84 \pm 11,09$ pontos). Entre os pais, predominou o estilo parental democrático. Não houve associação significativa entre seletividade alimentar e estilos parentais. Variáveis sociodemográficas e clínicas também não se associaram ao desfecho. **Conclusão:** A seletividade alimentar foi o comportamento mais prevalente e não se associou aos estilos parentais, sugerindo que outros fatores característicos do TEA podem exercer influência nesta dinâmica. Reforça-se a importância de intervenções multidisciplinares e da realização de estudos com amostras maiores e mais representativas.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Comportamento alimentar; Seletividade alimentar; Estilos parentais; Interação familiar; Criança

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by impairments in communication, social interaction, and behavior, often accompanied by feeding challenges, particularly food selectivity, which may impact family dynamics. Parenting practices can influence food acceptance, while feeding behaviors exhibited by individuals with ASD may also modify caregivers' strategies, indicating a bidirectional relationship. **Objective:** To evaluate the association between parenting styles adopted by parents and food selectivity in children and adolescents with ASD. **Method:** A cross-sectional study with a non-probabilistic sample composed of parents of children and adolescents with ASD aged between 2 and 19 years. Data were collected between February and November 2025 through an online questionnaire including sociodemographic and clinical information, feeding behavior of children and adolescents with ASD (LABIRINTO Scale), and parenting styles (Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – PSDQ). Descriptive statistics were applied, as well as Spearman's correlation to investigate associations between food selectivity and parenting styles. Simple and multiple linear regression analyses were also conducted, controlling for demographic and clinical variables. A significance level of $p < 0.05$ was adopted. **Results:** The sample consisted of 82 children and adolescents with ASD, whose parents participated in the study, with a predominance of males (81.7%). The mean age was 5.64 ± 1.68 years among children and 13.6 ± 2.71 years among adolescents. The mean age at diagnosis was 2.93 ± 1.46 years for children and 7.92 ± 4.02 years for adolescents. Feeding behavior was heterogeneous, with a higher prevalence of food selectivity (14.84 ± 11.09 points). The authoritative parenting style was predominant among parents. No significant association was found between food selectivity and parenting styles. Sociodemographic and clinical variables were also not associated with the outcome. **Conclusion:** Food selectivity was the most prevalent feeding behavior and was not associated with parenting styles, suggesting that other ASD-related factors may exert greater influence on this dynamic. These findings reinforce the importance of multidisciplinary interventions and the need for studies with larger and more representative samples.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Eating behavior; Food selectivity; Parenting styles; Family interaction; Child.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fatores associados ao desenvolvimento do Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	26
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas, clínicas e de suporte da amostra de crianças e adolescentes com TEA, 2025.....	40
Tabela 2- Distribuição das dimensões de comportamentos alimentares da amostra de crianças e adolescentes com TEA, 2025	42
Tabela 3- Levantamento do grau de escolaridade da amostra de pais de crianças e adolescentes com TEA, 2025.....	43
Tabela 4- Distribuição dos estilos parentais da amostra de pais de crianças e adolescentes com TEA, 2025.....	44
Tabela 5- Associação entre seletividade alimentar e variáveis demográficas.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA Associação dos Amigos Autistas

CDC Centro de Controle e Prevenção de Doenças

DSM-V-TR Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, texto revisado

GABA Ácido gama-aminobutírico

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

TEA Transtorno do Espectro Autista

QEDP Questionário de Estilos e Dimensões Parentais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Autismo: Caracterização, Epidemiologia e Fatores Determinantes.....	18
3.1.1 Caracterização.....	18
3.1.2 Epidemiologia.....	19
3.1.3 Fatores Determinantes.....	20
3.1.3.1 Fatores Genéticos.....	20
3.1.3.2 Fatores Neurobiológicos e Neuroquímicos.....	22
3.1.3.3 Fatores Ambientais Pré-natais, Perinatais e Pós natais.....	24
3.1.3.4 Interação Gene-Ambiente.....	25
3.2 Comportamento Alimentar em Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	27
3.2.1 Caracterização do Comportamento Alimentar no TEA.....	27
3.2.2 Seletividade Alimentar no TEA.....	28
3.3 Estilos Parentais e sua Influência na Seletividade Alimentar de Crianças e Adolescentes com TEA.....	29
3.3.1 Caracterização dos Estilos Parentais e suas Implicações no Contexto Alimentar.....	30
4 MÉTODO.....	32

4.1	Delineamento e Desenho Amostral	32
4.2	Coleta de Dados	32
4.3	Variáveis de Estudo	33
4.3.1	Informações Sociodemográficas e Clínicas	33
4.3.2	Avaliação do Comportamento Alimentar	33
4.3.3	Medidas do Estilo Parental	35
4.4	Análise Estatística	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1	Características das Crianças e dos Adolescentes	38
5.2	Comportamento Alimentar	40
5.3	Características dos Pais	42
5.4	Estilos Parentais	43
5.5	Associação entre Seletividade Alimentar e Estilos Parentais	44
6	OUTRAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS	46
7	CONCLUSÃO	48
8	USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL	49
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE		66
Apêndice A.	Formulário de coleta de dados- Informações sociodemográficas	66
ANEXOS		69
Anexo A.	Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA	69

Anexo B. Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP).....	70
Anexo C. Escala de Fadiga de Chalder.....	72

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por manifestações atípicas nos interesses, interações sociais, habilidades de comunicação, desenvolvimento e no comportamento, com presença de padrões repetitivos e restritos. Sua etiologia é multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos e ambientais. O diagnóstico geralmente ocorre nos primeiros anos de vida, sobretudo até os três anos, com maior prevalência no sexo masculino (Brasil, 2021; Salari *et al.*, 2022).

Nos últimos anos, verificou-se um aumento significativo na prevalência global do TEA, associado às mudanças nos critérios diagnósticos, à ampliação das ferramentas de avaliação, à maior conscientização e ao fortalecimento das redes de apoio. e acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), nos Estados Unidos, estima-se que 1 em cada 31 crianças de oito anos apresenta diagnóstico de autismo, o que corresponde a aproximadamente 2,8% dessa população (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2025). No Brasil, dados preliminares do Censo Demográfico de 2022, conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam que cerca de 2,4 milhões de pessoas vivem com diagnóstico de TEA, correspondendo a aproximadamente 1,2% da população brasileira. Especificamente na faixa etária de 5 a 9 anos, considerada uma das de maior prevalência, estima-se um percentual de 2,6%, valor próximo ao observado na população infantil norte-americana (Siqueira, 2025).

Além das manifestações atípicas do transtorno, comportamentos alimentares desafiadores são frequentemente observados em crianças e adolescentes com TEA, sendo a seletividade alimentar a manifestação mais comum. Essa condição caracteriza-se pela recusa em ingerir alimentos que não se enquadram em seus padrões preferenciais, influenciada por fatores como textura, consistência, aparência, cor, sabor, temperatura, marca ou apresentação (ex.: embalagem). Tal seletividade pode levar a dietas restritas e nutricionalmente inadequadas, impactando negativamente o crescimento e o desenvolvimento infantil (Reche-Olmedo *et al.*, 2021).

Nesse contexto, destaca-se o papel das práticas parentais, expressas pelos diferentes estilos que os pais utilizam para educar, cuidar e se relacionar com os filhos, especialmente no cenário alimentar. O corpo de evidências a respeito desse tema

aponta que, no TEA, o momento das refeições representa um dos principais desafios da rotina familiar, podendo gerar tensão, frustração e dificuldades de manejo diante das especificidades alimentares apresentadas por crianças e adolescentes. Os estilos parentais, tradicionalmente classificados como autoritário, autoritativo, permissivo e negligente, definem o clima emocional do ambiente familiar e as estratégias adotadas pelos cuidadores durante as refeições (Dantas e Silva, 2019; Esposito *et al.*, 2023). O estilo autoritário, marcado por alto controle e baixo afeto, envolve práticas rígidas, com pouca flexibilidade e diálogo. Já o estilo autoritativo combina firmeza na definição de limites com afeto, sensibilidade e envolvimento parental. O estilo permissivo caracteriza-se por alto afeto associado a baixo controle, com elevada tolerância às escolhas da criança e pouca exigência de regras, enquanto o estilo negligente apresenta baixos níveis tanto de afeto quanto de controle, refletindo cuidadores pouco responsivos e com reduzido envolvimento na rotina alimentar dos filhos (Howenstein *et al.*, 2015).

Esses estilos influenciam diretamente a aceitação ou recusa alimentar, os padrões alimentares e a qualidade da relação pais-filhos, por meio das práticas de controle, afeto e responsividade no ambiente das refeições (Dantas e Silva, 2019; Esposito *et al.*, 2023). Ao mesmo tempo, os próprios comportamentos alimentares das crianças e adolescentes, como seletividade, recusa ou resistência às refeições, também podem influenciar as respostas parentais, levando os cuidadores a ajustar, reforçar ou modificar suas práticas. Dessa forma, estabelece-se uma relação bidirecional, na qual o estilo parental influencia o comportamento alimentar infantil e, simultaneamente, os comportamentos alimentares da criança interferem na forma como os pais conduzem e organizam o contexto alimentar (Portes *et al.*, 2020).

Embora os avanços nas pesquisas sobre práticas parentais e comportamento alimentar seletivo sejam evidentes, persiste uma lacuna analítica na literatura quanto à investigação da relação direta entre estilos parentais e seletividade alimentar, especialmente no contexto do TEA. A maior parte dos estudos disponíveis concentra-se na avaliação do estresse parental e da redução da qualidade de vida decorrente da sobrecarga familiar (Buchwald *et al.*, 2025; Suen *et al.*, 2022; Faro *et al.*, 2019; Ilias *et al.*, 2018), havendo escassez de investigações que analisem como diferentes estilos parentais se associam a aspectos específicos do comportamento alimentar infantil, como a seletividade alimentar. Nesse sentido, o presente estudo busca contribuir para o preenchimento dessa lacuna, contribuindo para o avanço do

conhecimento e para a formulação de estratégias de apoio mais eficazes às famílias de crianças e adolescentes com TEA.

Diante desse panorama, compreender a interação entre estilos parentais e seletividade alimentar em crianças e adolescentes com TEA torna-se relevante, na medida em que esse entendimento pode contribuir para o aprofundamento das evidências científicas e para a reflexão sobre implicações práticas, além de subsidiar a elaboração de estratégias de intervenção voltadas à promoção de padrões alimentares mais saudáveis, de ambientes de refeição mais equilibrados e da melhoria da qualidade de vida tanto dos indivíduos autistas quanto de seus familiares. Nesse contexto, o presente estudo parte da hipótese de que estilos parentais caracterizados por menor responsividade possam estar associados a escores mais elevados de seletividade alimentar no TEA.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a associação entre os estilos parentais adotados pelos pais e a seletividade alimentar de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das crianças, adolescentes e de seus cuidadores diretos (pai ou mãe);
- Descrever os escores de seletividade alimentar das crianças e adolescentes com TEA;
- Identificar e classificar os estilos parentais predominantes entre os pais no contexto alimentar;
- Analisar a associação entre os estilos parentais apresentados pelos pais e os escores de seletividade alimentar de crianças e adolescentes com TEA.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Autismo: Caracterização, Epidemiologia e Fatores Determinantes

3.1.1 Caracterização

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, texto revisado (DSM-V-TR), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por dificuldades persistentes na comunicação e na interação social, manifestadas em múltiplos contextos, além da presença de padrões restritos e/ou repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades (*American Psychiatric Association, 2022*).

Entre os sinais que podem manifestar-se desde o início da infância estão déficits motores, atrasos intelectuais e/ou de linguagem, hiperatividade, isolamento social, comportamentos desafiadores, além de seletividade alimentar e sensorial, os quais acarretam repercussões significativas e heterogêneas no desenvolvimento da criança e/ou do adolescente, com impactos que podem perdurar ao longo da vida (*Hossain et al., 2020; American Psychiatric Association, 2022*).

Além dos sintomas centrais, o TEA frequentemente apresenta-se de forma complexa e multifacetada, podendo coexistir com comorbidades psiquiátricas e neurológicas, como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), transtornos de ansiedade, depressão e epilepsia. Ademais, outras características como distúrbios do sono e gastrointestinais também podem ser identificados, intensificando a complexidade do manejo clínico (*Lord et al., 2020; Mari-Bauset et al., 2014*).

O termo espectro refere-se aos níveis e dimensões de variabilidade na expressão dos sintomas do autismo, influenciada tanto pela gravidade da condição quanto pelo ambiente em que o indivíduo está inserido. Dessa forma, o DSM-V-TR estabelece três níveis de suporte, sendo o nível 1, correspondente a indivíduos que necessitam de suporte; o nível 2, para aqueles que requerem suporte substancial; e o nível 3, destinado a pessoas que demandam suporte muito substancial. Essa classificação possibilita um planejamento de cuidado mais integrado e individualizado, considerando as demandas específicas de cada pessoa (*American Psychiatric Association, 2022*).

3.1.2 Epidemiologia

Estimativas globais apontam que 1 em cada 100 crianças apresenta o TEA (*World Health Organization; Zeidan, Fombonne e Scolah, 2022*). A prevalência é significativamente maior em meninos do que em meninas, com proporções variando de 2:1 a 5:1, sendo a média estimada em 4:1 entre os sexos (*Lord et al., 2020*).

A diferença entre os sexos quanto à prevalência do TEA pode ser explicada por uma combinação de fatores biológicos, genéticos, epigenéticos e comportamentais, que interagem de maneira complexa. Dentre esses aspectos, destaca-se a influência dos cromossomos sexuais e dos mecanismos de expressão gênica, visto que estudos sugerem que o gene localizado no cromossomo X pode exercer um efeito protetor nas mulheres, conferindo-lhes maior resiliência frente a mutações associadas ao transtorno. Por outro lado, os homens, por possuírem apenas uma cópia desse cromossomo, mostram-se mais suscetíveis a alterações genéticas relacionadas ao risco do TEA (*Lai et al., 2015*). Além disso, as manifestações clínicas e sintomatológicas do transtorno tendem a se apresentar de forma mais sutil em meninas (*Lai et al., 2017; Bargiela, Steward e Mandy, 2016*), o que se relaciona ao fenômeno conhecido como “camuflagem”, caracterizado pela maior propensão das mulheres a mascararem ou compensarem seus déficits sociais por meio de estratégias aprendidas de comunicação e comportamento. Tal capacidade adaptativa, embora funcional em certos contextos, pode atrasar o reconhecimento clínico e contribuir para diagnósticos menos oportunos nessa população (*Hodges, Fealko e Soares, 2020; Lai et al., 2017*).

O aumento significativo na prevalência e no diagnóstico do TEA observado nas últimas décadas pode ser atribuído à maior conscientização pública, às mudanças nas classificações diagnósticas e aos avanços nos métodos de triagem e identificação precoce da condição (*Zeidan, Fombonne e Scolah, 2022*). No Brasil, embora ainda haja escassez de estudos epidemiológicos que possibilitem estimativas nacionais precisas, pesquisas anteriores apontavam uma prevalência de aproximadamente 27,2 casos para cada 10.000 habitantes (*Elsabbagh et al., 2012*). Entretanto, a inclusão de uma pergunta específica sobre o diagnóstico de autismo no Censo Demográfico de 2022, por meio do “Questionário da Amostra” (Brasil, 2019), trouxe novos parâmetros de estimativa, revelando que cerca de 2,4 milhões de pessoas possuem diagnóstico de TEA no país. Esse dado evidencia um crescimento expressivo nos registros ao

longo dos últimos anos, refletindo tanto melhorias nos processos de identificação e notificação quanto maior visibilidade social da condição (Siqueira, 2025).

3.1.3 Fatores Determinantes

O TEA apresenta alta herdabilidade e origem multifatorial, resultante da interação entre alterações genéticas, neurológicas e fatores ambientais que, em conjunto, moldam diferentes expressões clínicas e níveis de suporte necessários (Botelho, Silva e Borbely, 2024). A compreensão desses determinantes torna-se fundamental para ampliar o entendimento acerca da complexidade etiológica do transtorno e contribuir para estratégias diagnósticas e terapêuticas mais personalizadas.

3.1.3.1 Fatores Genéticos

A base genética do TEA é amplamente heterogênea, sendo considerada o principal determinante biológico da condição. Essa heterogeneidade explica a diversidade de manifestações observadas, em que alguns indivíduos apresentam quadros leves, enquanto outros manifestam sintomas mais graves e incapacitantes. Estudos de meta-análise realizados com gêmeos nos Estados Unidos evidenciam uma herdabilidade variando entre 64% e 91%, confirmando a expressiva contribuição genética para o desenvolvimento do transtorno (Tick *et al.*, 2016).

Além da alta herdabilidade, pesquisas recentes têm identificado alterações estruturais e funcionais em diferentes genes, incluindo aneuploidias, variações no número de cópias, inserções, deleções e variações de nucleotídeos únicos, capazes de afetar mecanismos essenciais do neurodesenvolvimento e da comunicação neuronal (Bellantonio *et al.*, 2024). Quando associadas a fatores epigenéticos e ambientais, essas mutações amplificam a vulnerabilidade genética, reforçando que o TEA não resulta de uma única causa, mas sim de um conjunto complexo de interações biológicas e contextuais.

Inicialmente, estudos identificaram cerca de 102 genes associados ao autismo, sendo as variantes raras, herdadas e de ocorrência “de novo”, isto é, aquelas que surgem de forma espontânea e não são herdadas dos pais, os principais contribuintes para o desenvolvimento do transtorno (Satterstrom *et al.*, 2020). Com os avanços do sequenciamento de exoma em larga escala, envolvendo mais de 35 mil indivíduos, dos quais cerca de 12 mil com TEA, já foram descritos 134 genes relacionados, sendo

53 diretamente implicados no transtorno. Entre eles, destacam-se CHD8, SCN2A, GRIN2B, NRXN1, SYNGAP1, PTEN, CNTNAP2 e SHANK3 (Trost *et al.*, 2022), todos com papéis cruciais no desenvolvimento cerebral, na conectividade cortical e na função neurotransmissora (Hodges; Fealko; Soares, 2020).

De modo particular, o gene SHANK3 tem recebido destaque por suas deleções na região terminal 22q13, bem como mutações por inserção de nucleotídeos e translocações cromossômicas, que levam à haploinsuficiência, resultando em produção reduzida ou disfuncional da proteína SHANK3, essencial à organização das estruturas sinápticas. Tais alterações ocasionam atrasos no desenvolvimento, prejuízos de linguagem, fala e comunicação social, características frequentemente associadas ao TEA (Durand; Pardo e Eberhart, 2007).

Mutações semelhantes de perda de função também foram identificadas nos genes CHD8, GRIN2B e SCN2A (Cotney *et al.*, 2015), associadas a déficit intelectual, atrasos na fala e no desenvolvimento motor. O gene CHD8, em especial, tem sido correlacionado a um subtipo fenotípico específico do TEA, caracterizado por macrocefalia, distúrbios do sono e alterações gastrointestinais (Weissberg e Elliott, 2021; Mitchel *et al.*, 2022). A macrocefalia, por sua vez, também é observada em indivíduos com mutações “de novo” ou herdadas no gene PTEN (Zhou e Parada, 2012).

Quanto ao gene NRXN1, Cooper e colaboradores (2024) destacam seu papel essencial na diferenciação sináptica e na atividade funcional do sistema nervoso central. Deleções e mutações pontuais nesse gene estão associadas a deficiência intelectual, atrasos de fala e de aprendizagem, déficits motores e comportamentos característicos do espectro autista. Achados semelhantes foram descritos para o gene SYNGAP1, no qual mutações “de novo” se relacionam à epilepsia e déficits de neurodesenvolvimento (Birtele *et al.*, 2023).

Por fim, o gene CNTNAP2 também tem sido amplamente estudado por seu papel na interação neurônio-glia e na organização dos canais de potássio em axônios mielinizados. Mutações recessivas nesse gene resultam em anormalidades na migração cortical, redução de interneurônios GABAérgicos e disfunções de conectividade neural, manifestando-se clinicamente como regressão de linguagem, déficits sociais e comportamentos repetitivos, traços típicos do espectro autista (Peñagarikano *et al.*, 2011).

Em síntese, os genes mencionados anteriormente estão envolvidos em processos biológicos fundamentais para o desenvolvimento e funcionamento cerebral, como a regulação da expressão gênica, a comunicação neuronal e a modulação da atividade sináptica. Alterações em suas estruturas comprometem esses mecanismos, resultando em perturbações significativas do neurodesenvolvimento. Tais evidências reforçam a forte base genética associada à etiologia do TEA, consolidando-a como um dos eixos centrais de investigação na compreensão do transtorno (Trost *et al.*, 2022).

3.1.3.2 Fatores Neurobiológicos e Neuroquímicos

Os fatores neurobiológicos do autismo envolvem distúrbios na organização neuronal-cortical, bem como anormalidades morfológicas que comprometem o processamento de informações em diferentes estágios do sistema nervoso central. Esses comprometimentos abrangem desde a estruturação sináptica e dendrítica até a quantidade de neurônios e a conectividade entre as vias neurais, afetando diretamente o funcionamento das estruturas cerebrais. Como consequência, manifestam-se déficits de comunicação, interação social e comportamentos restritos e repetitivos, característicos do transtorno (Lamanna e Meldolesi, 2024; Wang *et al.*, 2023).

Nos últimos anos, diferentes abordagens têm sido aplicadas para identificar e mensurar as alterações cerebrais associadas ao TEA, incluindo estudos de neuroimagem, investigações neuropatológicas e análises clínicas baseadas na medição da circunferência craniana (Courchesne, 2004; Lord *et al.*, 2020; Bellantonio *et al.*, 2024). Uma das descobertas mais consistentes refere-se à presença de duas fases distintas de anormalidades no crescimento cerebral que antecedem o início clínico do transtorno. A primeira ocorre entre seis e 12 meses de idade, período em que se observa um crescimento anormal da superfície cortical (Bellantonio *et al.*, 2024). Já a segunda, entre dois e quatro anos, caracteriza-se por um crescimento excessivo de regiões específicas, como estruturas cerebelares e límbicas, responsáveis por funções cognitivas, sociais, emocionais e linguísticas. Esse crescimento acelerado é, posteriormente, seguido por uma desaceleração ou interrupção do desenvolvimento cerebral, o que compromete a formação de circuitos

neurais adequados e contribui para os comportamentos típicos do TEA (Courchesne, 2004; Pardo e Eberhart, 2007).

Estudos de neuroimagem confirmam esses achados, a partir da avaliação do aumento global no volume cerebral, especialmente relacionado ao aumento da substância branca subcortical no lobo frontal. Além disso, verificam-se padrões anormais de crescimento no córtex cerebral, na amígdala e nas formações hipocampais, com predominância de conexões intra-hemisféricas e córtico-corticais, um padrão frequentemente observado em indivíduos com TEA (Pardo e Eberhart, 2007).

Do ponto de vista neuroquímico, os distúrbios comportamentais e sociais característicos do TEA estão fortemente associados a alterações nos principais sistemas de neurotransmissores, que regulam a excitabilidade e a comunicação entre os neurônios. Entre os mecanismos mais estudados, destaca-se o desequilíbrio entre os sistemas excitatório e inibitório, resultante da redução da atividade GABAérgica (ácido gama-aminobutírico- GABA) e do aumento da sinalização glutamatérgica. Esse desbalanço compromete a modulação da excitabilidade neuronal e está relacionado a manifestações como hiperatividade, estereotípias motoras, hipersensibilidade sensorial, dificuldades de regulação emocional e prejuízos nas habilidades sociais (Wang *et al.*, 2023).

Alterações no sistema serotoninérgico, por sua vez, têm sido associadas a níveis elevados de serotonina e disfunções em seus transportadores, o que se reflete em comportamentos repetitivos, ansiedade, distúrbios do sono, dificuldades de aprendizagem e variações de humor, sintomas frequentemente descritos em indivíduos com TEA. Já no sistema dopaminérgico, anomalias nas vias relacionadas à cognição social, motivação e comportamento contribuem para a rigidez comportamental, os padrões restritos e as dificuldades de interação social. Embora menos investigado, o sistema colinérgico também parece desempenhar papel relevante, visto que alterações em receptores de acetilcolina têm sido associadas à inflexibilidade cognitiva, aos déficits de atenção e às dificuldades de interação social (Wang *et al.*, 2023).

Assim, os comportamentos estereotipados, os atrasos de linguagem e as dificuldades de interação social observados no TEA refletem uma integração complexa entre alterações neuroanatômicas, disfunções na conectividade cortical e desequilíbrios nos sistemas de neurotransmissores. Esses fatores, em conjunto,

comprometem a organização e o funcionamento dos circuitos neurais, o que explica a diversidade e a complexidade das manifestações clínicas do transtorno. Compreender tais mecanismos é essencial para o avanço de estratégias diagnósticas precoces e para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais eficazes, voltadas à promoção do desenvolvimento adaptativo e à melhoria da qualidade de vida das pessoas com TEA (Bellantonio *et al.*, 2024).

3.1.3.3 Fatores Ambientais Pré-natais, Perinatais e Pós natais

O período fetal é crucial para o desenvolvimento adequado do cérebro humano, caracterizado por intensa produção e diferenciação neuronal, bem como pela especialização funcional de distintas regiões cerebrais. O crescimento cerebral ocorre de forma acelerada durante a gestação e se mantém expressivo ao longo do primeiro ano de vida, sendo fortemente influenciado por fatores ambientais e exposições externas (Lautarescu *et al.*, 2019). Diante da complexidade genética e neurobiológica do TEA, bem como de sua heterogeneidade clínica, é relevante considerar que exposições ambientais nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal podem interagir com o substrato genético do indivíduo, potencializando possíveis anormalidades no neurodesenvolvimento e contribuindo para a manifestação de disfunções comportamentais típicas do transtorno (Pardo e Eberhart, 2007; Botelho, Silva e Borbely, 2024).

Entre os fatores ambientais associados à etiologia do TEA, destacam-se a idade parental avançada (Durkin *et al.*, 2008; Wu *et al.*, 2017), complicações durante o parto, como trauma, isquemia ou hipóxia (Modabbernia, Velthorst e Reichenberg, 2017), e do curto intervalo entre gestações (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez e Norton, 2016). Além disso, a exposição pré-natal a agentes ambientais, incluindo poluentes orgânicos e metais pesados, tem sido relacionada ao aumento do risco de TEA, uma vez que essas substâncias podem comprometer o neurodesenvolvimento desses indivíduos a partir de desregulações em processos críticos envolvidos na formação do sistema nervoso central (Lyall, Schmidt e Hertz-Picciotto, 2014; Botelho, Silva e Borbely, 2024).

O uso de algumas substâncias lícitas e ilícitas durante a gestação, como álcool e drogas, representam fatores de risco para o desenvolvimento do TEA, por meio do aumento do estresse oxidativo, alterações na expressão gênica e comprometimento da conectividade neural, predispondo à manifestação de padrões comportamentais e

cognitivos característicos do transtorno (Ornoy, Weinstein-Fudim e Arcaz, 2016; Botelho, Silva e Borbely, 2024). Embora determinados medicamentos, como ácido valpróico, talidomida, paracetamol e misoprostol, tenham sido associados ao autismo em estudos populacionais e experimentais (Christensen *et al.*, 2014; Dietert, Dietert e Dewitt, 2011), não há evidências robustas de causalidade entre seu uso durante a gravidez e distúrbios do neurodesenvolvimento em seres humanos. Esses efeitos, quando observados, são correlacionados temporalmente, mas os fatores de risco genéticos e epigenéticos apresentam validação mais consistente quanto à ocorrência do TEA (Ahlqvist *et al.*, 2024; Miller *et al.*, 2004).

Condições maternas, como diabetes mellitus gestacional, têm sido igualmente associadas ao risco de autismo. Estudos indicam que níveis elevados de glicose e resistência à insulina durante a gestação podem aumentar o estresse oxidativo e induzir alterações epigenéticas, impactando negativamente o desenvolvimento cerebral fetal e favorecendo dificuldades cognitivas e motoras observadas em crianças com TEA (Lord *et al.*, 2020; Ornoy, Weinstein-Fudim e Arcaz, 2016; Botelho, Silva e Borbely, 2024). De forma similar, a obesidade materna constitui um possível fator de risco, já que alterações nos perfis lipídicos, estado inflamatório crônico e disfunções nas vias de sinalização neural podem prejudicar o neurodesenvolvimento do feto (Zhang *et al.*, 2022; Botelho, Silva e Borbely, 2024).

Além desses fatores, outras condições vêm sendo analisadas, como parto cesáreo, autoimunidade, infecções maternas, disbiose, bem como a deficiência de alguns micronutrientes, como a vitamina D e o ácido fólico, que podem influenciar negativamente o desenvolvimento cerebral fetal e aumentar a vulnerabilidade para o TEA. No entanto, a compreensão detalhada desses mecanismos ainda está em construção (Ornoy, Weinstein-Fudim e Arcaz, 2016; Modabbernia, Velthorst e Reichenberg, 2017; Botelho, Silva e Borbely, 2024).

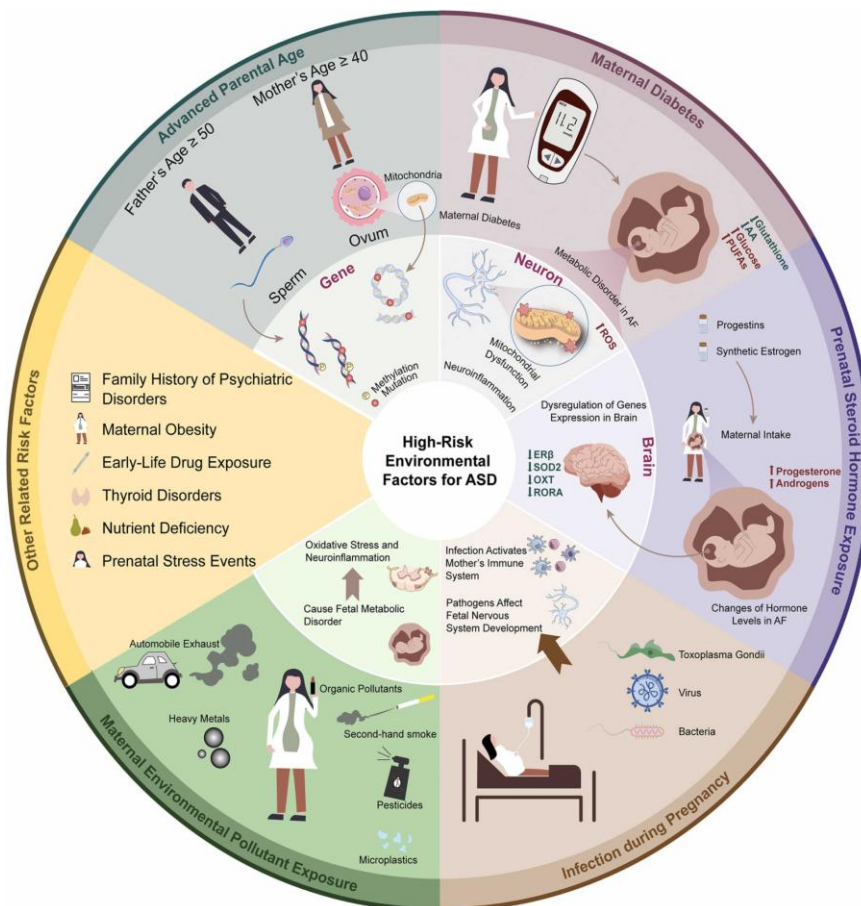
3.1.3.4 Interação Gene-Ambiente

A interação entre fatores genéticos, neurobiológicos, neuroquímicos e ambientais desempenha um papel central na complexidade etiológica do TEA (Figura 1). Alterações genéticas e epigenéticas mediadas por processos inflamatórios e estresse oxidativo, desregulações endócrinas, modificações nos sistemas de neurotransmissores, e as consequências advindas de fatores ambientais, contribuem

conjuntamente para a vulnerabilidade ao transtorno (Lord *et al.*, 2020; Modabbernia; Velthorst; Reichenberg, 2017).

Essas interações complexas impactam o desenvolvimento de habilidades sociais, comunicativas, motoras e comportamentais, frequentemente comprometidas em crianças com TEA, influenciando não apenas o diagnóstico e o manejo clínico, mas também aspectos cotidianos, como o comportamento alimentar. Dessa forma, compreender os fatores determinantes do TEA permite uma análise mais abrangente das especificidades do transtorno e do seu impacto na rotina familiar, fornecendo subsídios para o planejamento de intervenções e estratégias de apoio mais adequadas por parte de cuidadores, familiares e equipes multiprofissionais (Bellantonio *et al.*, 2024).

Figura 1- Fatores associados ao desenvolvimento do Transtorno do Espectro Autista (TEA)



Fonte: Wang *et al.*, 2025

Legenda: AA: aminoácido; AF: líquido amniótico; TEA: transtorno do espectro autista; ERβ: receptor de estrogênio β; OXT: oxitocina; PUFAs: ácidos graxos poli-insaturados; RORA: receptor órfão relacionado ao RAR A; ROS: espécies reativas de oxigênio; SOD2: superóxido dismutase 2.

3.2 Comportamento Alimentar em Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

3.2.1 Caracterização do Comportamento Alimentar no TEA

O comportamento alimentar é um processo biológico e comportamental que envolve ações e escolhas relacionadas à alimentação, desenvolvido principalmente nos primeiros anos de vida. Seu objetivo central é atender às necessidades de saúde e crescimento do indivíduo, servindo como base para a formação de padrões e hábitos alimentares ao longo da vida. Esse processo é influenciado por diversos fatores, como crenças, condições socioeconômicas, ambientes alimentares, atitudes e práticas culturais e familiares. Entre os elementos mais determinantes estão as escolhas alimentares maternas durante a gestação e a influência parental no momento das refeições, que desempenham um papel essencial na aceitação alimentar das crianças e dos adolescentes. As preferências alimentares começam a ser moldadas já na transição do leite materno para os alimentos sólidos, sendo a exposição repetida aos alimentos e um ambiente não coercitivo, fatores chave para a construção de padrões alimentares positivos (Savage, Fisher e Birch, 2007).

Durante esse processo de desenvolvimento, comportamentos alimentares atípicos, como preferências alimentares limitadas, comportamentos disruptivos na hora das refeições, seletividade alimentar e neofobia alimentar podem ser observados. Embora esses comportamentos também ocorram em crianças da população geral, sua prevalência é maior entre aquelas com Transtorno do Espectro Autista, estando presente em 58% a 67% (Rache-Olmedo *et al.*, 2021). Nessa população, tais comportamentos tendem a se manifestar de forma mais complexa, ampla e heterogênea, frequentemente associados tanto ao ambiente das refeições quanto a características específicas do neurodesenvolvimento (Baraskewich *et al.*, 2021; Nimbley *et al.*, 2022).

Estudos recentes apontam que ter uma condição do neurodesenvolvimento específica, tal como o autismo, pode elevar a probabilidade de ocorrência dos problemas alimentares (Morris *et al.*, 2017; Remnélius *et al.* 2021). Crianças e adolescentes com autismo, em sua maioria, apresentam inflexibilidade cognitiva e dificuldades no funcionamento cognitivo, social e/ou emocional, que podem se manifestar como regras e/ou critérios inflexíveis relacionados à comida e ao ato de

comer (Baraskewich *et al.*, 2021). Adicionalmente, Brede e colaboradores (2020) destacam a sensibilidade sensorial e a presença de padrões repetitivos, movidos pela necessidade de controle e previsibilidade, como fatores influenciáveis na apresentação de problemas comportamentais alimentares restritos nesses indivíduos.

3.2.2 Seletividade Alimentar no TEA

Dentre os problemas de comportamento alimentar observados durante as refeições de crianças e adolescentes com TEA, a seletividade alimentar é o mais frequentemente identificado, sendo influenciada por características comportamentais que interferem na aceitação ou recusa de determinados alimentos (Esposito *et al.*, 2023; Marí-Bauset *et al.*, 2014).

A seletividade alimentar caracteriza-se por preferências marcadas em relação à textura, consistência, aparência, temperatura, marca, embalagem ou modo de apresentação dos alimentos, refletindo a necessidade de previsibilidade, rotina e controle frequentemente observada em indivíduos com TEA (Ahumada *et al.*, 2022). Essa rigidez alimentar tende a restringir o repertório dietético, resultando em baixo consumo de frutas, vegetais, grãos integrais e fontes proteicas magras, alimentos comumente rejeitados em razão de sabores ou texturas intensas; dificuldades sensório-motoras e/ou desconfortos gastrointestinais associados, como constipação, diarreia, vômitos, dores abdominais e refluxo (Esposito *et al.*, 2023).

Adicionalmente, a seletividade alimentar e os comportamentos alimentares disruptivos observados em indivíduos com o transtorno podem comprometer o aporte adequado de macro e micronutrientes, favorecendo desequilíbrios nutricionais e repercussões fisiológicas diversas. Esses comprometimentos decorrem, principalmente, da ingestão calórica inadequada, tanto em excesso quanto em deficiência, da baixa variabilidade da dieta e das inadequações nutricionais. Como consequência, podem ocorrer desde queda da imunidade e prejuízos no crescimento até quadros mais graves, como desnutrição, sobrepeso, obesidade ou deficiências específicas (Marí-Bauset *et al.*, 2014).

Além disso, são frequentes comportamentos relacionados a rituais ou obsessões, como a exigência de horários, utensílios ou locais específicos para as refeições, bem como manifestações desadaptativas, como gritos, choros, irritabilidade, agressividade, fuga, angústia e dificuldades na mastigação e/ou

deglutição. Tais aspectos comprometem não apenas o estado nutricional, mas também a saúde física e o funcionamento psicossocial do indivíduo com TEA e de seus cuidadores (Esposito *et al.*, 2023).

A seletividade alimentar também está fortemente associada a alterações no processamento sensorial, como hipersensibilidade ou hipossensibilidade, sendo considerada uma expressão da resposta sensorial atípica e da rigidez comportamental características do TEA. Essa condição favorece restrições alimentares baseadas em estímulos relacionados à consistência, sabor, odor (tanto do alimento quanto do ambiente), aparência visual e temperatura, além de outros estímulos externos presentes no momento da refeição. De fato, crianças com sensibilidade sensorial elevada tendem a apresentar maior seletividade alimentar, devido a mecanismos neurobiológicos subjacentes (Chistol *et al.*, 2018; Esposito *et al.*, 2023).

Durante as refeições, é comum que crianças com TEA explorem os alimentos por meio de suas características organolépticas, processo que contribui para a familiarização e aceitação gradual. Esse reconhecimento é fortemente influenciado por fatores sociais, contextuais e emocionais, entre eles, as práticas parentais e a observação dos pares, que exercem papel fundamental na formação do vínculo com o alimento e com o ato de comer. Tais interações podem favorecer tanto o desenvolvimento de padrões alimentares saudáveis quanto o surgimento de comportamentos de recusa e rigidez. As práticas familiares, sobretudo as parentais, atuam como moduladores centrais da alimentação, podendo, mesmo que involuntariamente, reforçar comportamentos de aceitação ou seletividade, influenciando, a longo prazo, as preferências alimentares e a qualidade da alimentação desses indivíduos (Gonzaga, Castro e Corrêa, 2025; Esposito *et al.*, 2023; Remnélius *et al.*, 2021).

3.3 Estilos Parentais e sua Influência na Seletividade Alimentar de Crianças e Adolescentes com TEA

A presença de comportamentos alimentares disruptivos em crianças e adolescentes com TEA representa um desafio significativo para pais e familiares durante as refeições. As dificuldades relacionadas à limitação nas escolhas e à ingestão alimentar, somadas às dinâmicas de interação à mesa, podem gerar elevados níveis de estresse, levando os cuidadores a adotar diferentes estratégias sobre o que, como, onde e quando alimentar a criança. Tais estratégias podem

impactar diretamente as preferências alimentares, o grau de seletividade e a forma como o indivíduo se comporta e se comunica (Curtin *et al.*, 2015. Remnélius *et al.*, 2021).

As refeições familiares constituem um momento fundamental para o desenvolvimento do bem-estar infantil e para a formação de hábitos alimentares saudáveis. A postura dos pais diante da alimentação, seja ao limitar, permitir ou incentivar o acesso aos alimentos, influencia diretamente as escolhas, os padrões e os comportamentos alimentares das crianças, podendo promover tanto um desenvolvimento alimentar equilibrado quanto o agravamento de dificuldades, como a seletividade (Remnélius *et al.*, 2021). Assim, compreender a relação entre os estilos parentais e o comportamento alimentar de indivíduos com TEA é essencial para avaliar como essas interações moldam as preferências e os padrões alimentares desses indivíduos ao longo do tempo (Savage *et al.*, 2007).

3.3.1 Caracterização dos Estilos Parentais e suas Implicações no Contexto Alimentar

Os estilos parentais correspondem aos padrões de atitudes, comportamentos e estratégias adotadas pelos cuidadores na criação dos filhos, com o objetivo de orientar, disciplinar e apoiar seu desenvolvimento individual e social (Oliveira e Oliveira, 2020). Eles refletem diferentes níveis de responsividade, ou seja, a sensibilidade às necessidades e sinais da criança; e de exigência, relacionada ao controle e ao estabelecimento de regras e limites (Wang *et al.*, 2017).

A partir da combinação desses dois eixos, identificam-se quatro estilos parentais clássicos, sendo o autoritativo, o autoritário, o indulgente e o negligente (Baumrind, 1991; Maccoby e Martin, 1983 apud Dantas e Silva, 2019).

O estilo autoritativo, também denominado democrático, equilibra firmeza e afeto, unindo regras claras à escuta ativa e à valorização das opiniões da criança. Essa combinação de exigência e sensibilidade está amplamente associada a resultados positivos no desenvolvimento emocional e comportamental, além de favorecer hábitos alimentares variados e maior aceitação de alimentos (Savage *et al.*, 2007; Oliveira e Oliveira, 2020).

O estilo autoritário, por sua vez, caracteriza-se por alto controle e baixa responsividade, com uso de coerção, punições e imposição de limites rígidos sobre o que, quando e quanto a criança deve comer. Essa abordagem tende a restringir a

autonomia infantil e pode intensificar comportamentos seletivos durante as refeições (Savage *et al.*, 2007; Oliveira e Oliveira, 2020).

Já o estilo indulgente, de alta responsividade e baixa exigência, envolve estímulo e encorajamento, mas pouca imposição de limites. Embora promova um ambiente afetuoso, pode resultar em padrões alimentares guiados por preferências imediatas, menor qualidade da dieta e maior risco de excesso de peso (Savage *et al.*, 2007; Oliveira e Oliveira, 2020).

Por fim, o estilo negligente, caracterizado por baixos níveis de exigência e responsividade, reflete distanciamento afetivo, ausência de supervisão e falta de estrutura. Essa postura tende a perpetuar padrões restritivos e seletivos, uma vez que a criança passa a conduzir sozinha suas escolhas alimentares, sem orientação adequada (Savage *et al.*, 2007; Oliveira e Oliveira, 2020).

De modo geral, a maneira como os pais regulam, ofertam e interagem com a alimentação dos filhos, por meio de atitudes como restrição, pressão para comer, monitoramento ou negligência, exerce influência direta sobre o comportamento alimentar, podendo favorecer tanto a formação de hábitos saudáveis quanto o grau de seletividade e recusa de alimentos. Abordagens coercitivas ou punitivas tendem a intensificar a resistência e o desconforto durante as refeições, enquanto estratégias baseadas em apoio, diálogo e exposição gradual aos alimentos promovem maior autonomia e aceitação alimentar (Oliveira e Oliveira, 2020; Esposito *et al.*, 2023).

Assim, os estilos parentais desempenham papel determinante no comportamento alimentar seletivo de crianças e adolescentes com TEA, modulando não apenas a aceitação e a recusa de alimentos, mas também o bem-estar emocional dos cuidadores envolvidos nesse processo. Nesse sentido, práticas parentais equilibradas, baseadas na combinação entre limites, sensibilidade e consistência, mostram-se essenciais para favorecer experiências alimentares mais positivas e minimizar os impactos da seletividade ao longo do desenvolvimento (Esposito *et al.*, 2023).

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento e Desenho Amostral

O presente estudo apresenta delineamento transversal, de caráter descritivo-analítico, e foi conduzido com cuidadores diretos (pai ou mãe) de crianças e adolescentes, com idades entre dois e 19 anos, diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), sob o CAAE nº 81645424.0.0000.5150.

Foram incluídos pais ou mães de crianças e adolescentes com idade entre dois e 19 anos, com diagnóstico médico confirmado de Transtorno do Espectro Autista (TEA), conforme os critérios do DSM-V-TR, que consentiram formalmente com a participação no estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos participantes cujas crianças não realizavam alimentação por via oral, bem como aqueles cujos formulários não foram preenchidos integralmente.

Inicialmente, a amostra contou com famílias vinculadas à Associação de Amigos do Autista (AMA) de Muriaé, mediante anuência institucional. Para ampliar a amostra, utilizou-se a técnica de amostragem em bola de neve, em que os respondentes iniciais indicaram novos participantes. Além disso, a pesquisa foi divulgada em redes sociais, grupos de apoio a familiares de pessoas com TEA, instituições especializadas, escolas inclusivas e canais institucionais da universidade. Dessa forma, a amostra foi caracterizada como não probabilística e intencional.

Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, os possíveis riscos envolvidos e a garantia de que poderiam desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

4.2 Coleta de Dados

A coleta ocorreu entre fevereiro e novembro de 2025. Os dados foram coletados por meio de questionário online (Google Forms), elaborado pelos pesquisadores a partir da adaptação de instrumentos previamente validados, totalizando 82 questões distribuídas em quatro blocos:

- Informações sociodemográficas e clínicas (dados da criança/adolescente e do pai/mãe) (Apêndice A);

- Comportamento alimentar, avaliado pela “Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA- versão reduzida” (Lázaro, Siquara e Pondé, 2019) (Anexo A);
- Estilos parentais, mensurados pelo “Questionário de Estilos e Dimensões Parentais- QEDP (Versão Reduzida)” (Miguel, Valentim e Carugati, 2010) (Anexo B);
- Fadiga física e mental, avaliada pela “Escala de Fadiga Chalder”, validada para o Brasil (Anexo C).

Para o presente estudo, apenas as variáveis referentes às informações sociodemográficas, clínicas, comportamento alimentar e estilos parentais foram utilizadas.

4.3 Variáveis de Estudo

4.3.1 Informações Sociodemográficas e Clínicas

As informações sociodemográficas e clínicas foram organizadas em duas seções. A primeira contemplou dados referentes às crianças e adolescentes, incluindo dados sociodemográficos, como: data de nascimento, idade atual, tipo de parto, medidas antropométricas, sexo biológico, raça, nível de escolaridade; e clínicas, como: classificação médica do Transtorno do Espectro Autista (TEA), idade ao diagnóstico, tratamentos multidisciplinares em andamento, uso de medicamentos, tempo médio e padrões de sono. Para esta última variável, utilizou-se uma adaptação do “Breve Questionário do Sono Infantil – Revisado”, versão traduzida para o português (Sadeh, Mindell e Tikotzky, 2020), incorporada ao questionário elaborado pelas autoras.

A segunda seção foi direcionada aos pais, incluindo: data de nascimento, idade atual, sexo biológico, raça, estado civil, grau de escolaridade, profissão exercida e intervalo de sono.

Todas as informações foram autorrelatadas de forma anônima pelos mesmos.

4.3.2 Avaliação do Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar foi avaliado pela “Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA”, versão reduzida, validada para o contexto brasileiro (Lázaro, Siquara e Pondé, 2019). O instrumento foi desenvolvido no

contexto de pesquisas voltadas à investigação das dificuldades alimentares frequentemente observadas em indivíduos com TEA, tendo sido elaborado com o objetivo de construir e validar uma medida específica capaz de avaliar, de forma sistematizada, alterações no comportamento alimentar nessa população. A criação da escala partiu da necessidade de instrumentos padronizados que possibilitassem mensurar aspectos frequentemente relatados por pais e cuidadores, como seletividade alimentar, rigidez comportamental, dificuldades motoras orais e comportamentos inadequados durante as refeições. Durante o processo de validação, os itens foram submetidos a análises de conteúdo e análise fatorial, resultando em uma estrutura com adequada consistência interna ($\alpha = 0,867$), o que demonstra confiabilidade para a avaliação do construto de comportamento alimentar em indivíduos com TEA.

O instrumento possui 26 itens, os quais foram organizados em sete dimensões (fatores): Motricidade na Mastigação (Q1-Q4); Seletividade Alimentar (Q5-Q7); Habilidades nas Refeições (Q8-Q12); Comportamento Inadequado Relacionado às Refeições (Q13-Q14); Comportamentos Rígidos Relacionados à Alimentação (Q15-Q20); Comportamento Opositor Relacionado à Alimentação (Q21-Q23); e Alergias e Intolerância Alimentares (Q24-Q26). As respostas foram classificadas em escala do tipo Likert de 0 a 4 pontos, com as opções: “não”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”. Como cada dimensão possui número distinto de itens, as pontuações foram convertidas para uma escala percentual de 0 a 100, por meio da expressão $(S/T) \times 100$, em que S corresponde à soma da pontuação obtida no fator e T ao valor máximo possível. Essa padronização permitiu comparação proporcional entre os domínios da escala.

Para fins de análise estatística, e com o objetivo de investigar de forma específica o comportamento alimentar seletivo, a dimensão “Seletividade Alimentar” foi operacionalizada como um escore contínuo bruto, obtido por meio da soma das pontuações de todos os itens que compõem esse fator. O escore final foi calculado pela soma direta das respostas, sendo que maiores valores indicam maior seletividade alimentar. Esse indicador contínuo foi utilizado nas análises de correlação, regressões e testes comparativos conduzidos ao longo do estudo.

4.3.3 Medidas do Estilo Parental

O estilo parental foi avaliado pelo “Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) – Versão Reduzida”, adaptado para o português (Miguel, Valentim e Carugati, 2010). O instrumento corresponde à adaptação do “Parenting Styles and Dimensions Questionnaire- Short Form”, originalmente desenvolvido por Robinson e colaboradores (2001), amplamente utilizado em pesquisas internacionais para avaliar práticas educativas parentais. O objetivo do instrumento é mensurar, a partir da percepção dos pais ou cuidadores, a frequência de comportamentos associados aos estilos parentais no contexto da interação com os filhos. A versão adaptada para a língua portuguesa apresentou estrutura semelhante à original, com organização multidimensional e hierárquica, diferenciando os estilos parentais democrático, autoritário e permissivo, bem como suas respectivas dimensões comportamentais. Estudos de validação indicaram bom ajuste do modelo teórico e níveis satisfatórios de consistência interna, demonstrando adequação do instrumento para avaliação dos estilos parentais em pesquisas com pais e mães de crianças em idade escolar.

O instrumento possui 32 itens que contemplam dimensões específicas do comportamento parental, tais como apoio, regulação, autonomia, hostilidade, coerção física e indulgência. A partir dessas dimensões, o QEDP operacionaliza os estilos parentais em três categorias, sendo o democrático, o autoritário e o permissivo-indulgente, diferentemente de parte da literatura que distingue quatro estilos, uma vez que o instrumento não avalia separadamente o estilo negligente. As respostas seguiram uma escala de frequência de cinco pontos, de “nunca” (1 ponto) a “sempre” (5 pontos).

Conforme orientações do Manual do QEDP (De Paula e Oliveira, 2017), o estilo predominante de cada participante foi definido como aquele que apresentou o maior escore entre os três estilos, possibilitando a caracterização descritiva do perfil parental da amostra. Para a análise estatística, foram calculados escores contínuos para cada estilo parental a partir da média aritmética dos itens pertencentes às respectivas dimensões. Como cada item varia de 1 a 5 pontos, o escore máximo teórico para cada estilo parental também é de 5 pontos, indicando maior frequência de comportamentos característicos daquele estilo. Assim, por exemplo, o estilo democrático foi obtido a partir da média das dimensões apoio, regulação e autonomia,

seguindo-se o mesmo procedimento para os estilos autoritário e permissivo-indulgente.

4.4 Análise Estatística

Os dados obtidos por meio do preenchimento detalhado do questionário foram organizados e tratados no Excel®, e posteriormente submetidos à análise estatística nos softwares JAMOVI (versão 2.6.44) e Stata® (versão 14.0).

Para as informações sociodemográficas, as variáveis contínuas, como idade dos participantes e idade ao diagnóstico do transtorno, foram apresentadas por meio de medidas de tendência central e dispersão, incluindo média, mediana, desvio-padrão, valores mínimos e máximos. As variáveis categóricas, como tipo de parto, sexo e raça dos participantes, nível de escolaridade dos cuidadores e classificação do nível de suporte das crianças e adolescentes com TEA, foram descritas em frequências absolutas (n) e relativas (%), evidenciando a distribuição das categorias na amostra.

No que se refere ao comportamento alimentar, foram calculados média e desvio-padrão dos sete fatores da Escala LABIRINTO, permitindo a descrição comparativa do perfil alimentar da amostra. O escore de seletividade alimentar, previamente definido como variável contínua na seção 4.3.2, foi utilizado nas análises inferenciais. Na análise dos estilos parentais, foram calculadas a média e o desvio-padrão dos escores dos estilos parentais, bem como a frequência e o percentual do estilo predominante, permitindo a caracterização quantitativa e categórica do perfil parental da amostra. Os escores das dimensões de cada estilo foram tratados como variáveis contínuas, enquanto o estilo predominante foi considerado uma variável categórica nominal.

Para investigar as correlações entre seletividade alimentar e os estilos parentais, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que as variáveis apresentaram distribuição não paramétrica. Além disso, foram construídos modelos de regressão linear simples para estimar a associação entre os escores de seletividade (variável dependente) e cada estilo parental (variáveis independentes). Em seguida, foram construídos modelos de regressão linear múltipla, controlados por variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, sexo e nível de suporte das crianças e adolescentes), com o objetivo de realizar análises exploratórias complementares. Para comparação dos escores entre grupos, conforme as características das

variáveis, foram utilizados o Teste t (para variáveis paramétricas) e o teste de Kruskal–Wallis (para variáveis não paramétricas). Todas as análises foram realizadas adotando nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características das Crianças e dos Adolescentes

Ao todo, 88 participantes aceitaram participar da pesquisa, dos quais 82 atenderam aos critérios de inclusão, sendo 50 crianças e 32 adolescentes. Os demais participantes ($n= 6$) foram excluídos por não se enquadrarem na faixa etária pré-estabelecida para o estudo (dois a 19 anos).

Observou-se predominância do sexo masculino (81,7%) em relação ao feminino (18,3%), padrão amplamente descrito em outros estudos com populações semelhantes, que registram maior frequência de meninos diagnosticados com TEA (Wang *et al.*, 2025; Siqueira, 2025; Moschetti *et al.*, 2024).

Quanto à autodeclaração de cor/raça, a maior parte dos participantes identificou-se como brancos (51,2%) e pardos (45,1%), enquanto negros (2,4%) e indígenas (1,2%) representaram menor proporção da amostra (Tabela 1). Evidências indicam que a distribuição da prevalência do TEA segundo cor/raça pode variar conforme a região geográfica analisada (Zeidan *et al.*, 2022). De acordo com o Censo Demográfico Brasileiro de 2022, observou-se maior proporção de pessoas com diagnóstico de autismo entre indivíduos autodeclarados brancos e menor entre indígenas (Siqueira, 2025), resultado consistente com o perfil encontrado no presente estudo. Entretanto, dados internacionais apontam que, em algumas regiões, a prevalência do diagnóstico apresenta distribuição semelhante entre diferentes grupos raciais ou até maior proporção entre indivíduos negros, possivelmente refletindo diferenças nos sistemas de saúde, acesso ao diagnóstico e contextos socioculturais (Christensen *et al.*, 2019; Maenner *et al.*, 2020).

Em relação ao nível de suporte necessário, houve maior concentração no nível 1 (51,2%) (Tabela 1).

A média de idade das crianças (0 a 9 anos, segundo a OMS, [s.d.]) foi de $5,64 \pm 1,68$ anos, e para os adolescentes (10 a 19 anos, segundo a OMS, [s.d.]) foi de $13,6 \pm 2,71$ anos. Esses valores se assemelham aos grupos etários de maior prevalência registrados no Censo Demográfico Brasileiro de 2022, que identificou maiores taxas entre crianças de 5 a 9 anos e adolescentes de 10 a 14 anos (Siqueira, 2025).

Quanto à idade ao diagnóstico, observou-se média de $2,93 \pm 1,46$ anos entre as crianças e de $7,72 \pm 4,02$ anos entre os adolescentes, indicando que, em grande parte dos casos, a identificação do transtorno ocorreu na primeira infância,

especialmente entre os participantes mais jovens. Essa diferença entre os grupos etários pode refletir mudanças ocorridas ao longo do tempo nos processos diagnósticos do TEA, incluindo maior conscientização social, aprimoramento dos critérios diagnósticos e ampliação das estratégias de rastreio precoce.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria, recomenda-se o rastreio universal específico para o TEA aos 18 meses, com repetição aos 24 meses, como parte da vigilância contínua do desenvolvimento infantil (Hyman *et al.*, 2020; Lipkin *et al.*, 2020). Na amostra analisada, 10,97% (n= 9) receberam o diagnóstico aos 18 meses e 18,29% (n= 15) aos 24 meses. Embora apenas uma parcela reduzida tenha sido identificada antes dos dois anos, esses casos ilustram a importância da detecção precoce, que amplia o acesso a intervenções especializadas e multiprofissionais, fundamentais para o desenvolvimento global e para o atendimento às necessidades específicas de crianças e adolescentes com TEA, considerando seus diferentes níveis de suporte (Taffola, Singer e Lorde, 2025).

A média de idade de diagnóstico mais tardia observada na amostra pode estar relacionada à maior prevalência de indivíduos classificados no nível de suporte 1, que tendem a apresentar manifestações mais sutis e de surgimento mais gradual quando comparados aos demais níveis (Da Silva, Augusto e De Souza, 2024). No presente estudo, 76,19% (n= 32) dos participantes classificados no nível de suporte 1 (n= 42) receberam o diagnóstico de TEA após os 24 meses, conforme evidências da literatura quanto à tendência de identificação mais tardia nesses casos.

Quanto ao tipo de parto, observou-se predominância de nascimento dos participantes por parto cesáreo (69,5%). No Brasil, dados indicam que as taxas de cesariana são elevadas e vêm se mantendo em patamares expressivos, com percentual nacional de 57,2% em 2020 (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022). Em âmbito mundial, em 2018, o percentual estimado foi de 21,1% (Betrán *et al.*, 2021), evidenciando que os valores observados no Brasil superam de forma considerável a média global. A elevada prevalência desse tipo de parto na amostra pode, portanto, ser compreendida à luz desse contexto nacional, marcado por fatores como preferências maternas, políticas e financiamento do setor de saúde, normas culturais, percepções e práticas profissionais, taxas de nascimentos prematuros e a qualidade da atenção obstétrica (OPAS; OMS, 2021).

Entretanto, considerando a natureza multifatorial do TEA, que envolve fatores natais e perinatais (Botelho, Silva e Borbely, 2024), a cesariana tem sido investigada

como um possível fator de risco para o diagnóstico subsequente da condição. Entre as hipóteses propostas, destacam-se: a desregulação da ocitocina, decorrente da ausência de estímulos uterinos durante o trabalho de parto, com possível repercussão no desenvolvimento neurológico do bebê; alterações no eixo microbiota–intestino–cérebro, associadas à aquisição diferenciada da microbiota intestinal em função da via de nascimento, podendo influenciar nos sintomas gastrointestinais característicos do TEA; e a neurotoxicidade relacionada ao uso de anestesia geral durante o procedimento (Al-Zalabani, Al-Jabree e Zeidan, 2019). Apesar dos resultados, evidências e associações, ainda se fazem necessários estudos mais consistentes para elucidar a existência de uma relação causal direta entre parto cesáreo e TEA.

Tabela 1- Características sociodemográficas, clínicas e de suporte da amostra de crianças e adolescentes com TEA, 2025

Variáveis	Média ± Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	N	% do Total
Idade- Crianças	5.64 ± 1.68	6.00	2.00	9.00	50	60.97%
Idade- Adolescentes	13.60 ± 2.71	13.00	10.00	19.00	32	39.03%
Idade do Diagnóstico do TEA- Crianças*	2.93 ± 1.46	2.96	1.00	7.00	50	60.97%
Idade do Diagnóstico do TEA- Adolescentes*	7.72 ± 4.02	7.50	0.920	15.00	32	39.03%
Nível de Suporte 1	-	-	-	-	42	51.2%
Nível de Suporte 2	-	-	-	-	26	31.7%
Nível de Suporte 3	-	-	-	-	14	17.1%

* TEA: Transtorno do Espectro Autista

Fonte: Autoria própria, 2025

5.2 Comportamento Alimentar

Observou-se heterogeneidade nos comportamentos alimentares da amostra, segundo a Escala LABIRINTO (Anexo A). Entre as sete dimensões avaliadas, a maior média de escores correspondeu à “Seletividade Alimentar” (14,84 ± 11,09 pontos), indicando a expressiva presença desse comportamento entre os participantes. Na

sequência, destacou-se “Comportamentos Opositores Relacionados à Alimentação” ($11,79 \pm 9,44$ pontos), sugerindo resistência ativa durante as refeições, como choro frequente e recusa alimentar (Tabela 2).

Lemes e colaboradores (2023), ao avaliarem 21 crianças e adolescentes com TEA na região de São Paulo, identificaram maiores alterações nas categorias seletividade alimentar (34,4%), aspectos comportamentais (27,1%) e motricidade na mastigação (21,9%). De modo semelhante, Rocha e colaboradores (2019), observaram alta prevalência de seletividade alimentar em 77,4% das 29 crianças e adolescentes com TEA avaliadas, sendo o sintoma caracterizado, principalmente, pela recusa de alimentos em função de suas propriedades sensoriais.

Posto isso, os achados deste estudo reforçam a expressiva presença de alterações no comportamento alimentar entre crianças e adolescentes com TEA, destacando a seletividade alimentar como principal característica, em consonância com a literatura. Tal padrão evidencia que, embora diferentes dimensões comportamentais possam coexistir, a seletividade tende a se manifestar de forma mais marcante e persistente, refletindo tanto as particularidades sensoriais e comportamentais típicas do espectro quanto às possíveis influências de fatores contextuais, como o ambiente alimentar e o envolvimento parental (Lemes *et al.*, 2023).

Tabela 2- Distribuição das dimensões de comportamentos alimentares da amostra de crianças e adolescentes com TEA, 2025

Variáveis	Média ± Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Motricidade na Mastigação	7.34 ± 5.59	6.25	0.00	25.00
Seletividade Alimentar	14.84 ± 11.09	16.67	0.00	33.30
Habilidades nas Refeições	6.15 ± 5.15	5.00	0.00	20.00
Comportamentos Rígidos relacionados à Alimentação	3.13 ± 7.23	0.00	0.00	31.30
Comportamento Inadequado relacionado às Refeições	5.12 ± 3.82	4.15	0.00	16.70
Comportamento Opositor relacionado à Alimentação	11.79 ± 9.44	11.11	0.00	33.30
Alergias e Intolerância Alimentar	4.37 ± 7.57	0.00	0.00	27.80

Fonte: Autoria própria, 2025.

5.3 Características dos Pais

Em relação aos cuidadores diretos, a amostra apresentou média de idade de 41,7 ± 7,42 anos, indicando predominância de adultos de meia-idade entre os participantes.

Em relação ao grau de escolaridade dos cuidadores, a Tabela 3 demonstra que 52,4% da amostra possui ensino superior completo. Esse dado é relevante, pois níveis mais elevados de escolaridade dos pais têm sido associados à maior reconhecimento precoce do transtorno, a melhores indicadores clínicos, como melhor desenvolvimento cognitivo, linguístico e comportamental adaptativo, além de uma melhor qualidade de vida, possivelmente devido à maior conscientização sobre o transtorno e maior busca por intervenções multidisciplinares (Liu *et al.*, 2025; John *et al.*, 2025).

No contexto do presente estudo, a predominância de cuidadores com ensino superior completo sugere que essas famílias podem estar mais bem informadas sobre

as necessidades das crianças e adolescentes com TEA, adotando práticas parentais mais eficazes e buscando suporte especializado quando necessário. Dessa forma, o nível educacional dos pais pode exercer influência direta sobre o manejo do transtorno, qualidade do cuidado e no desenvolvimento dos seus filhos (Liu *et al.*, 2025).

Tabela 3- Levantamento do grau de escolaridade da amostra de pais de crianças e adolescentes com TEA, 2025

Variáveis	N	% do Total
Ensino fundamental I incompleto	4	4.9%
Ensino médio completo	21	25.6%
Ensino médio incompleto	3	3.7%
Ensino superior completo	43	52.4%
Ensino superior incompleto	11	13.4%

Fonte: Autoria própria, 2025

5.4 Estilos Parentais

O estilo democrático apresentou os maiores escores, com média de $4,17 \pm 0,68$ pontos, indicando predominância desse perfil entre os cuidadores da amostra. Já os estilos permissivo-indulgente ($2,12 \pm 0,76$ pontos) e autoritário ($1,97 \pm 0,60$ pontos) apresentaram médias mais baixas, o que sugere menor presença ou menor intensidade dessas abordagens na população estudada (Tabela 4).

Esses achados, ainda que relevantes, contrastam com os resultados apresentados por Chen e colaboradores (2021), que, ao investigar a relação entre estilos parentais, práticas alimentares e ingestão alimentar de crianças em idade pré-escolar ($n= 166$), observaram uma distribuição mais equilibrada entre os perfis parentais: 34,3% de estilo democrático, 34,3% autoritário e 17,5% indulgente. Essa divergência pode estar associada a fatores culturais, contextuais e às características específicas das amostras investigadas.

Ainda que a predominância do estilo democrático observada no presente estudo possa refletir uma estratégia adaptativa positiva dos cuidadores, ao equilibrar afeto e limites e promover um ambiente mais acolhedor e estruturado (Oliveira e

Oliveira, 2020), esse contexto não é suficiente para eliminar os desafios alimentares característicos do TEA, particularmente a seletividade. Dessa forma, mesmo contribuindo para um ambiente mais favorável à ampliação do repertório alimentar, o estilo democrático não impede que a adaptação alimentar permaneça como um desafio adicional à parentalidade, especialmente diante de comportamentos externalizantes que podem surgir durante as refeições (Chiong *et al.*, 2024; Suvarna *et al.*, 2024).

Tabela 4- Distribuição dos estilos parentais da amostra de pais de crianças e adolescentes com TEA, 2025

Variáveis	Média ± Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Estilo Democrático	4.17 ± 0.68	4.37	2.20	5.00
Estilo Autoritário	1.97 ± 0.60	1.92	1.00	3.75
Estilo Permissivo-Indulgente	2.12 ± 0.76	2.00	1.00	3.60

Fonte: Autoria própria, 2025

5.5 Associação entre Seletividade Alimentar e Estilos Parentais

A análise inicial das correlações entre os escores de seletividade alimentar total e os três estilos parentais avaliados (democrático, autoritário e permissivo-indulgente) mostrou que nenhuma das correlações atingiu significância estatística ($p > 0,05$). Os coeficientes apresentaram magnitudes baixas (ρ entre 0,01 e 0,12), indicando ausência de relação linear monotônica entre seletividade alimentar e estilos parentais. Embora a literatura descreva possíveis associações entre essas variáveis (Mirizzi *et al.*, 2025; Chen *et al.*, 2021), os resultados deste estudo não evidenciaram associação estatisticamente significativa entre seletividade alimentar e estilos parentais na amostra analisada. Tal achado indica que, nas condições avaliadas, os estilos parentais, quando considerados de forma isolada, podem não explicar a variabilidade da seletividade alimentar, reforçando a necessidade de considerar outros determinantes envolvidos nos comportamentos alimentares no contexto do TEA, especialmente aqueles relacionados às características sensoriais, cognitivas e às particularidades intrínsecas do próprio transtorno, amplamente descritas na literatura.

O modelo contendo apenas os três estilos parentais não apresentou significância estatística ($F(3,78) = 0,54$; $p = 0,65$), explicando apenas 2,0% da variabilidade da seletividade ($R^2 = 0,0203$). A análise de regressão linear múltipla ($F(6,75) = 0,55$; $p = 0,76$; $R^2 = 0,0422$), conduzida para investigar a relação entre seletividade alimentar e os três estilos parentais, controlada por variáveis demográficas e clínicas (idade, sexo e nível de suporte), também não apresentou significância estatística. Esses resultados indicam baixa capacidade preditiva dos modelos para explicar a variabilidade da seletividade alimentar, não fornecendo evidências suficientes para conclusões firmes sobre o papel dos estilos parentais, que, quando analisados isoladamente, apresentam capacidade preditiva limitada.

Embora os achados deste estudo se distanciam de parte das associações reportadas pela literatura quanto a associação entre seletividade alimentar e estilos parentais (Loureiro *et al.*, 2025; Leuba *et al.*, 2022; Gonzaga, Castro e Corrêa, 2025), é importante destacar algumas limitações, como viés de memória, nível de escolaridade e o tamanho limitado da amostra, que podem ter restringido o poder estatístico das análises. É possível que estudos futuros, com amostras ampliadas e cálculo amostral definido, obtenham resultados divergentes dos aqui apresentados. Ressalta-se, ainda, que este pode ser um dos primeiros estudos brasileiros a avaliar simultaneamente práticas parentais e seletividade alimentar no contexto do TEA.

Grande parte das evidências disponíveis sobre seletividade alimentar e estilos parentais em crianças e adolescentes com TEA provém de pesquisas realizadas em contextos não brasileiros, onde práticas educativas, padrões alimentares e dinâmicas familiares diferem substancialmente das observadas no Brasil. Assim, é plausível que especificidades socioculturais próprias da população estudada tenham influenciado os resultados, hipótese que, embora não possa ser confirmada pelos dados atuais, merece ser considerada em investigações futuras. Ainda assim, ao abordar uma temática de grande relevância clínica e social, este estudo contribui para ampliar o debate e fomenta reflexões importantes sobre a produção científica existente, reforçando a necessidade de mais pesquisas nacionais que explorem as interações entre fatores comportamentais, alimentares e parentais no contexto do TEA.

6 OUTRAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Além das associações principais investigadas, foram conduzidas análises exploratórias considerando variáveis demográficas e clínicas relacionadas à seletividade alimentar. Inicialmente, não foram observadas diferenças significativas entre meninos e meninas ($p = 0,48$) pelo Teste t, indicando que o comportamento seletivo não variou em função do sexo. De maneira semelhante, o nível de suporte também não diferenciou os escores de seletividade (Kruskal-Wallis: $\chi^2(2) = 1,15$; $p = 0,56$) (Tabela 6).

Ao comparar os grupos etários, verificou-se que crianças apresentaram média mais elevada de seletividade (5,76 pontos) do que adolescentes (4,68 pontos), sugerindo maior dificuldade nessa faixa etária. Embora a diferença não tenha atingido significância estatística no teste bilateral ($p = 0,23$) e no teste unilateral ($p = 0,11$), achados da literatura apontam redução gradual da seletividade ao longo do desenvolvimento (Baraskewich *et al.*, 2021). Assim, ainda que não estatisticamente confirmada, a tendência observada na amostra está alinhada com o padrão esperado em estudos prévios.

Por fim, o tipo de parto não se mostrou associado ao comportamento seletivo (Kruskal-Wallis: $p = 0,25$), não indicando influência desse fator perinatal sobre o perfil alimentar da amostra (Tabela 6).

Esses resultados complementares reforçam a complexidade do fenômeno e indicam que, dentro desta amostra, a seletividade alimentar apresentou pouca variabilidade em função de características demográficas e clínicas gerais.

Tabela 5- Associação entre seletividade alimentar e variáveis demográficas

Variáveis	Grupo / Categoria	n	Média do Escore de Seletividade	Estatística do Teste	p-valor
Sexo da Criança	Masculino	67	-	$t = -0,70^*$	0,48
	Feminino	15	-		
Nível de Suporte (TEA)	Nível 1	42	-	$\chi^2(2) = 1,15^{**}$	0,56
	Nível 2	26	-		
	Nível 3	14	-		
Grupos Etários	Crianças	50	5,76	$\rho = -0,07^{***}$	0,23
	Adolescentes	32	4,68		
Tipo de Parto	Cesáreo	57	-	$\chi^2(2) = 1,29^{**}$	0,25
	Vaginal	25	-		

* Teste t; ** Teste de Kruskal-Wallis; *** Coeficiente de Spearman

Fonte: Autoria própria, 2025

7 CONCLUSÃO

A amostra caracterizou-se por cuidadores majoritariamente adultos, com elevado nível de escolaridade, e apresentou predominância do estilo parental democrático. Observou-se heterogeneidade nos comportamentos alimentares de crianças e adolescentes com TEA, com destaque para a seletividade alimentar e para comportamentos opostos durante as refeições, reforçando a relevância clínica dessas manifestações no contexto do transtorno.

Os resultados do presente estudo não evidenciaram associação estatisticamente significativa entre seletividade alimentar e estilos parentais na amostra analisada, indicando que esses estilos, quando considerados de forma isolada, apresentam capacidade limitada para explicar a variabilidade observada na seletividade alimentar. Esse achado reforça a importância de que investigações futuras considerem, de maneira integrada, fatores sensoriais, cognitivos e as características intrínsecas ao TEA já descritos na literatura.

Ademais, observa-se a necessidade de considerar a complexidade das interações entre fatores biológicos, comportamentais e relacionais no TEA, uma vez que o comportamento alimentar e os estilos parentais não devem ser interpretados de forma isolada. Nesse sentido, intervenções multidisciplinares que integrem manejo nutricional, orientação às famílias e estratégias individualizadas mostram-se essenciais para favorecer um desenvolvimento mais saudável, minimizar conflitos durante as refeições e melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes com TEA e de seus cuidadores.

Por fim, destaca-se a necessidade de novas investigações, especialmente com amostras maiores e representativas da população brasileira, visto que grande parte da literatura disponível é internacional. Estudos longitudinais e qualitativos poderão aprofundar a compreensão das relações entre estilos parentais, práticas alimentares e características do TEA ao longo do tempo, contribuindo para estratégias de intervenção mais eficazes e contextualizadas.

8 USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Foi utilizado o ChatGPT como ferramenta de apoio para aprimoramento da coerência e fluidez do texto. Nenhum conteúdo conceitual ou analítico foi gerado pela ferramenta, cabendo à autora a total responsabilidade pelo conteúdo acadêmico final.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). 1.1. Proporção de Parto Cesáreo. Brasília, DF: **ANS**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/idss-2023/1-1-proporcao-de-parto-cesareo.pdf>. Acesso em: 14 jan. 26.

AHLQVIST, V. H.; SJÖQVIST, H.; DALMAN, C.; KARLSSON, H.; STEPHANSSON, O.; JOHANSSON, S.; MAGNUSSON, C.; GARDNER, R. M.; LEE, B. K. Acetaminophen Use During Pregnancy and Children's Risk of Autism, ADHD, and Intellectual Disability. **JAMA**, v. 331, n. 14, p. 1205-1214, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.3172. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2817406>. Acesso em: 07 nov. 2025.

AHUMADA, D. et al. Eating patterns in children with autism spectrum disorder. **Healthcare (Basel)**, [S.l.], v. 10, n. 10, p. 1829, 21 set. 2022. DOI: 10.3390/healthcare10101829. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36292276/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

AL-ZALABANI, Abdulmohsen H.; AL-JABREE, Amani H.; ZEIDAN, Zeidan A. Is cesarean section delivery associated with autism spectrum disorder? **Neurosciences (Riyadh)**, v. 24, n. 1, p. 11–15, jan. 2019. DOI: 10.17712/nsj.2019.1.20180303. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8015537/>. Acesso em: 10 set. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision**. Washington: American Psychiatric Association, 2022.

BARASKEWICH, J.; VON RANSON, K. M.; McCRIMMON, A.; McMORRIS, C. A. Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: a scoping review. **Autism**, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 1505–1519, ago. 2021. DOI: 10.1177/1362361321995631. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33653157/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BARGIELA, Sarah; STEWARD, Robyn; MANDY, William. The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: an investigation of the female

autism phenotype. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 46, n. 10, p. 3281–3294, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>.

BAUMRIND, D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. **Journal of Early Adolescence**, v. 11, n. 1, p. 56-95, 1991.

BELLANTONIO, E.; ESCALANTE, A. S.; CIARDULLO, A.; DIAZ, F.; PANDULLO, H. Transtorno do Espectro Autista em crianças e adolescentes, uma atualização. **Atualização de Evidências na Prática Ambulatorial**, v. 27, n. 4, p. e007130, 18 nov. 2024.

BETRÁN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A.-B.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, p. e005671, 2021. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005671. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>. Acesso em: 14 jan. 26.

BIRTELE, M. et al. Non-synaptic function of the autism spectrum disorder-associated gene SYNGAP1 in cortical neurogenesis. **Nature neuroscience**, v. 26, n. 12, p. 2090–2103, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11349286/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

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**, v. 21, p. 244, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph21030244>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para determinar a inclusão, nos censos demográficos, de informações específicas sobre a população com transtorno do espectro autista. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, ano 157, n. 138, p. 1, 19 jul. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm. Acesso em: 23 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Definição – Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança. **Linhas de Cuidado**. 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/definicao-tea/>. Acesso em: 13 set. 2025.

BREDE, J. *et al.* "For me, the anorexia is just a symptom, and the cause is the autism": investigating restrictive eating disorders in autistic women. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 50, n. 12, p. 4280–4296, dez. 2020.

DOI: 10.1007/s10803-020-04479-3. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32274604/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BUCHWALD, K.; SHEPHERD, D.; SIEGERT, R. J.; VIGNES, M.; LANDON, J.

Factors predicting parenting stress in the autism spectrum disorder context: a network analysis approach. **PLOS ONE**, v. 20, n. 4, e0319036, abr. 2025. DOI:

10.1371/journal.pone.0319036. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12011239/>. Acesso em: 09 out. 2025.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 and 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 74, SS-2, p. 1-22, 2025. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/ss/ss7402a1.htm>. Acesso em: 30 set. 2025.

CHEN, B.; KATTELMANN, K.; COMSTOCK, C.; McCORMACK, L.; WEY, H.;

MEENDERING, J. Parenting styles, food parenting practices and dietary intakes of preschoolers. **Nutrients**, v. 13, n. 10, p. 3630, 2021. DOI:

<https://doi.org/10.3390/nu13103630>

CHISTOL, L. T. *et al.* Sensory sensitivity and food selectivity in children with autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 48,

n. 2, p. 583–591, fev. 2018. DOI: 10.1007/s10803-017-3340-9. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29116421/>. Acesso em: 23 jul. 2025.

CHIONG, T. X. B.; TAN, M. L. N.; LIM, T. S. H.; QUAK, S. H.; AW, M. M. Selective Feeding — An Under-Recognised Contributor to Picky Eating. **Nutrients**, v. 16, n. 21, p. 3608, 2024. DOI: 10.3390/nu16213608. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11547883/>. Acesso em: 19 nov. 2025.

CHRISTENSEN, D. L.; MAENNER, M. J.; BILDER, D.; CONSTANTINO, J. N.;

DANIELS, J.; DURKIN, M. S.; FITZGERALD, R. T.; *et al.* *Prevalence and*

Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years — Early

Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Seven Sites, United States, 2010, 2012, and 2014. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 68, n. 2, p. 1–19, 12 abr. 2019. DOI: 10.15585/mmwr.ss6802a1. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6476327/>. Acesso em: 13 jan. 26.

CHRISTENSEN, J.; GRØNBORG, T. K.; SØRENSEN, M. J.; SCHENDEL, D.; PARNER, E. T.; PEDERSEN, L. H.; VESTERGAARD, M. Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. **JAMA**, v. 309, n. 16, p. 1696-1703, abr. 2013. DOI: 10.1001/jama.2013.2270. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1681408>. Acesso em: 09 nov. 2025.

CONDE-AGUDELO, A.; ROSAS-BERMUDEZ, A.; NORTON, M. H. Birth Spacing and Risk of Autism and Other Neurodevelopmental Disabilities: A Systematic Review. **Pediatrics**, v. 137, n. 5, p. e20153482, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3482>. Acesso em: 10 abr. 2025.

COOPER, J. N. et al. Landscape of NRXN1 gene variants in phenotypic manifestations of autism spectrum disorder: a systematic review. **Journal of Clinical Medicine**, [S.l.], v. 13, n. 7, p. 2067, 2 abr. 2024. DOI: 10.3390/jcm13072067. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38610832/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

COTNEY, J. et al. The autism-associated chromatin modifier CHD8 regulates other autism risk genes during human neurodevelopment. **Nature Communications**, [S.l.], v. 6, p. 6404, 10 mar. 2015. DOI: 10.1038/ncomms7404. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4355952/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

COURCHESNE, E. Desenvolvimento cerebral no autismo: crescimento excessivo precoce seguido de parada prematura do crescimento. **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews**, v. 10, n. 2, p. 106–111, 2004. DOI: 10.1002/mrdd.20020. PMID: 15362165.

CURTIN, C. et al. Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 45, n. 10, p. 3308–3315, out. 2015.

DOI: 10.1007/s10803-015-2490-x. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26070276/>. Acesso em: 24 jul. 2025.

SILVA, L. M. A.; AUGUSTO, A. L. P.; SOUZA, T. S. N. Comportamento alimentar de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na perspectiva da segurança alimentar e nutricional. *Saúde & Desenvolvimento Humano*, Canoas, v. 12, n. 1, p. [--], 2024. DOI: 10.18316/sdh.v12i1.10512.

Disponível em:

https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/1051

[2](#). Acesso em: 13 nov. 2025.

DANTAS, Rafaela Ramos; SILVA, Giselia Alves Pontes da. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil.

Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 363–371, 2019. DOI:

10.1590/1984-0462/;2019;37;3;00005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpp/a/dg3NhhpRT7NMxMxdnW737vM/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 31 ago. 2025.

DE PAULA, Jonas Jardim; OLIVEIRA, Thaís Dell’Oro. Apostila de Treinamento em Avaliação Neuropsicológica: Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP).

Belo Horizonte: Laboratório de Ensino e Pesquisa em Neuropsicologia

(Labep_neuro), 2017. Disponível em:

https://www.labepneuro.net/files/ugd/279eb5_c45242b40948444e856d8a2d629af70

[0.pdf](#). Acesso em: 13 out. 2025.

DIETERT, R. R.; DIETERT, J. M.; DEWITT, J. C. Environmental risk factors for autism. **Emerging Health Threats Journal**, v. 4, p. 7111, abr. 2011. DOI:

10.3402/ehth.v4i0.7111. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168222/>. Acesso em: 15 set. 2025.

DURAND, C. M. et al. Mutations in the gene encoding the synaptic scaffolding protein SHANK3 are associated with autism spectrum disorders. **Nature Genetics**, [S.I.], v. 39, n. 1, p. 25–27, jan. 2007. DOI: 10.1038/ng1933. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17173049/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

DURKIN, M. S. et al. Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. **American Journal of Epidemiology**, v. 168, n. 11, p. 1268–1276, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwn250>. Acesso em: 10 abr. 2025.

ELSABBAGH, M. et al. Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. **Autism Research**, v. 5, n. 3, p. 160–179, jun. 2012. DOI: 10.1002/aur.239. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3763210/>. Acesso em: 23 maio 2025.

ESPOSITO, M. et al. Food selectivity in children with autism: guidelines for assessment and clinical interventions. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S.l.], v. 20, n. 6, p. 5092, 14 mar. 2023. DOI: 10.3390/ijerph20065092. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36982001/>. Acesso em: 24 jul. 2025.

FARO, Katia Carvalho Amaral; SANTOS, Rosita Barral; BOSA, Cleonice Alves; WAGNER, Adriana; SILVA, Simone Souza da Costa. Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. **Psico**, [S. l.], v. 50, n. 2, p. e30080, 2019. DOI: 10.15448/1980-8623.2019.2.30080. Disponível em: <https://puhrs.emnuvens.com.br/revistapsico/article/view/30080>. Acesso em: 9 out. 2025.

GONZAGA, Ana Luiza; CASTRO, Adriana Garcia Pelliggia de; CORRÊA, Fernanda Ferreira. Associação entre estilos parentais e seletividade alimentar e estado nutricional de crianças com Transtorno do Espectro Autista. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 49, 2025. DOI: 10.15343/0104-7809.202549e18032025P. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1939>. Acesso em: 14 jan. 2026.

HODGES, H.; FEALKO, C.; SOARES, N. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. **Translational Pediatrics**, v. 9, supl. 1, p. S55–S65, fev. 2020. DOI: 10.21037/tp.2019.09.09. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082249/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

HOSSAIN, M. M. et al. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Psychiatry Research**, v. 287, p. 112922, 2020. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112922.

HOWENSTEIN, J.; KUMAR, A.; CASAMASSIMO, P. S.; McTIGUE, D.; YIN, H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. **Pediatric Dentistry**, v. 37, n. 1, p. 59–64, 2015. PMCID: PMC4559268. PMID: 25685975. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25685975/>. Acesso em: 07 jan. 2026.

HYMAN, S. L.; LEVY, S. E.; MYERS, S. M.; et al. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, p. e20193447, 2020. DOI: 10.1542/peds.2019-3447.

ILIAS, Kartini; CORNISH, Kim; KUMMAR, Aurette S.; PARK, Miriam Sang-Ah; GOLDEN, Karen J. Parenting stress and resilience in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Southeast Asia: a systematic review. **Frontiers in Psychology**, v. 9:280, 9 abr. 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00280. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5900388/>. Acesso em: 9 out. 2025.

JOHN, J. R.; LAM-CASSETTARI, C.; DISSANAYAKE, C.; EAPEN, V.; et al. Sociodemographic and clinical indicators associated with quality of life among parents of autistic children. **BMC Pediatrics**, v. 25, p. 326, 24 abr. 2025. DOI: 10.1186/s12887-025-05682-w. PMCID: PMC12020269. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40275148/>. Acesso em: 15 jan. 2026.

LAI, Meng-Chuan; LOMBARDO, Michael V.; AUYEUNG, Bonnie; CHAKRABARTI, Bhismadev; BARON-COHEN, Simon. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 54, n. 1, p. 11–24, jan. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4284309/>. Acesso em: 7 jun. 2025.

LAI, Meng-Chuan; LOMBARDO, Michael V.; RUIGROK, Amber N.; CHAKRABARTI, Bhismadev; AUYEUNG, Bonnie; SZATMARI, Peter; HAPPÉ, Francesca; BARON-COHEN, Simon; MRC AIMS CONSORTIUM. Quantifying and exploring camouflaging

in men and women with autism. **Autism**, v. 21, n. 6, p. 690–702, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361316671012>.

LAMANNA, J.; MELDOLESI, J. Autism spectrum disorder: brain areas involved, neurobiological mechanisms, diagnoses and therapies. **International Journal of Molecular Sciences**, [S.l.], v. 25, n. 4, p. 2423, 19 fev. 2024. DOI: 10.3390/ijms25042423. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38397100/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

LANDIM, Liejy Agnes do Santos Raposo. SELETIVIDADE ALIMENTAR VOLTADA PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 14–19, 2021. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/479>. Acesso em: 13 nov. 2025.

LAUTARESCU, Alexandra et al. Prenatal stress: effects on fetal and child brain development. **International Review of Neurobiology**, [S.l.], v. 150, p. 17–40, 2020. DOI: 10.1016/bs.irn.2019.11.002. Acesso em: 15 jun. 2025.

LÁZARO, C. M.; SIQUARA, G. M.; PONDÉ, M. P. Escala de avaliação do comportamento alimentar no transtorno do espectro autista: estudo de validação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. 191–199, 2019. Acesso em: 4 ago. 2025.

LEMES, Monike Alves; GARCIA, Giovanna Prezoto; BEATRIZ. Comportamento alimentar de crianças com transtorno do espectro autista. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 136-142, 2023. DOI: 10.1590/0047-2085000000414.

LEUBA, A. L.; MEYER, A. H.; KAKEBEEKE, T. H.; et al. A relação entre estilo parental e comportamento alimentar em crianças pré-escolares. **BMC Psychology**, v. 10, p. 275, 2022. DOI: 10.1186/s40359-022-00981-8.

LIPKIN, P. H.; MACIAS, M. M.; et al. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental

Surveillance and Screening. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, p. e20193449, 2020. DOI: 10.1542/peds.2019-3449.

LIU, Xian; GUO, Cheng; LYU, Linzhuo; et al. Parental educational levels association with autism risk in offsprings and their autistic phenotypes. **Psychiatry Research**, v. 351, p. 116649, set. 2025. DOI: 10.1016/j.psychres.2025.116649. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178125002975> . Acesso em: 10 out. 2025.

LORD, C. et al. Autism spectrum disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, 16 jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>. Acesso em: 10 abr. 2025.

LOUREIRO, G. P.; FICAGNA, C. R.; MOREIRA, P. R.; NUNES, L. M.; BERNARDI, J. R. Associação entre práticas parentais na alimentação infantil, uso de eletrônicos e seletividade alimentar na infância. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 25, e20240089, 2025. DOI: 10.1590/1806-9304202500000089. Disponível em: <https://www.rbsmi.org.br/details/6051/pt-BR/associacao-entre-praticas-parentais-na-alimentacao-infantil--uso-de-eletronicos-e-seletividade-alimentar-na-infancia>. Acesso em: 14 jan. 2026.

LYALL, K.; SCHMIDT, R. J.; HERTZ-PICCIOTTO, I. Maternal lifestyle and environmental risk factors for autism spectrum disorders. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 443–464, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyt282>. Acesso em: 10 abr. 2025.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: MUSSEN, P. H. (Ed.). **Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology**. New York: Wiley, 1983. p. 46-84.

MAENNER, M. J.; SHAW, K. A.; BAIO, J.; ED. S.; WASHINGTON, A.; PATRICK, M.; DI RIENZO, M.; et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. **MMWR Surveillance Summaries**, v. 69, n. 4, p. 1–12,

27 mar. 2020. DOI: 10.15585/mmwr.ss6904a1. Disponível em:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7119644/>. Acesso em: 13 jan. 2026

MIGUEL, I.; VALENTIM, J. P.; CARUGATI, F. Questionário de Estilos e Dimensões Parentais – Versão Reduzida: Adaptação portuguesa do *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form*. **Psychologica**, Coimbra, v. 51, p. 169–186, 2009. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_51_11. Acesso em: 4 ago. 2025.

MILLER, M. T.; ROBERTSON, D.; BALES ZECH, L. Autism with ophthalmologic malformations. **Journal of Neuro-Ophthalmology**, v. 24, n. 3, p. 239-243, set. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1280092/>. Acesso em: 15 set. 2025.

MIRIZZI, P.; ESPOSITO, M.; RICCIARDI, O.; BOVE, D.; FADDA, R.; CAFFÒ, A. O.; MAZZA, M.; VALENTI, M. Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder and in Typically Developing Peers: Sensory Processing, Parental Practices, and Gastrointestinal Symptoms. **Nutrients**, v. 17, n. 17, p. 2798, 2025. DOI: 10.3390/nu17172798. Acesso em: 11 out. 2025

MITCHEL, Marissa W. et al. CHD8-related neurodevelopmental disorder with overgrowth. In: ADAM, Margaret P. et al. (ed.). **GeneReviews®**. Seattle: University of Washington, 27 out. 2022. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585456/> . Acesso em: 15 jun. 2025.

MODABBERNIA, A.; VELTHORST, E.; REICHENBERG, A. Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. **Molecular Autism**, v. 8, p. 13, 2017. Disponível em:
<https://doi.org/10.1186/s13229-017-0121-4>. Acesso em: 10 abr. 2025.

MOSCHETTI, A.; GIANGRECO, M.; RONFANI, L.; CERVELLERA, S.; RUFFILLI, M. P.; NUME, C.; BARBI, E.; SERVIDIO, A. G. An ecological study shows increased prevalence of autism spectrum disorder in children living in a heavily polluted area. **Scientific Reports**, v. 14, art. 17159, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-67980-0. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11282186/>. Acesso em: 15 out. 2025.

MORRIS, N.; KNIGHT, R. M.; BRUNI, T.; SAYERS, L.; DRAYTON, A. Feeding Disorders. **Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 26, n. 3, p. 571-586, jul. 2017. DOI: 10.1016/j.chc.2017.02.011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28577610/>. Acesso em: 13 out.2025.

MOURA, Gisele Viana; DA SILVA, Rayana Rodrigues; LANDIM, Liejy Agnes do Santos Raposo. SELETIVIDADE ALIMENTAR VOLTADA PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): UMA REVISÃO DA LITERATURA. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 14–19, 2021. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/479>. Acesso em: 13 nov. 2025.

NIMBLEY, E.; GOLDS, L.; SHARPE, H.; GILLESPIE-SMITH, K.; DUFFY, F. Sensory processing and eating behaviours in autism: a systematic review. **European Eating Disorders Review**, [S.l.], v. 30, n. 5, p. 538–559, set. 2022. DOI: 10.1002/erv.2920. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35737818/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

OLIVEIRA, Albanita Maria de; OLIVEIRA, Daiany Steffany da Silva. Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância – revisão da literatura. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, Recife, v. 5, n. 2, p. [–], mar. 2020. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/322/141>. Acesso em: 18 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS. **PAHO/OMS**, 16 jun. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuum-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 14 jan. 2026.

ORNOY, A.; WEINSTEIN-FUDIM, L.; ERGAZ, Z. Genetic syndromes, maternal diseases and antenatal factors associated with autism spectrum disorders (ASD). **Frontiers in Neuroscience**, [S.l.], v. 10, p. 316, 6 jul. 2016. DOI:

10.3389/fnins.2016.00316. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27458336/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

PARDO, C. A.; EBERHART, C. G. The neurobiology of autism. **Brain Pathology**, v. 17, n. 4, p. 434–447, out. 2007. DOI: 10.1111/j.1750-3639.2007.00102.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8095519/>. Acesso em: 27 maio 2025.

PEÑAGARIKANO, O. et al. Absence of CNTNAP2 leads to epilepsy, neuronal migration abnormalities, and core autism-related deficits. **Cell**, v. 147, n. 1, p. 235–246, 2011. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3390029/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

PORTES, J. R. M.; VIEIRA, M. L.; SOUZA, C. D.; KASZUBOWSKI, E. Parental styles and coparenting in families with children with autism: cluster analysis of children's behavior. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, e190143, 2020. DOI: 10.1590/1982-0275202037e190143. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e190143>. Acesso em: 10 out. 2025.

RECHE-OLMEDO, Laura; TORRES-COLLADO, Laura; COMPAÑ-GABUCIO, Laura M.; GARCÍA-DE-LA-HERA, Manuela; *et al.* The Role of Occupational Therapy in Managing Food Selectivity of Children with Autism Spectrum Disorder: a Scoping Review. **Children (Basel)**, v. 8, n. 11, p. 1024, 7 nov. 2021. DOI: 10.3390/children8111024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8620957/>. Acesso em: 30 set. 2025.

REMNÉLIUS, K. L.; NEUFELD, J.; ISAKSSON, J.; BÖLTE, S. Eating Problems in Autistic Females and Males: A Co-twin Control Study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 52, n. 7, p. 3153-3168, 2021. DOI: 10.1007/s10803-021-05198-z. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9213283/>. Acesso em: 13 out. 2025.

ROCHAG. S. S.; JÚNIORF. C. DE M.; LIMAN. D. P.; SILVAM. V. DA R. S. DA; MACHADOA. DA S.; PEREIRAI. C.; LIMAM. DA S.; PESSOAN. M.; ROCHAS. C. S.; SILVAH. A. C. DA. Análise da seletividade alimentar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e538, 20 jun. 2019.

SADEH, Avi; MINDELL, Jodi A.; TIKOTZKY, Liat. **Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised (BISQ-R), versão de janeiro de 2020** [FORMULÁRIO]. Tradução para o português (Brasil) por Ana Elisa Ribeiro Fernandes; Ana Alexandra Caldas Osório; Amanda Beretta Iscaife; Rosane Lowenthal; out. 2024. Disponível em:

<https://www.babysleep.com/wp-content/uploads/2024/05/BISQ-R-Brazilian-Portuguese-version.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2025.

SALARI, N.; RASOULPOOR, S.; RASOULPOOR, S.; SHOHAIMI, S.; JAFARPOUR, S.; ABDOLI, N.; et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 48, n. 1, 2022. DOI: 10.1186/s13052-022-01310-w. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9270782/>. Acesso em: 13 set. 2025.

SATTERSTROM, F. K. et al. Large-scale exome sequencing study implicates both developmental and functional changes in the neurobiology of autism. **Cell**, v. 180, n. 3, p. 568–584.e23, 6 fev. 2020. DOI: 10.1016/j.cell.2019.12.036. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7250485/>. Acesso em: 23 maio 2025.

SAVAGE, J. S.; FISHER, J. O.; BIRCH, L. L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 22–34, primavera 2007. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17341215/>. Acesso em: 22 jun. 2025.

SILVA, Gustavo Correia Basto da; FIRMINO, Raquel Taveira; NOGUEIRA, Ana Beatriz Diniz; MASSONI, Ana Cláudia Lins Tavares; D'ÁVILA, Soraya. *Parental emotions in families of children and adolescents with and without autism spectrum disorder*. **Brazilian Oral Research**, v. 38, e106, 8 nov. 2024. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0106>.

SIQUEIRA, Breno. Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil. **Agência de Notícias IBGE**, 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: 30 set. 2025.

SUEN, M. W.; HUNG, C. C.; WONG, M. K.; YEY, K. W.; CHEN, S. F.; LIN, K. L. et al. The association between parenting stress, positive parenting, and health-related quality of life among parents of children with autism spectrum disorder. **Healthcare**, v. 10, p. 00052, 2022. DOI: 10.3390/healthcare10000052. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8775364/>. Acesso em: 9 out. 2025.

SUVARNA, V.; FARRELL, L.; ADAMS, D.; EMERSON, L-M.; PAYNTER, J. Differing relationships between parenting stress, parenting practices and externalising behaviours in autistic children. **Autism**, v. 29, n. 3, p. 711-725, 2025. DOI: 10.1177/13623613241287569. Acesso em: 19 nov. 2025.

TAFOLLA, M.; SINGER, H.; LORD, C. Autism spectrum disorder across the lifespan. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 21, n. 1, p. 193-220, maio 2025. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081423-031110. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39836874/>. Acesso em: 06 nov. 2025.

TICK, B. et al. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 585–595, maio 2016. DOI: 10.1111/jcpp.12499. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4996332/>. Acesso em: 26 maio 2025.

TROST, B. et al. Genomic architecture of autism from comprehensive whole-genome sequence annotation. **Cell**, v. 185, n. 23, p. 4409–4427.e18, 10 nov. 2022. DOI: 10.1016/j.cell.2022.10.009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867422013241>. Acesso em: 26 maio 2025.

WANG, L.; WANG, B.; WU, C.; WANG, J.; SUN, M. Autism spectrum disorder: neurodevelopmental risk factors, biological mechanism, and precision therapy. **International Journal of Molecular Sciences**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 1819, 17 jan. 2023. DOI: 10.3390/ijms24031819. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36768153/> . Acesso em: 20 jul. 2025.

WANG, Lu; VAN DE GAAR, Vivian M.; JANSEN, Wilma; MIELOO, Cathelijne L.; VAN GRIEKEN, Amy; RAAT, Hein. Feeding styles, parenting styles and snacking behaviour in children attending primary schools in multiethnic neighbourhoods: a

cross-sectional study. **BMJ Open**, Londres, v. 7, n. 7, p. e015495, jul. 2017.

DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015495. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5734265/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

WANG, Min; ZHANG, Xiaozhuang; ZHONG, Liyan; ZENG, Liqin; LI, Ling; YAO, Paul.

Understanding autism: Causes, diagnosis, and advancing therapies. **Brain**

Research Bulletin, v. 227, p. 111411, jul. 2025. DOI:

10.1016/j.brainresbull.2025.111411. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40449388/>. Acesso em: 16 out. 2025.

WEISSBERG, O.; ELLIOTT, E. The mechanisms of CHD8 in neurodevelopment and autism spectrum disorders. **Genes (Basel)**, [S.l.], v. 12, n. 8, p. 1133, 26 jul. 2021.

DOI: 10.3390/genes12081133. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34440307/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Autism Spectrum Disorders. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso

em: 10 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent health in the South-East Asia

Region. Disponível em: [https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-](https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health?utm_source)

[health?utm_source](https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health?utm_source) . Acesso em: 12 set. 2025.

WU, S. et al. Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 135, n. 1, p. 29–41, 2017.

DOI: 10.1111/acps.12666.

ZEIDAN, J.; FOMBONNE, E.; SCORAH, J. Global prevalence of autism: A

systematic review update. **Autism Research**, v. 15, n. 5, p. 778–790, 2022. DOI:

10.1002/aur.2696. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aur.2696>. Acesso em: 10

abr. 2025.

ZHANG, Shuyu et al. Effects of parental overweight and obesity on offspring's mental health: a meta-analysis of observational studies. **PLOS ONE**, [S.l.], v. 17, n. 12,

e0276469, 22 dez. 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0276469. Acesso em: 15 jun.

2025.

ZHOU, J.; PARADA, L. F. PTEN signaling in autism spectrum disorders. **Current opinion in neurobiology**, v. 22, n. 5, p. 873–879, 2012. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959438812000839?via%3Dihub> Acesso em: Acesso em: 15 jun. 2025.

APÊNDICE

Apêndice A. Formulário de coleta de dados- Informações sociodemográficas

1. Formulário a respeito de informações sobre o filho(a)

1.1) Data de nascimento:

1.2) Idade (atual):

1.3) Tipo de parto: () Parto natural () Parto cesárea

1.4) Peso atual da criança (em quilos, ex: 22,95 Kg): _Kg

1.5) Estatura atual da criança (em centímetros, ex: 120 cm): _cm

1.6) Sexo biológico (nasceu com ele): () Feminino () Masculino

1.7) A cor que melhor se identifica: () Branco () Negro () Pardo () Amarelo () Indígena () Outro:

1.8) Grau de escolaridade:

() Não estudou () Ensino fundamental I incompleto () Ensino fundamental I completo
() Ensino fundamental II incompleto () Ensino fundamental II completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

1.9) Classificação médica dada para o Transtorno do Espectro Autista:

() Nível 1 () Nível 2 () Nível 3

1.10) Idade do diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista:

1.11) Faz algum tipo de tratamento multidisciplinar? () Sim () Não

1.1.11) Se sim, quais?

() Fonoaudiólogo () Médico (outras especialidades)

() Terapeuta ocupacional () Nutricionista

() Psicólogo () Assistente social

() Psiquiatra () Educador físico

() Pediatra () Outros:

1.12) Utiliza algum medicamento? () Sim () Não

1.1.12) Se sim, quais?

1.13) Quanto tempo (no total) a criança passa dormindo durante a noite (entre a hora que ela vai para a cama até a hora que ela acorda de manhã)?

1.14) Quanto tempo (no total) durante a noite a criança costuma ficar acordada (entre a hora que ela vai pra cama até a hora que ela acorda de manhã)? Ex.: Se ela acorda duas vezes e fica acordada por volta de 15 minutos cada vez, no total ela fica acordada 30 minutos.

1.15) Sua criança ronca durante o sono?

- () Nunca (ou somente quando está doente ou gripada)
- () Apenas de vez em quando
- () Menos de 3 vezes por semana
- () 3 vezes por semana ou mais

2. Formulário para os pais/responsáveis

2.1) Data de nascimento:

2.2) Idade: Sexo biológico (nasceu com ele): () Feminino () Masculino

2.3) A cor que melhor se identifica: () Branco () Negro () Pardo () Amarelo ()
Indígena () Outro:

2.4) Estado civil:

() Solteiro () Casado/ União estável () Separado/ Divorciado () Viúvo

2.5) Grau de escolaridade:

() Não estudei () Ensino fundamental I incompleto () Ensino fundamental I completo
() Ensino fundamental II incompleto () Ensino fundamental II completo () Ensino
médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino
superior completo

2.6) Profissão em exercício:

**2.7) Quanto tempo (no total) você, cuidador principal, passa dormindo durante a
noite (entre a hora que vai para a cama até a hora que acorda de manhã)?**

ANEXOS

Anexo A. Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA

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

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

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

Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA	Não	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Dificuldades para mastigar os alimentos	0	1	2	3	4
2. Engole os alimentos sem mastigá-los o bastante	0	1	2	3	4
3. Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro da boca com a língua	0	1	2	3	4
4. Mastiga os alimentos com a boca aberta	0	1	2	3	4
5. Evita comer vegetais cozidos e/ou crus	0	1	2	3	4
6. Retira o tempero da comida (ex.: pedaços de coentro, cebolinha ou tomate)	0	1	2	3	4
7. Evita comer frutas	0	1	2	3	4
8. Possui inquietação/agitação motora que dificulta sentar-se à mesa	0	1	2	3	4
9. Tem dificuldades de sentar-se à mesa para fazer as refeições (ex.: almoça no chão, sofá, cama)	0	1	2	3	4
10. Tem dificuldades de utilizar os talheres e outros utensílios	0	1	2	3	4
11. Derrama muito a comida na mesa ou na roupa quando se alimenta	0	1	2	3	4
12. Bebe, come, lambe substâncias ou objetos estranhos (ex.: sabão, terra, plástico, chiclete)	0	1	2	3	4
13. Vomita, durante ou imediatamente após as refeições	0	1	2	3	4
14. Durante ou imediatamente após as refeições, golfa (trazendo de volta o alimento que engoliu à boca) e mastiga o alimento novamente	0	1	2	3	4
15. Come sempre com os mesmos utensílios (ex.: o mesmo prato, garfo, colher ou copo)	0	1	2	3	4
16. Come sempre no mesmo lugar	0	1	2	3	4
17. Quer comer sempre os mesmos alimentos (ex.: se comeu frango hoje, quer amanhã novamente)	0	1	2	3	4
18. Quer comer alimentos com cor semelhante (ex.: somente quer sucos amarelos – manga, maracujá, laranja)	0	1	2	3	4
19. Quer comer alimentos sempre da mesma marca, embalagem ou personagem (ex.: bebe suco somente de caixinha, quer somente produtos do Bob Esponja)	0	1	2	3	4
20. Possui ritual para comer (ex.: os alimentos devem ser arrumados no prato da mesma forma; se o ritual não for obedecido, seu filho se recusa a comer ou fica irritado ou perturbado)	0	1	2	3	4
21. Sem permissão, pega a comida fora do horário das refeições	0	1	2	3	4
22. Sem permissão, pega a comida de outras pessoas durante as refeições	0	1	2	3	4
23. Come uma grande quantidade de alimento num período de tempo curto)	0	1	2	3	4
24. Intolerância ao glúten (o glúten está presente na farinha de trigo, aveia, centeio e cevada)	0	1	2	3	4
25. Alergia alimentar (ex.: amendoim, frutos do mar)	0	1	2	3	4
26. Tem intolerância à lactose	0	1	2	3	4

Comentários Adicionais: _____

Soma dos Fatores	Itens	Total
Fatores da Escala		
Fator 1: Motricidade na Mastigação	1: __ 2: __ 3: __ 4: __	—
Fator 2: Seletividade Alimentar	5: __ 6: __ 7: __	—
Fator 3: Habilidades nas Refeições	8: __ 9: __ 10: __ 11: __ 12: __	—
Fator 4: Comportamento Inadequado relacionado às Refeições	13: __ 14: __	—
Fator 5: Comportamentos Rígidos relacionados à Alimentação	15: __ 16: __ 17: __ 18: __ 19: __ 20: __	—
Fator 6: Comportamento Opositor relacionado à Alimentação	21: __ 22: __ 23: __	—
Fator 7: Alergias e Intolerância Alimentar	24: __ 25: __ 26: __	—

Anexo B. Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP)

Instruções e itens do Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (QEDP) – Versão Reduzida

(Robinson, Mandleco, Olsen & Hart, 2001;

Versão Portuguesa de Miguel, Valentim & Carugati, 2010)

Este questionário avalia *com que frequência* actua de determinado modo com o(a) seu/sua filho(a).

Por favor, leia cada frase do questionário e responda *com que frequência* actua desse modo com o(a) seu/sua filho(a).

Actuo desta maneira:

- 1 = Nunca
- 2 = Poucas vezes
- 3 = Algumas vezes
- 4 = Bastantes vezes
- 5 = Sempre

1. Dou resposta aos sentimentos e necessidades do(a) meu/minha filho(a)
2. Castigo fisicamente o(a) meu/minha filho(a) como forma de o(a) disciplinar
3. Tomo em conta o que o(a) meu/minha filho(a) quer ou deseja antes de lhe pedir para fazer algo
4. Quando o(a) meu/minha filho(a) pergunta por que razão tem que obedecer, respondo: "Porque eu digo" ou "Porque sou teu/tua pai/mãe e quero que o faças"
5. Explico ao(à) meu/minha filho(a) como me sinto quando se porta bem e quando se porta mal
6. Dou uma palmada ao(à) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente
7. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a falar dos seus problemas
8. Acho difícil disciplinar o(a) meu/minha filho(a)
9. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a expressar-se livremente, mesmo quando não está de acordo comigo
10. Castigo o(a) meu/minha filho(a) retirando-lhe privilégios com poucas ou nenhuma explicação
11. Saliento as razões das regras que estabeleço
12. Quando o(a) meu/minha filho(a) está chateado(a), dou-lhe apoio e consolo
13. Grito ou falo alto quando o(a) meu/minha filho(a) se porta mal
14. Elogio o(a) meu/minha filho(a) quando se comporta ou faz algo bem
15. Cedo ao(à) meu/minha filho(a) quando faz uma birra por qualquer coisa
16. Enfureço-me com o(a) meu/minha filho(a)
17. São mais as vezes em que ameaço castigar o(a) meu/minha filho(a) do que aquelas em que realmente o(a) castigo
18. Tomo em conta as preferências do(a) meu/minha filho(a) quando faço planos familiares

19. Agarro o(a) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente
20. Dito castigos ao(à) meu/minha filho(a) mas realmente não os aplico
21. Demonstro respeito pelas opiniões do(a) meu/minha filho(a) incentivando que as expresse
22. Permito que o(a) meu/minha filho(a) dê a sua opinião relativamente às regras familiares
23. Ralho e critico para fazer o(a) meu/minha filho(a) melhorar
24. Estrago o(a) meu /minha filho(a) com mimos
25. Explico ao(à) meu/minha filho(a) por que razões as regras devem ser obedecidas
26. Uso ameaças como forma de castigo com poucas ou nenhuma justificações
27. Tenho momentos especiais e calorosos com o(a) meu/minha filho(a)
28. Castigo o(a) meu/minha filho(a) colocando-o(a) algures sozinho(a) com poucas ou nenhuma explicações
29. Ajudo o(a) meu/minha filho(a) a perceber o resultado do seu comportamento incentivando-o(a) a falar acerca das consequências das suas acções
30. Ralho e critico quando o comportamento do(a) meu/minha filho(a) não corresponde às minhas expectativas
31. Explico ao(à) meu/minha filho(a) as consequências do seu comportamento
32. Dou uma palmada no(a) meu/minha filho(a) quando se porta mal

Anexo C. Escala de Fadiga de Chalder

FADIGA FÍSICA	Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Sempre 3
Eu me cansei facilmente				
Precisei descansar mais				
Estive sonolento				
Não consegui iniciar nada				
Estive com falta de ânimo				
Senti menos força nos músculos				
Me senti fraco				
FADIGA MENTAL				
Tive problemas de concentração				
Tive dificuldade para pensar claramente				
Tive dificuldade para encontrar a palavra certa				
Tive problemas de memória				