

Associação entre estilos parentais e seletividade alimentar e estado nutricional de crianças com Transtorno do Espectro Autista

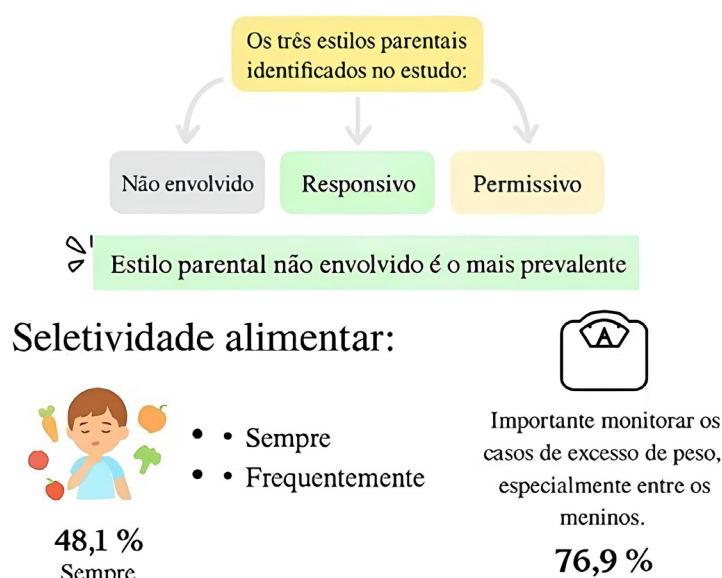
Ana Luiza Gonzaga¹  Adriana Garcia Peloggia de Castro¹  Fernanda Ferreira Corrêa¹ 

¹Centro Universitário São Camilo - CUSC. São Paulo/SP, Brasil.
E-mail: anny-gonzaga@hotmail.com

Highlights

- 76,9% das crianças apresentaram seletividade alimentar, sendo o comportamento “sempre seletiva” o mais prevalente (48,1%).
- O estilo parental não envolvido foi predominante, identificado em 55,8% dos cuidadores.
- 50% das crianças apresentaram estado nutricional adequado, mas houve casos importantes de excesso de peso, especialmente entre os meninos (obesidade: 15,4%; obesidade grave: 17,9%).

Resumo Gráfico



Resumo

Avaliar os estilos parentais em relação à alimentação e o estado nutricional de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Estudo transversal observacional quantitativo, com coleta de dados primários. Participaram 52 pais e/ou mães, responsáveis de crianças de ambos os sexos entre 5 e 10 anos. O estilo parental foi identificado utilizando-se o Questionário de Estilos Parentais na Alimentação. Em relação à seletividade alimentar foi utilizada a Escala de Avaliação de Comportamento Alimentar em Pacientes com transtorno do espectro autista. O estado nutricional foi determinado por meio dos índices: peso/idade, estatura/idade e índice de massa corporal / idade. Os três estilos parentais que apareceram nessa pesquisa foram: não envolvido, responsivo e permissivo. Em relação à seletividade alimentar, a maioria (76,9%) das crianças foi classificada como sempre seletiva (48,1%) ou frequentemente seletiva (28,8%). Metade (50%) das crianças apresentou peso adequado para a idade. Em relação ao índice de massa corporal, metade (50%) estava com a classificação adequada, contudo a prevalência de obesidade e obesidade grave em meninos (15,4% e 17,9%, respectivamente) foi maior do que nas meninas (0% e 7,7%, respectivamente). O estilo parental não envolvido foi o mais prevalente. Além disso, observou-se uma alta presença da seletividade alimentar em crianças com transtorno do espectro autista. Apesar de a maioria das crianças estar eutrófica, é importante monitorar os casos de excesso de peso, especialmente entre os meninos.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Comportamento Alimentar. Nutrição da Criança.

Editor de área: Edison Barbieri

Revisora: Fernanda Martins de Albuquerque 

Mundo Saúde. 2025;49:e18032025

O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 26 agosto 2025.

Aprovado: 27 novembro 2025.

Publicado: 15 dezembro 2025.

INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, marcado pelo comprometimento da interação social e das habilidades de entendimento com condutas rígidas e repetitivas^{1,2}. As principais características do TEA abrangem limitações na comunicação e interação social, incapacidade de controlar ou compreender os próprios sentimentos e dos outros, e alterações proprioceptivas e sensoriais, como a percepção da dor e de sensações orgânicas (por exemplo, olfato, paladar e visão)³.

Esse distúrbio aparece em idade precoce, nos primeiros anos de vida, mas na maioria das vezes as crianças são diagnosticadas aproximadamente aos quatro anos de idade. A busca por sinais precoces do TEA persiste sendo uma área de intensa averiguação científica⁴. A etiologia do TEA sempre foi um enigma, ainda não totalmente compreendido. Evidências científicas apontam que não há uma causa única, mas sim a interação de fatores genéticos e ambientais⁵. Uma característica presente nessa população, em relação às preferências e padrões alimentares, é a seletividade alimentar, pois os principais fatores que influenciam o desenvolvimento do TEA podem gerar certa limitação e dificuldade em provar novos alimentos. Isso pode deixar os pais aflitos por não conseguirem oferecer refeições aos

seus filhos^{6,7,8}. É fundamental avaliar atentamente o estado nutricional das crianças com TEA, visto que elas podem apresentar tanto carências nutricionais como desnutrição ou obesidade, devido ao consumo alimentar limitado e inadequado^{9,10}.

Os pais são os responsáveis pelo ambiente familiar e pela decisão da oferta de alimentos, e suas atitudes podem influenciar a alimentação da criança, porém a expectativa de formar bons hábitos alimentares pode trazer consequências quando isso não acontece conforme o idealizado, fazendo com que o ambiente familiar entre em um verdadeiro confronto¹¹. A forma como eles conduzem a refeição e reagem diante da dificuldade alimentar dos seus filhos pode influenciar de maneira positiva ou negativa¹⁰. Nesse contexto, identificar os estilos parentais são essenciais, pois denotam as atitudes dos cuidadores na forma como conduzem o momento da refeição¹².

Sendo assim, embora os estilos parentais na alimentação sejam estudados na população geral, sua aplicação em crianças com TEA, ainda é pouco explorada, principalmente usando instrumentos validados no contexto brasileiro, como o Questionário de Estilos Parental na Alimentação (QEPA). Nesse sentido, o objetivo deste artigo foi avaliar os estilos parentais em relação à alimentação e o estado nutricional de crianças com TEA.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal observacional quantitativo, com coleta de dados primários, no período de junho a agosto de 2024. Foram convidados a participar pais e/ou mães, responsáveis e seus filhos, de ambos os sexos entre 5 e 10 anos de idade completos atendidos em uma Policlínica no município de Floriano, localizado interior do estado do Piauí. Este serviço é especializado no acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor infantil e conta com uma equipe composta por neuropediatra, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, psicólogos e psicopedagogos.

Os critérios de inclusão para os pais foram: ser pai ou mãe de criança com TEA e ter acesso à internet. Os critérios de inclusão para as crianças foram: crianças de ambos os sexos, ter o diagnóstico de TEA (confirmado no prontuário do paciente), ter entre 5 e 10 anos de idade completos e ser atendido na Policlínica. Os critérios de exclusão dos pais são: pais não alfabetizados. Não foram previstos critérios de exclusão para as crianças.

Os pais das crianças assinaram o Termo de Con-

sentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as crianças com 7 anos ou mais de idade assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Material Suplementar 1).

Os pais das crianças que concordaram em participar, responderam um questionário eletrônico dividido da seguinte forma: identificação da criança (iniciais do nome da criança, sexo e data de nascimento); identificação dos pais (data de nascimento, renda estratificada em salários-mínimos e escolaridade); Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA) (composto por 19 questões)¹³ (Material Suplementar 2); Escala de Avaliação de Comportamento Alimentar em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (composta por 26 questões usada para avaliar a seletividade alimentar)⁵ (Material Suplementar 3).

O estilo parental na alimentação foi identificado utilizando-se o instrumento *Cargiver's Feeding Styles Questionnaire* (CFSQ)¹⁴ validado para população brasileira, o QEPA¹³ (Material Suplementar 2). As 19 questões desse instrumento foram organizadas em escala

Likert de cinco pontos que apresentam a frequência de determinadas diretrizes dos pais na alimentação para acessar os estilos parentais por meio de duas dimensões: demanda e capacidade de resposta. As respostas – nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre – receberam as pontuações 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente. O grau de demanda foi calculado pela média das 19 respostas do questionário e o grau de capacidade de resposta foi calculado pela média de 7 questões específicas centradas nas crianças (3, 4, 6, 8, 9, 15 e 17) sobre a média das 19 questões do questionário. Por meio do cálculo dos dois escores referentes ao grau das duas dimensões – “demanda” e “capacidade de resposta” – respectivamente com pontos de corte 2,80 e 1,16 foi realizada a classificação em “alta demanda” ou “baixa demanda” para a definição dos estilos: Estilo responsivo (autoritativo), Estilo controlador (autoritário), Estilo indulgente (permissivo), Estilo negligente (não envolvido).

Em relação à seletividade alimentar, foi utilizada a Escala de Avaliação de Comportamento Alimentar em Pacientes com TEA⁵. Trata-se de uma escala específica para pessoas com TEA, sem restrições quanto a idade. Vale ressaltar que é a primeira escala brasileira elaborada considerando queixas específicas de pais e cuidadores dentro do que estes consideravam problemático em relação a hábitos e comportamentos alimentares dos portadores de TEA em conjunto com as informações trazidas por literaturas de referência deste tema. Para critérios de análise, como cada fator apresenta um total diferente por agruparem quantidades diferentes de questões, as somas foram convertidas em uma escala de 0 a 100. Foi aplicada a seguinte expressão: Fator P = (S/T) x 100, onde: S = soma da pontuação obtida nas questões; T = soma máxima do fator. Então, por exemplo, para o Fator 2 referente a seletividade alimentar: Fator 2P = (S/12) x 100. Após a conversão da escala, os fatores foram analisados de acordo com a média e desvio padrão, e distribuindo a amostra de acordo com as faixas de escores: menos de 25% (raramente); 25% a 49,9% (às vezes); 50% a 74,9% (frequentemente); 75% ou mais (sempre).

Para realização da avaliação antropométrica, as crianças foram medidas e pesadas pela pesquisadora responsável, em uma sala reservada que foi disponibilizada pelos responsáveis do local. Para aferição do peso utilizou-se a balança da marca *Balmark*[®], com capacidade de 200kg e graduação de 100g e para aferição da estatura utilizou-se o estadiômetro da marca *Avanutri*[®], com medição máxima de 210cm e graduação de 0,1cm. O estado nutricional foi determinado por meio dos índices: peso/idade, estatura/idade e IMC/idade. A classificação das crianças foi feita pelo escore-z, conforme parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde¹⁵ e realizados no programa *Anthro Plus*. As medidas antropométricas foram

obtidas conforme as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁶.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo sob número do parecer consubstanciado nº 6.866.479, atendendo às exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

O tamanho amostral foi inicialmente calculado para uma população de 102 crianças com TEA, nível de confiança de 95% (Z = 1,96), proporção esperada de 50% (p = 0,5). A amostra final do estudo foi composta por 52 crianças, resultando em um erro amostral recalculado em 9,56%, reduzindo o poder estatístico do estudo, podendo limitar a detecção de associações significativas entre variáveis.

Os dados foram analisados utilizando o *software GraphPad Prism*[®], versão 10.4, considerando um nível de significância de 5% (p < 0,05). Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva para caracterização da amostra, com cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) para variáveis contínuas. A categorização das variáveis foi feita com base em pontos de corte previamente estabelecidos ou em distribuições observadas nos dados.

A normalidade das variáveis contínuas foi verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. A associação entre variáveis categóricas foi avaliada utilizando o teste exato de Fisher ou o teste qui-quadrado (χ^2), conforme aplicável. O teste qui-quadrado (χ^2) para tendências foi empregado para variáveis ordinais. Para comparações de variáveis contínuas entre dois grupos independentes, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*, enquanto comparações entre três ou mais grupos foram realizadas utilizando a análise de variância (ANOVA) seguida do teste de *Kruskal-Wallis*, para dados não paramétricos.

Para avaliar a correlação entre o grau de seletividade alimentar (alto ou baixo) e as variáveis sociodemográficas investigadas foi elaborado um mapa de calor (*heatmap*). As variáveis representadas incluem a Intersecção (β_0), Idade (β_1), Sexo (β_2), Peso (β_3), IMC (β_4), Renda (β_5) e Idade dos pais (β_6). Os valores de correlação variam de -1.0 (associação negativa forte) a 1.0 (associação positiva forte).

Adicionalmente, foi realizada uma análise de regressão logística múltipla para avaliar os fatores associados ao desfecho de interesse, ajustando o modelo para potenciais fatores de confusão. A categoria de referência para o desfecho principal, que é o grau de seletividade alimentar, foi o grau baixo (eventualmente, raramente ou nunca seletiva). O objetivo foi avaliar os fatores associados ao desfecho de interesse, alto grau de seletividade alimentar (sempre ou frequentemente

seletiva) em comparação com o grau baixo.

A adequação do modelo logístico foi verificada por meio do teste de *Hosmer-Lemeshow*. Sendo considerado como desfecho principal (variável dependente) o grau de seletividade alimentar (dicotomizada em alto vs. baixo) e como variáveis Independentes (exposição/

ajuste) a idade (anos), o sexo (Feminino vs. Masculino), o peso (kg), o IMC, a renda (categórica: mais de 1 salário-mínimo vs. até 1 ou 1 salário-mínimo) e a idade dos pais (anos). Os resultados das análises de regressão foram apresentados como valores de regressão (r), odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as principais características dos participantes incluídos no estudo, estratificados por sexo. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, como idade das crianças, idade e nível de escolaridade dos pais e renda familiar, além de medidas antropométricas das crianças, incluindo peso, estatu-

ra, índice de massa corporal (IMC), peso para idade, estatura para idade e IMC para idade. Além disso, foi avaliada a classificação da seletividade alimentar. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos masculino e feminino em nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e antropométricas das crianças com TEA, segundo sexo. Floriano/PI, 2024.

Parâmetros	Feminino (n=13)	Masculino (n=13)	Total (n=52)	p
Idade (anos) (média ± DP)	7,54 ± 1,81	6,66 ± 1,99	6,88 ± 1,97	0,16
Idade dos pais (anos) (média ± DP)	35,08 ± 7,06	39,55 ± 9,52	38,49 ± 9,08	0,08
Nível de escolaridade dos pais % (n)				0,58 ^b
Fundamental incompleto	29% (2)	18% (8)	19,2% (10)	
Fundamental completo	14% (1)	22% (10)	21,1% (11)	
Médio incompleto	14% (1)	4% (2)	5,7% (3)	
Médio completo	28% (2)	35% (16)	34,6% (18)	
Superior incompleto	14% (1)	4% (2)	5,7% (3)	
Superior completo	0% (0)	15% (7)	13,4% (7)	
Peso (kg)	25,55 ± 7,19	28,44 ± 11,91	27,75 ± 11,03	0,50
Estatura (cm)	118,8 ± 11,31	121,1 ± 11,03	120,5 ± 11,06	0,46
IMC (kg/m²)	17,89 ± 2,62	18,92 ± 5,29	18,66 ± 4,77	0,98
Renda % (n)				>0,99 ^a
Até 1 salário mínimo	21,1% (11)	63,4% (33)	84,6% (44)	
≥ 2 salários mínimos	3,8% (2)	11,5% (6)	15,4% (8)	
Peso para idade % (n)				0,929 ^b
Muito baixo peso	10,5% (4)	0% (0)	7,7% (4)	
Baixo peso	10,5% (4)	7,1% (1)	9,6% (5)	
Adequado	42,1% (16)	71,4% (10)	50% (26)	
Elevado	36,9% (14)	21,4% (3)	32,7% (17)	
Estatura para idade % (n)				0,83 ^c
Baixa	15,4% (2)	15,3% (6)	15,3% (8)	
Adequado	84,6% (11)	82% (32)	82,6% (43)	
Elevado	0% (0)	2,6% (1)	2% (1)	
IMC para idade % (n)				0,24 ^c
Magreza acentuada	0% (0)	2,6% (1)	1,9% (1)	
Magreza	7,7% (1)	10,3% (4)	9,6% (5)	
Adequado	69,2% (9)	43,6% (17)	50% (26)	
Sobrepeso	15,4% (2)	10,3% (4)	11,5% (6)	
Obesidade	0% (0)	15,4% (6)	11,5% (6)	
Obesidade grave	7,7% (1)	17,9% (7)	15,3% (8)	

continua...



Parâmetros	Feminino (n=13)	Masculino (n=13)	Total (n=52)	p
Seletividade alimentar % (n)				0,24 ^c
Sempre	46,1% (6)	48,7% (19)	48,1% (25)	
Frequentemente	23,1% (3)	30,8% (12)	28,8% (15)	
Eventualmente	23,1% (3)	7,7% (3)	11,5% (6)	
Raramente	7,7% (1)	12,8% (5)	11,5% (6)	

Fonte: Autoras, 2024. Valores não significativos entre os sexos feminino e masculino, teste *t de Student* ou teste *Mann-Whitney* ($p > 0,05$). ^aTeste exato de Fisher. ^bTeste do Qui-quadrado. ^cTeste do Qui-quadrado para tendências.

As medianas da idade das crianças analisadas foram 7 anos (quartil 1= 6 anos/ quartil 3 =8 anos) no sexo feminino e 6 anos (quartil 1= 5 anos/ quartil 3 =7 anos) no masculino e do peso foi 23kg (quartil 1= 21,5kg/ quartil 3 =29,4kg) para crianças do sexo feminino e 24,4kg (quartil 1= 21,4kg / quartil 3 =33,3kg) para crianças do sexo masculino.

Em relação aos principais desfechos analisados, observou-se uma alta prevalência de seletividade ali-

mentar, com 76,9% das crianças classificadas como sempre seletivas (48,1%) ou frequentemente seletivas (28,8%), indicando um padrão alimentar restrito na maioria da amostra. Nota-se que os meninos apresentaram maior frequência de seletividade “sempre” (19 casos) e “frequentemente” (12 casos) em comparação às meninas (6 e 3 casos, respectivamente), indicando maior concentração de seletividade elevada entre os meninos (Figura 1).

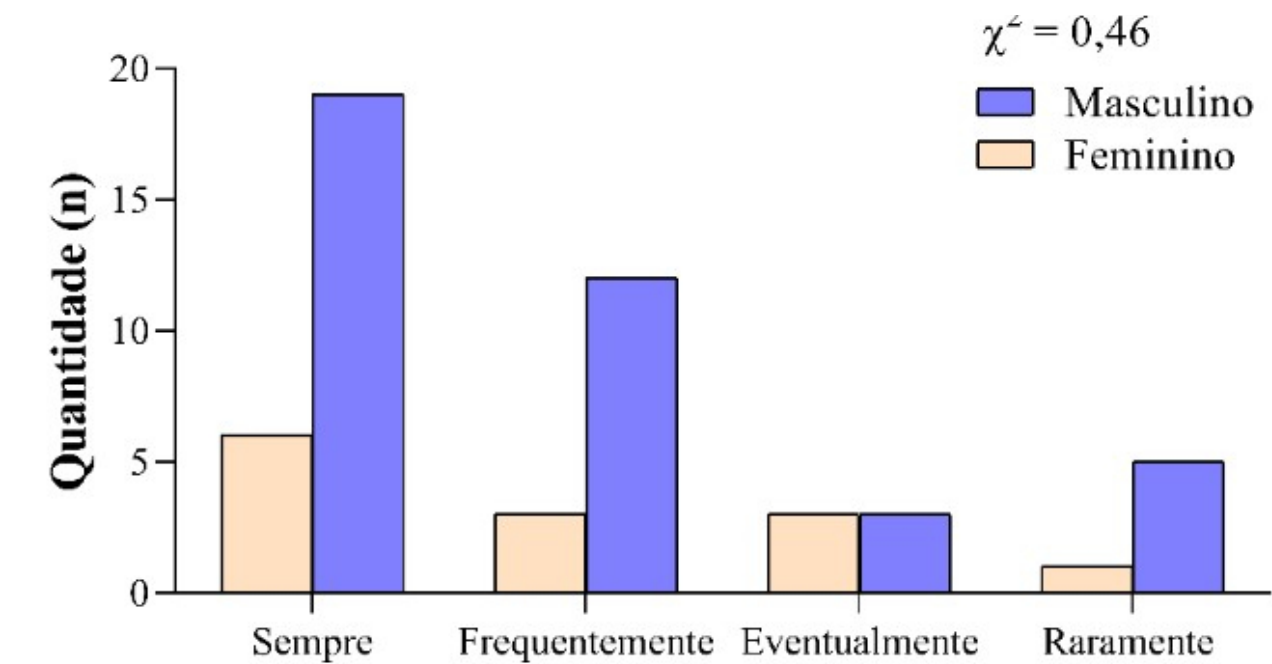


Figura 1 - Distribuição da seletividade alimentar por sexo. Floriano/PI, 2024.

Quando ao estado nutricional, verificou-se que 50% das crianças apresentavam IMC adequado para a idade; entretanto, chamou atenção a presença de excesso de peso, especialmente entre os meninos, que tiveram prevalência de obesidade (15,4%) e obesidade grave (17,9%), valores mais elevados que os observados no grupo feminino (Figura 2). Em relação ao peso para idade, 32,7% foram classificados com peso elevado, enquanto 9,6% apresentaram baixo

peso. Para o indicador estatura para idade, a maioria das crianças encontrava-se com classificação adequada (82,6%). Esses achados reforçam que, apesar de grande parte da amostra manter estado nutricional dentro da normalidade, há uma proporção significativa de crianças com excesso de peso e alta seletividade alimentar, o que evidencia a necessidade de monitoramento contínuo e intervenções específicas para esse grupo.

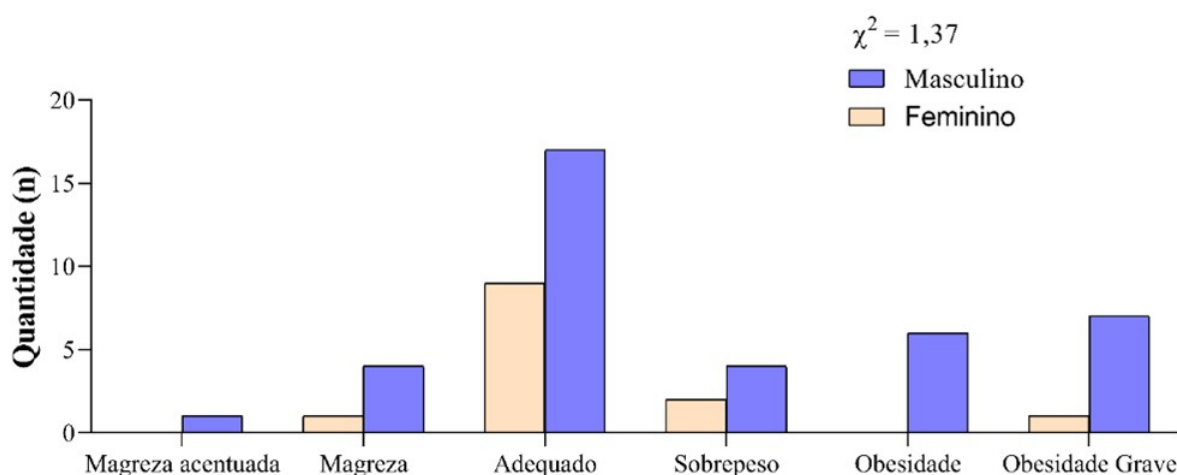


Figura 2 - Distribuição das categorias de IMC de acordo com sexo. Floriano/PI, 2024.

A Tabela 2 mostra a análise dos estilos parentais, que teve o estilo não envolvido (negligente) como mais frequente (55,8%), seguido pelo estilo respon-

sivo (autoritativo) (34,6%), depois o indulgente (permissivo) (9,6%) e, por fim, o estilo controlador que não foi identificado entre os participantes (0%).

Tabela 2 - Distribuição das frequências dos estilos parentais. Floriano/PI, 2024.

Estilos parentais	Feminino (n = 13)	Masculino (n = 39)	Total (n = 52)	p
Negligente (Não envolvido)	38,4% (5)	61,5% (24)	55,8% (29)	0,33 ^b
Responsivo (Autoritativo)	46,2% (6)	30,7% (12)	34,6% (18)	
Indulgente (Permissivo)	15,4% (2)	7,6% (3)	9,6% (5)	
Controlador (Autoritário)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	

Fonte: Autoras, 2024. Valores não significativos ($p > 0,05$). ^bTeste do Qui-quadrado.

A multicolinearidade entre as variáveis independentes foi avaliada antes da regressão logística múltipla, utilizando o Fator de Inflação da Variância (VIF). Todos os valores de VIF permaneceram abaixo de 2, indicando ausência de multicolinearidade significativa entre as variáveis do modelo.

A Figura 3 apresenta a razão de chances (OR) para a associação entre o grau de seletividade alimentar e as variáveis investigadas. Nenhuma das associações

foi estatisticamente significativa e não foi identificada interação entre as variáveis. O ajuste do modelo foi avaliado pelo teste de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,633$), indicando boa adequação do modelo logístico.

A Figura 3 apresenta a síntese dos resultados de correlação e regressão logística. Mostrando que nenhum dos modelos apresentou significância estatística e o teste de Hosmer-Lemeshow indicou boa adequação ($p = 0,633$).

Variáveis	r (Correlação)	OR (Regressão)	IC 95%	p-valor	Interpretação
Idade da criança	—	1,15	0,80–1,70	$>0,05$	Sem associação com seletividade
Sexo (ref.: masculino)	—	1,57	0,29–7,71	$>0,05$	Meninas não diferiram dos meninos
Peso (kg)	—	1,06	0,93–1,22	$>0,05$	Sem efeito significativo
IMC (kg/m ²)	—	0,88	0,63–1,18	$>0,05$	Sem associação com seletividade
Renda (>1 salário-mínimo)	—	0,38	0,01–2,71	$>0,05$	Sem associação
Idade dos pais	—	1,02	0,93–1,11	$>0,05$	Sem efeito significativo
Estilos parentais	Não houve correlação significativa	—	—	—	—

Fonte: Autoras, 2024. Valores não significativos segundo o teste de regressão múltipla logística, com teste de hipótese Hosmer-Lemeshow ($p = 0,633$).

Figura 3 - Síntese dos resultados de correlação e regressão logística. Floriano/PI, 2024.

A Figura 4 representa o heatmap que sumariza a associação entre o grau de seletividade alimentar, alto ou baixo, e as variáveis do estudo [β_0 - Intersecção dos valores; β_1 - Idade (anos); β_2 - Sexo (categórico);

β_3 - Peso (kg); β_4 - IMC (kg/m^2); β_5 - Renda (categórico); β_6 - Idade dos pais (anos)]. Os valores da correlação foram mostrados no gráfico, e observa-se que não foi identificada interação entre as variáveis ($p>0,05$).

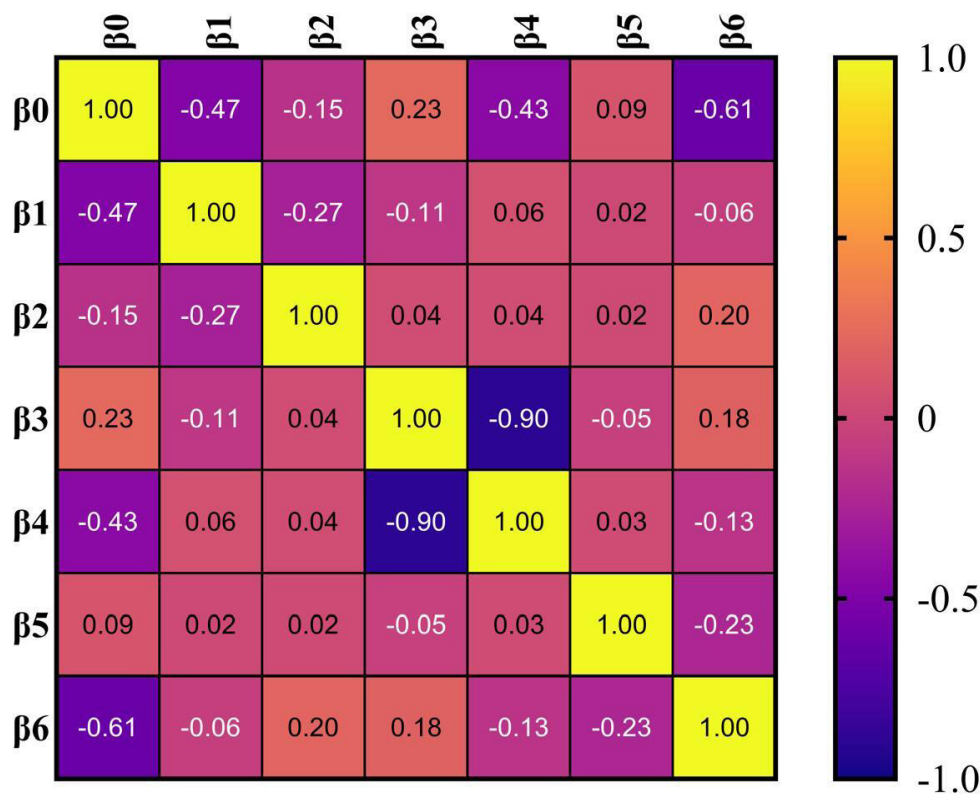


Figura 4 - Heatmap da associação entre grau de seletividade alimentar e variáveis sociodemográficas.

Valores não significativos segundo o teste de regressão múltipla logística, com teste de hipótese Hosmer-Le-meshow ($p = 0,633$).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram analisar a relação dos estilos parentais, seletividade alimentar e o estado nutricional de crianças com TEA. De acordo com a literatura consultada até o momento, este parece ser o primeiro estudo a utilizar o questionário do QEPA¹³ com cuidadores de crianças com TEA. Entre as 52 crianças participantes, a maioria era do sexo masculino, o que é compatível com a literatura que aponta maior prevalência do TEA em meninos^{3,5}.

Nesse estudo, a seletividade alimentar mostrou-se presente, sendo a maioria das crianças classificadas como “sempre seletivas” ou “frequentemente seletivas”. Esses dados apontam que a maioria apresentou alimentação restrita, limitando-se à in-

gestão de poucos grupos alimentares.

Com relação à presença de seletividade alimentar em crianças com TEA, diversos estudos mostram resultados semelhantes^{2,17,18} ao presente estudo, Sharp *et al.*¹⁷ tiveram como resultado a presença da seletividade alimentar grave em crianças com TEA, envolvendo a não aceitação frequente de todos os vegetais, seguidos de todas as frutas.

Nesse sentido, é fundamental dar ênfase aos cuidados e ao acompanhamento nutricional, principalmente quando se trata de crianças com TEA e com seletividade alimentar¹⁸. Os pais precisam de suporte para atender às necessidades de seus filhos, e esse é um aspecto essencial a ser lembrado não apenas no momento do diagnóstico, mas

durante todo o processo de cuidado ao indivíduo com TEA¹⁹. Assim, é fundamental analisar os estilos parentais que influenciam o comportamento alimentar das crianças e são determinados não só pelas preocupações dos pais, mas também pelas características das crianças²⁰.

Neste estudo, o estilo não envolvido (negligente) foi o mais prevalente. Esse resultado está de acordo com o apresentado em Portes *et al.*²¹, que também identificou uma prevalência desse estilo em famílias de crianças com TEA, sugerindo uma possível relação entre a baixa supervisão parental e problemas no desenvolvimento de hábitos alimentares adequados. Além disso, esse resultado reforça a hipótese de que o estilo parental não envolvido pode intensificar padrões de seletividade alimentar, um achado ainda pouco descrito na literatura nacional.

Por outro lado, o estilo parental responsivo (autoritativo), tem sido associado a melhores níveis de coparentalidade e menor índice de conflitos entre os cuidadores²². Em um estudo indonésio, pais de crianças com TEA foram classificados como mais autoritários²³. Esse estilo parental parece ter um papel protetor em relação ao excesso de peso infantil²³. A literatura reforça que pais responsivos promovem maior aceitação de alimentos variados e menor seletividade alimentar²⁴.

O estilo permissivo pode ser associado a uma menor imposição de limites, permitindo que a criança tenha mais autonomia nas escolhas alimentares²¹. No presente estudo, esse estilo parental pode estar relacionado à dificuldade dos pais em lidar com a seletividade alimentar, favorecendo um ambiente onde a criança tem maior autoridade sobre suas escolhas alimentares.

Os desafios comportamentais podem levar a um aumento do estresse parental, afetando a capacidade dos pais de sustentar práticas responsivas ao longo do tempo²¹. Esse cenário pode influenciar diretamente os estilos parentais na alimentação, favorecendo, por exemplo, práticas mais permissivas ou negligentes. É válido ressaltar que até o momento a literatura explora pouco o QEPA¹³ nessa população, porém o questionário contribuiu para ampliar o conhecimento sobre como os estilos parentais afetam o comportamento alimentar dessas crianças.

A relação entre seletividade alimentar e o estado nutricional de crianças com TEA é complexa e tem sido objeto de diversos estudos^{25,26,27,28}. Algumas pesquisas indicam que, apesar da dieta restrita, muitas crianças com TEA mantêm um peso adequado para a idade. Por exemplo, um estudo feito com 34 crianças diagnosticadas com TEA en-

tre 3 e 10 anos, observou que 73,53% das crianças avaliadas apresentavam peso adequado, mesmo com padrões alimentares repetitivos²⁹. Esses dados também corroboram o estudo de Assunção *et al.*³⁰, que teve como objetivo correlacionar o estado nutricional, os dados sociodemográficos e o comportamento alimentar de crianças com TEA. Nele, foram analisadas 30 crianças com TEA entre 3 e 11 anos de idade e a maioria também foi classificada como eutrófica, indicando um peso considerado saudável em relação à altura³⁰.

Nesta pesquisa, a análise do IMC para idade mostrou que a maioria das crianças avaliadas apresentou um estado nutricional adequado, apesar da presença de magreza em alguns casos. No entanto, casos de sobrepeso e obesidade também foram observados, principalmente entre os meninos. Esses achados são semelhantes ao estudo que avaliou o estado nutricional e o consumo alimentar de crianças com TEA e encontrou uma distribuição semelhante, em relação ao risco de sobrepeso²⁸. Pais de meninas costumam demonstrar maior preocupação com a alimentação e o peso, o que pode levar a uma maior regulação da alimentação e possivelmente, menores taxas de obesidade nesse grupo³¹.

Em relação à renda, foi observado que a maioria dos indivíduos que compõem a pesquisa possuíam uma renda familiar de até 1 salário-mínimo. Tal achado se assemelha a outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil com crianças e adolescente com TEA, como um estudo na Paraíba que evidenciou que a maioria das famílias participantes também se encontravam nessa faixa de renda²¹. Em Pelotas, município do Rio Grande do Sul, 44,4% também se enquadravam nessa faixa de renda e não houve associação significativa entre a seletividade alimentar e o estado nutricional ($P = 0,5$) e associação entre renda familiar e seletividade alimentar ($P = 0,4$)¹⁸.

Embora a renda esteja frequentemente associada à insegurança alimentar e à dificuldade de acesso a alimentos diversificados, a seletividade alimentar deve ser investigada pelos fatores sensoriais e comportamentais que podem transcender a condição socioeconômica²⁵. Porém é necessário chamar atenção que a carência de recursos financeiros e de informações sobre estratégias para lidar com a seletividade alimentar pode levar a exaustão dos cuidadores, que cedem às preferências alimentares das crianças²⁸.

A maioria dos pais possuía o ensino fundamental incompleto; o ensino superior completo foi menos frequente. O nível de escolaridade pode estar relacionado a melhores práticas alimentares, cuida-

dores com maior nível educacional adotam estratégias para uma melhor variedade de alimentos⁸. Sendo assim, outro fator essencial seria a implantação de programas de educação alimentar para cuidadores, visando oferecer orientações práticas sobre como lidar com a seletividade alimentar e introduzir novos alimentos de forma gradual, independentemente da condição socioeconômica da família.

No presente estudo, é importante destacar que a equipe multidisciplinar não conta com nutricionista e provavelmente a presença desse profissional contribuiria para mitigar a seletividade alimentar que esteve presente na maioria das crianças avaliadas. O ensino da nutrição à criança está muito relacionado também à disponibilidade do alimento na residência, e o nutricionista, ao atuar junto as famílias, pode oferecer suporte para ajudar no ensinamento da importância de consumir alimentos variados⁸.

O estudo apresenta como principal limitação o tamanho reduzido da amostra, o que pode ter afetado a capacidade de identificar associações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas. Não foi possível obter o número amostral inicialmente calculado devido às dificuldades

no serviço de saúde. Inicialmente, muitas crianças não possuíam laudo com diagnóstico do TEA. Além disso o local da pesquisa passou a restringir o atendimento apenas a crianças residentes na cidade. Outro fator relevante foi que o município conta com apenas uma neuropediatra para atender a alta demanda de crianças. Como consequência, muitos casos ainda estavam em fase de investigação e não puderam ser incluídos no estudo dentro do período estipulado. Contudo, isso não significa a ausência de associação real entre o estilo parental, seletividade alimentar e estado nutricional, podendo estar relacionado somente ao tamanho amostral reduzido.

Outras limitações observadas nesse estudo são relacionadas ao autoreporte dos pais, visto que podemos encontrar erros e inconsistências nas respostas dadas e a falta de controle por comorbidades.

Apesar dessas limitações, os achados desse estudo podem ser úteis para profissionais da saúde, pois reforçam a importância de conhecer melhor os pais envolvidos na alimentação da criança e os fatores que podem estar associados a seletividade, além de um olhar mais atencioso voltado ao perfil nutricional da criança.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o estilo parental não envolvido foi o mais prevalente entre os cuidadores de crianças com TEA, estando associado a uma elevada seletividade alimentar. Embora a maioria das crianças apresentasse estado nutricional adequado, a presença de sobrepe-

so entre meninos indica a necessidade de acompanhamento contínuo. Recomenda-se que futuras pesquisas com amostras maiores explorem intervenções educativas direcionadas aos pais, a fim de melhorar os hábitos alimentares e o bem-estar nutricional dessa população.

Declaração do autor CRediT

Conceitualização: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF. Metodologia: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF. Validação: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF. Análise estatística: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF. Análise formal: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF. Investigação: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF. Redação – versão original: Gonzaga; Castro, AGP; Corrêa, FF. Redação – revisão e edição: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF. Visualização: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF. Supervisão: Castro, AGP; Fernanda Ferreira Corrêa. Administração do projeto: Gonzaga, AL; Castro, AGP; Corrêa, FF.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Furtuoso P, Mori N. Integração sensorial e modulação sensorial de escolares com transtorno do espectro do autismo. *Conjecturas*. 2022;22:419–31. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/365696099_Integracao_sensorial_e_modulacao_sensorial_de_escolares_com_transtorno_do_espectro_do_autismo
2. Rocha GSS, Medeiros Júnior FC, Lima NDP, Silva MV, Machado A, Pereira IC, et al. Análise da seletividade alimentar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019;24:e538. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/538>

3. Tan WY, Hamzaid NH, Ibrahim N. Parental perceptions on the importance of nutrients for children with autism spectrum disorder (ASD) and the coping strategies: a qualitative study. *Nutrients*. 2023;15(7):1608. <https://doi.org/10.3390/nu15071608>
4. Sabatini BEJ, Cobus D, Ito VC. Sensibilidade sensorial e seletividade alimentar em crianças com transtorno do espectro autista (TEA): diretrizes para a terapia alimentar. *Dataset Rep*. 2023;2(1). Disponível em: <https://journals.royaldataset.com/dr/article/view/64>
5. Lázaro CP, Siquara GM, Pondé MP. Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação. *J Bras Psiquiatr*. 2019;68(4):191–9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000246>
6. Lorena CAS, Daniel NVS, Marques REF, Picoli MEF, Ananias F. Avaliação da seletividade alimentar em crianças de 2 a 10 anos com Transtorno do Espectro Autista em instituição no município de Campinas. *Braz J Dev*. 2022;8(11):70522–49. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/54348>
7. Valenzuela-Zamora AF, Ramírez-Valenzuela DG, Ramos-Jiménez A. Food selectivity and its implications associated with gastrointestinal disorders in children with autism spectrum disorders. *Nutrients*. 2022;14(13):2660. <https://doi.org/10.3390/nu14132660>
8. Sivamaruthi BS, Suganthi N, Kesika P, Chaiyasut C. The role of microbiome, dietary supplements, and probiotics in autism spectrum disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2647. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082647>
9. Magagnin T, Silva MA, Nunes RZS, Ferraz F, Soratto J. Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. *Physis (Rio J.)*. 2021;31(1):e310104. doi:10.1590/S0103-73312021310104. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n1/e310104/pt/>
10. Ribeiro ET, Heringer PN, Valente NC, Ávila RS, Silva ARM, Marinho FCN, et al. Avaliação do estado nutricional em crianças com autismo: desafios e recomendações. *Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ*. 2023;9(8):2127-2139. doi:10.51891/rease.v9i8.10978. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10978>
11. Oliveira AM, Oliveira DS. Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância: revisão da literatura. *Rev Eletr Estácio Recife*. 2019;5(2). Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/322>
12. Vaughn AE, Ward DS, Fisher JO, Faith MS, Hughes SO, Kremers SP, et al. Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutr Rev*. 2016;74(2):98–117. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv061>
13. Cauduro GN, Reppold CT, Pacheco JTB. Adaptação transcultural do Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA). *Aval Psicol*. 2017;16(3):293–300. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.12452>
14. Hughes SO, Power TG, Orlet Fisher J, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*. 2005;44(1):83–92. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.08.007>
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Growth reference data for 5–19 years. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
16. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
17. Sharp WG, Postorino V, McCracken CE, Berry RC, Criado KK, Burrell TL, et al. Dietary intake, nutrient status, and growth parameters in children with autism spectrum disorder and severe food selectivity: an electronic medical record review. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(10):1943–50. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.005>
18. Moraes LS, Bubolz VK, Marques AC, Borges LR, Muniz LC, Bertacco RTA. Seletividade alimentar em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. *Rev Assoc Bras Nutr*. 2021;12(2):42–58. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/1762>
19. Aguiar MCM, Pondé MP. Autism: impact of the diagnosis in the parents. *J Bras Psiquiatr*. 2020;69(3):149–55. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000276>
20. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia de orientações: dificuldades alimentares. Rio de Janeiro: SBP; 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23419b-Guia_de_Orientacoes-Dificuldades_Alimentares_SITE_P-P.pdf
21. Portes JRM, Amorim MVLC, Vieira ML. Estilos parentais, coparentalidade e problemas de comportamento em crianças com autismo: estudo correlacional. *Acta Colomb Psicol*. 2022;25(2):78–89. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.5>
22. Portes JRM, Vieira ML. Coparentalidade no contexto familiar de crianças com transtorno do espectro autista. *Psicol Estud*. 2020;25:e44897. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44897>
23. Riany YE, Cuskelly M, Meredith P. Parenting style and parent-child relationship: a comparative study of Indonesian parents of children with and without autism spectrum disorder (ASD). *J Child Fam Stud*. 2017;26(12):3559–71. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0840-3>
24. Rochinha J, Sousa B. Os estilos e práticas parentais, a alimentação e o estado ponderal dos seus filhos. *Rev SPCNA*. 2012;18(1). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/65982>
25. Hirsch KH, Paquin JD. “The stress of the situation has changed us both”: a grounded theory analysis of the romantic relationship of parents raising children with autism. *J Child Fam Stud*. 2019;28:2673–89. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01448-y>
26. Bicer AH, Alsaffar AA. Body mass index, dietary intake and feeding problems of Turkish children with autism spectrum disorder (ASD). *Res Dev Disabil*. 2013;34(11):3978–87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24029808>
27. Santana PS, Alves TCHS. Consequências da seletividade alimentar no estado nutricional na infância: uma revisão narrativa. *Res Soc Dev*. 2022;11(1):e52511125248. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25248>
28. Caetano MV, Gurgel DC. Perfil nutricional de crianças portadoras do transtorno do espectro autista. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2018;31(1). Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6714>
29. Santos NAS, Magalhães MJS, Michalski SDFM, Silva RJA, Silva PS, Silva LB, et al. Perfil alimentar e nutricional de crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2024;24(8):e14941. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14941>
30. Assunção NP, Moraes IA, Moraes YFBO, Campos JSP, Silva RV, Oliveira VV, et al. Correlação entre estado nutricional, dados sociodemográficos e comportamento alimentar de crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Rev Neurocienc*. 2024;32:1–27. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/16336>
31. Powell EM, Frankel LA, Hernandez DC. The mediating role of child self-regulation of eating in the relationship between parental use of food as reward and child emotional overeating. *Appetite*. 2017;113:78–83. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.02.017>

Como citar este artigo: Gonzaga, A.L., Castro, A.G.P., Corrêa, F.F. (2025). Associação entre estilos parentais e seletividade alimentar e estado nutricional de crianças com Transtorno do Espectro Autista. *O Mundo Da Saúde*, 49. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202549e18032025P>. *Mundo Saúde*. 2025;49:e18032025.

Material Suplementar 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

TÍTULO DA PESQUISA: A INFLUÊNCIA DOS ESTILOS PARENTAIS NA SELETIVIDADE ALIMENTAR DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Pesquisadora Responsável: Ana Luiza Gonzaga

Prezado(a) Senhor(a)

Por meio deste documento, você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, desta pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações nesse documento, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você irá acessar um formulário do Google Forms e será necessário que responda alguns dados. A pesquisadora responsável estará disponível para responder todas as dúvidas.

Descrição e objetivo da pesquisa: Crianças com TEA têm maior risco de apresentarseletividade alimentar. O modo como os cuidadores conduzem a hora da refeição pode influenciar, a alimentação da criança, portanto queremos conhecer as práticas frequentemente utilizadas pelos pais durante a alimentação.

Procedimento: Esta pesquisa consiste em pesar e medir a altura do seu filho e coletar suas respostas por meio de um questionário eletrônico (pode ser respondido pelo celular, tablete ou no computador), aproximadamente 30 minutos, com intuito de conhecer a presença ou ausência de seletividade alimentar e práticas alimentares. Caso seu filho apresente baixo peso ou esteja acima do peso, a pesquisadora responsável fará tratamento nutricional pelo tempo que for preciso. Para efeito de caracterização das crianças, no período de duração da pesquisa, será coletado no sistema de prontuário fornecido pela equipe o diagnóstico clínico da criança que confirme o TEA pela neuropediatra. Caso o senhor(a) aceite participar é necessário sua assinatura e depois irei disponibilizar um link com o questionário eletrônico. Irei lhe entregar uma via do TCLE e a outra ficará com a pesquisadora.

Benefícios: As informações obtidas nessa pesquisa serão de grande valia para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do conhecimento das dificuldades alimentares das crianças, prática alimentar de pais e mães, o benefício para você e a criança por quem você é responsável é indireto, mas vai ajudar, por meio dos resultados, a conhecer melhor a relação da criança com TEA em seus aspectos alimentares e nutricionais.

Riscos: Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, a criança pode apenas sentir um possível desconforto durante a tomada de medida, peso, altura. Todos os procedimentos são indolores. A pesquisadora interromperá o processo a qualquer momento, se a criança pedir. Da mesma forma esta pesquisa apresenta riscos mínimos para o responsável, diante da possibilidade de lhe causar desconforto ou cansaço ao responder às perguntas do questionário apresentado, para minimizar esses riscos o questionário é bem direcionado e fácil de responder, mas se você desistir de responder, seus dados não serão usados.

Rubrica do Participante: -----

Rubrica do Pesquisador: -----

Sigilo: Todas as informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas da pesquisadora responsável e serão usados somente para essa pesquisa. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento da pesquisa, e os dados serão analisados em grupo. A pesquisadora se compromete a guardar os dados obtidos por cinco anos e os resultados obtidos poderão ser apresentados em eventos e publicações científicas, sempre sem sua identificação e da criança que irá participar.

Pesquisadora responsável: Caso você tenha alguma dúvida poderá entrar em contato com Ana Luiza Gonzaga, contato: (89) 9.9408-0657 ou pelo e-mail: anny-gonzaga@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CoEP no e-mail coep@saocamillo-sp.br ou telefone (11) 3465- 2654. Horário de atendimento às segundas e quintas-feiras das 8h às 14h. Terças, quartas e sextas-feiras das 8h às 16h. Informações em <https://saocamillo-sp.br/extensao/coep>.

Você não receberá gratificação financeira ou algum tipo de remuneração por participar deste estudo, todos os gastos serão de responsabilidade da pesquisadora responsável. Caso ocorra algum gasto por causa dessa pesquisa, você receberá o ressarcimento devido.

Você terá direito de requerer indenização (reparação a danos imediatos ou futuros), garantida em lei, decorrentes de sua participação na pesquisa.

Concordo que recebi todas as informações sobre o projeto de pesquisa de forma clara e completa e que minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Tenho conhecimento de que posso desistir da minha participação a qualquer momento.

Aceito

Não aceito

Florianópolis, de de

Colocando-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, agradecemos a sua colaboração.

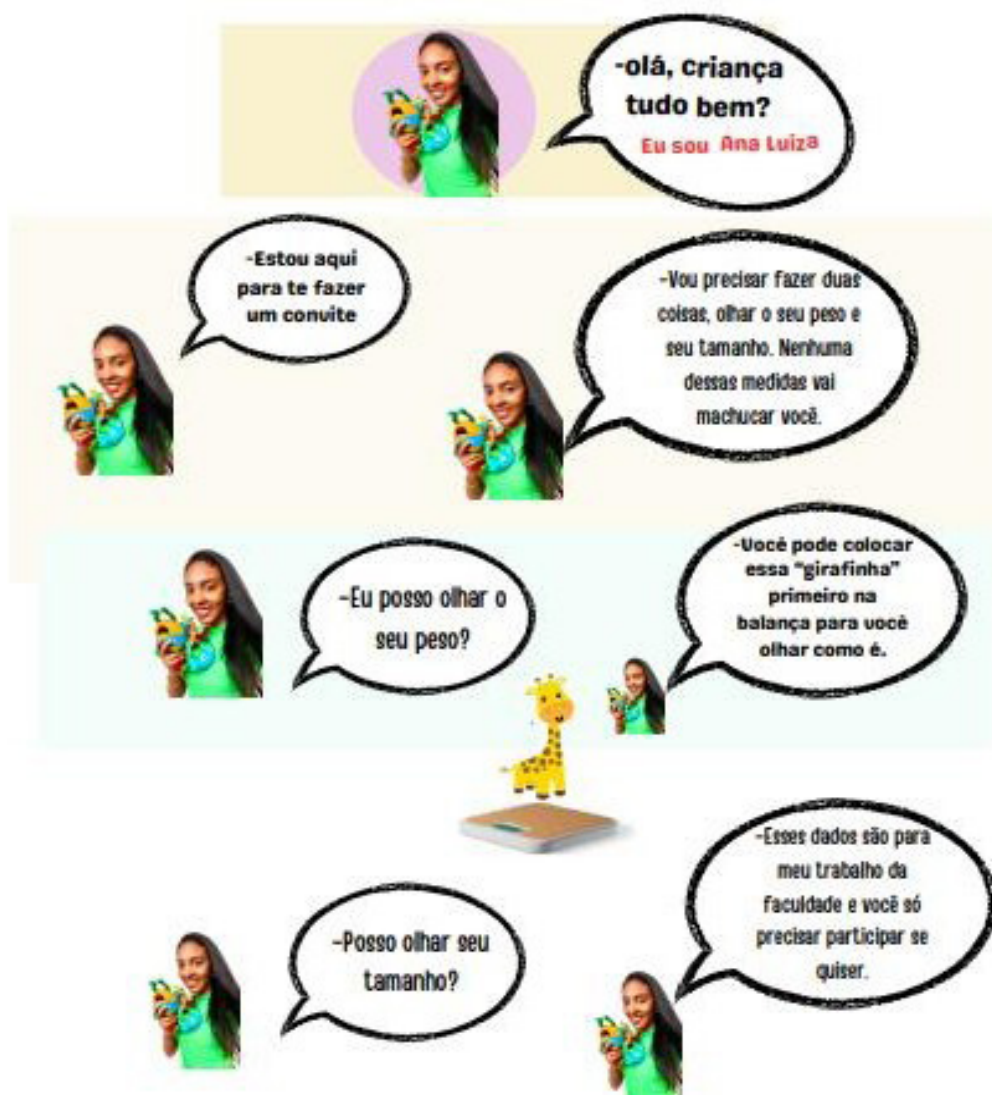
Rubrica do Participante: -----

Rubrica do Pesquisador: -----

Fonte: produzido pelas autoras (2024).

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) - crianças alfabetizadas

Resolução (510/2016- CNS)



Se você aceitar participar escreva o seu nome

Nome do Participante: _____

Nome da Pesquisadora: _____

Floriano-PI-----/-----/-----

Página 1 de 1

Fonte: produzido pelas autoras (2024).

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) - crianças não alfabetizadas

Resolução (510/2016- CNS)

-olá, criança tudo bem?
Eu sou Ana Luiza

-Estou aqui para te fazer um convite

-Vou precisar fazer duas coisas, olhar o seu peso e seu tamanho. Nenhuma dessas medidas vai machucar você.

-Eu posso olhar o seu peso?

-Você pode colocar essa "girafinha" primeiro na balança para você olhar como é.

-Posso olhar seu tamanho?

-Esses dados são para meu trabalho da faculdade e você só precisa participar se quiser.

Se você aceitar participar pode circular essa gravura

Nome da Pesquisadora: _____

Florianópolis-PI-----/-----/-----

Página 1 de 1

QUESTIONÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS NA ALIMENTAÇÃO (QEPA)

Inglês	Português
<i>How often during the dinner meal do you ...</i>	<i>Quantas vezes durante a refeição você:</i>
1 Physically struggle with the child to get him or her to eat (for example, physically putting the child in the chair so he or she will eat).	Usa de força física com a criança para que ela coma (por exemplo, fazendo com que a criança fique na cadeira para comer).
2 Promise the child something other than food if he or she eats (for example, "If you eat your beans, we can play ball after dinner").	Promete algo à criança, que não seja comida, como recompensa por comer (por exemplo, "se você comer o feijão, podemos jogar bola depois do almoço").
3 Encourage the child to eat by arranging the food to make it more interesting (for example, making smiley faces on the pancakes).	Incentiva a criança a comer, "enfeitando" a comida para torná-la mais interessante (por exemplo, fazendo figuras/desenhos com os legumes ou verduras).
4 Ask the child questions about the food during dinner.	Faz perguntas para a criança sobre a comida, durante a refeição (por exemplo, pergunta à criança se a comida está gostosa).
5 Tell the child to eat at least a little bit of food on his or her plate.	Pede para a criança comer, pelo menos, um pouco da comida que está no prato.
6 Reason with the child to get him or her to eat (for example, "Milk is good for your health because it will make you strong").	Explica os benefícios da comida para que a criança coma (por exemplo, "o leite é bom para a sua saúde, porque ele vai fazer você ficar forte").
7 Say something to show your disapproval of the child for not eating dinner.	Diz algo à criança que demonstre a sua desaprovação pelo fato dela não ter comido a refeição.
8 Allow the child to choose the foods he or she wants to eat for dinner from foods already prepared.	Permite que a criança escolha o que ela quer comer na refeição, entre os alimentos que já estão servidos.
9 Compliment the child for eating food (for example, "What a good boy! You're eating your beans").	Elogia a criança quando ela come (por exemplo, "Que menino(a) legal! Você está comendo o seu feijão!").
10 Suggest to the child that he or she eats dinner, for example by saying, "Your dinner is getting cold."	Sugere que a criança coma, dizendo, por exemplo, "a comida está esfriando".
11 Say to the child "Hurry up and eat your food".	Apressa a criança no momento da refeição (por exemplo, fala para a criança: "Vamos mais rápido, coma logo a sua comida").
12 Warn the child that you will take away something other than food if he or she doesn't eat (for example, "If you don't finish your meat, there will be no play time after dinner").	Diz para a criança que irá tirar alguma coisa dela, se ela não comer a comida (por exemplo, "Se você não comer a comida não vai brincar depois do jantar").
13 Tell the child to eat something on the plate (for example, "Eat your beans").	Diz para a criança comer algum dos alimentos que está no prato (por exemplo, "coma o macarrão").
14 Warn the child that you will take a food away if the child doesn't eat (for example, "If you don't finish your vegetables, you won't get fruit").	Avisa a criança que vai tirar dela algum alimento se ela não comer a refeição (por exemplo, "Se você não comer, você não vai ganhar a sobremesa").
15 Say something positive about the food the child is eating during dinner.	Diz alguma coisa positiva sobre a comida que a criança está comendo, durante a refeição (por exemplo, "como está gostoso o arroz").
16 Spoon-feed the child to get him or her to eat dinner.	Dá comida na boca da criança para que ela coma a refeição.
17 Help the child to eat dinner (for example, cutting the food into smaller pieces).	Ajuda a criança a comer durante a refeição (por exemplo, cortando o alimento em pedaços menores).
18 Encourage the child to eat something by using food as a reward (for example, "If you finish your vegetables, you will get some fruit").	Incentiva a criança a comer usando outros alimentos como recompensa (por exemplo: "Se você comer, você vai ganhar a sobremesa").
19 Beg the child to eat dinner.	Implora para que a criança coma a refeição.

Fonte: Cauduro, Reppold e Pacheco (2017).

Material Suplementar 3

ESCALA LABIRINTO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DO TEA (SELETIVIDADE ALIMENTAR)

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					
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:___				—

Fonte: Lázaro, Siquara e Pondé (2019)