

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

MARIA EDUARDA GABRIEL DOS SANTOS

**PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO NO INÍCIO DA VIDA E O DESENVOLVIMENTO
DE SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM O TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

Vitória de Santo Antão
2024

MARIA EDUARDA GABRIEL DOS SANTOS

**PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO NO INÍCIO DA VIDA E O DESENVOLVIMENTO
DE SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM O TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dra. Michelle Figueiredo Carvalho.

Vitória de Santo Antão

2024

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

Santos, Maria Eduarda Gabriel dos.

Práticas de alimentação no início da vida e o desenvolvimento de seletividade alimentar em crianças com o transtorno do espectro autista / Maria Eduarda Gabriel dos Santos. - Vitória de Santo Antão, 2024.

77, tab.

Orientador(a): Michelle Figueiredo Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Nutrição - Bacharelado, 2024.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Alimentação complementar. 2. Alimentação infantil. 3. Comportamento alimentar. 4. Transtorno do espectro autista. I. Carvalho, Michelle Figueiredo . (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

Maria Eduarda Gabriel dos Santos

**PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO NO INÍCIO DA VIDA E O DESENVOLVIMENTO
DE SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM O TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

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

Aprovado em: 22/03/2024.

Banca Examinadora

Niedja Maria da Silva Lima (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Marcela de Albuquerque Melo (Examinadora Externa)
Centro Universitário Faculdade Osman Lins

Michelle Figueiredo Carvalho (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a todos que sempre me auxiliaram e acreditaram em mim, em especial meus pais e meu irmão que sempre me deram apoio e incentivaram todas as minhas decisões para que esse sonho pudesse se tornar realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que nos momentos onde estive apreensiva ele foi minha fortaleza, sempre guiando os meus passos e me fazendo compreender que tudo nessa vida tem um propósito e nada acontece por acaso e a Nossa senhora que sempre me acolheu em seu manto e me deu forças para continuar.

Agradeço aos meus pais, Sueli Gabriel e Albani Caetano e ao meu irmão Bruno Caetano pelas orações e por estarem sempre ao meu lado desde o início me apoiando, incentivando e dando forças para seguir em frente independente dos obstáculos que está presente na vida. Também a minha avó por todas as suas orações e torcida pelo meu futuro e ao meu namorado por todo incentivo e apoio.

Gratidão às amigas que conquistei durante esses anos de graduação onde sempre estivemos juntas apoiando a outra, sempre torcendo pela felicidade e realização da outra e que sempre pude confiar (Beatriz e Mariana).

Agradeço à minha orientadora, Michelle Carvalho por me fazer aumentar mais ainda a admiração pela área de materno infantil, pela brilhante orientação, pela condução na construção do trabalho, tranquilidade e pela confiança depositada em mim.

Gratidão a todos os professores que estiveram presente durante a minha graduação, por todo aprendizado compartilhado, compreensão e empatia.

Agradeço à Universidade Federal de Pernambuco Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV) por sempre ofertar um ensino de qualidade com excelentes profissionais, onde pude concluir minha graduação.

Por fim, gostaria de agradecer a banca examinadora, pela disponibilidade e prestatividade para avaliação desse trabalho.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

“Minha mãe é a Virgem Maria é ela que agora vai me acolher, me abraçar, me perdoar, me compreender, me acalmar, me ensinar, me educar, me formar, me amar”.

Kelly Patrícia

RESUMO

O principal intuito do estudo foi compreender como se caracterizam as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar e a ocorrência de seletividade alimentar em crianças diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado com 24 crianças entre 4 a 6 anos de idade diagnosticadas com TEA e atendidas na Clínica Singular localizada no município de Vitória de Santo Antão- PE. Aplicou-se dois questionários sendo um sobre a alimentação no início da vida e outro sobre a seletividade alimentar. Nos resultados, foi observado que apenas 12,5% das crianças tiveram o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, além disso cerca de 29,7% das crianças tiveram a introdução alimentar de forma precoce e somente 12,5% evoluíram a consistência da alimentação complementar para a forma de pedaços, de acordo com a idade recomendada. No que se refere a alimentação atual da criança, foi verificado que 95,8% delas faziam o consumo de alimentos ultraprocessados, sendo também considerado como alimento preferido por cerca de 54,7%. Além disso, cerca de 50% das crianças apresentaram recusa de qualquer grupo alimentar e um consumo > 4 vezes ao dia de um único alimento. Quanto ao comportamento alimentar foi visto que 66,7% das crianças faziam as refeições em frente as telas, além de que foi observado a ocorrência da neofobia alimentar e monotonia alimentar em cerca de 79,7% das crianças. Dessa forma, a presença de um profissional nutricionista como parte da equipe multiprofissional é fundamental para auxiliar no tratamento, bem como, na prevenção da seletividade alimentar em crianças com TEA. Além disso, é necessária uma reflexão sobre a alimentação das crianças com autismo e como as práticas alimentares no início da vida exercem influência sobre a ocorrência da seletividade alimentar.

Palavras chave: alimentação complementar; alimentação infantil; comportamento alimentar; transtorno do espectro autista.

ABSTRACT

The main purpose of the study was to understand how breastfeeding and complementary feeding practices are characterized and the occurrence of food selectivity in children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD). This is a quantitative cross-sectional study carried out with 24 children between 4 and 6 years of age diagnosed with ASD and attended at the Clínica Singular located in the municipality of Vitória de Santo Antão- PE. Two questionnaires were applied, one on nutrition at the beginning of life and the other on food selectivity. In the results, it was observed that only 12.5% of children were exclusively breastfed until the age of 6 months, in addition, around 29.7% of children were introduced to food early and only 12.5% developed the consistency of breastfeeding. complementary feeding in the form of pieces, according to the recommended age. Regarding the child's current diet, it was found that 95.8% of them consumed ultra-processed foods, which was also considered the preferred food by around 54.7%. Furthermore, around 50% of children refused any food group and consumed > 4 times a day of a single food. Regarding eating behavior, it was seen that 66.7% of children ate their meals in front of screens, in addition to the occurrence of food neophobia and eating monotony in around 79.7% of children. Therefore, the presence of a nutritionist as part of the multidisciplinary team is essential to assist in the treatment, as well as in the prevention of food selectivity in children with ASD. Furthermore, it is necessary to reflect on the diet of children with autism and how eating practices at the beginning of life influence the occurrence of food selectivity.

Keywords: complementary feeding; baby food; eating behavior; autism spectrum disorder.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas das crianças com o transtorno do espectro autista atendidas em clínica especializada particular no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2024.....	34
Tabela 2 - Práticas de alimentação no início da vida em crianças com o transtorno do espectro autista (n= 24) atendidas em clínica especializada particular no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2024.....	35
Tabela 3 - Alimentação atual de crianças com o transtorno do espectro autista (n = 24) atendidas em clínica especializada particular no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2024.....	37
Tabela 4 - Percentual de respostas sempre ou frequente e nunca presentes nas características de comportamento alimentar de crianças com o transtorno do espectro autista (n = 24) atendidas em clínica especializada particular no município da Vitória da Santo Antão, Pernambuco, 2024.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ARFID	Transtorno de Ingestão Alimentar Esquivo Restritivo
BAMBIC	Validation of the Brief Assessment of Mealtime Behavior in Children
CEBI	The Children's Eating Behavior Inventory
DI	Deficiência Intelectual
DSM	Manual Diagnostico Estatístico dos Transtornos Mentais
EUA	Estados Unidos da América
IA	Introdução Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRDI	Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UP	Ultraprocessados
WHO	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 JUSTIFICATIVA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 Transtorno do Espectro Autista	16
<i>4.1.1 Epidemiologia</i>	<i>18</i>
<i>4.1.2 Sintomatologia</i>	<i>19</i>
4.2 Seletividade alimentar	20
<i>4.2.1 Instrumentos de avaliação da seletividade alimentar</i>	<i>24</i>
<i>4.2.2 Fatores relacionados à seletividade alimentar</i>	<i>25</i>
4.3 Alimentação no início da vida	27
5 MATERIAL E MÉTODOS	31
5.1 Local e tipo do estudo	31
5.2 Público alvo	31
5.3 Amostra	31
5.4 Critérios de inclusão e exclusão	31
5.5 Coleta de dados	31
5.6 Instrumentos de coleta de dados	32
5.7 Análise dos dados	33
5.8 Aspectos éticos	33
6 RESULTADOS	34
7 DISCUSSÃO	40
8 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	51
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE A PRÁTICA DE ALIMENTAÇÃO NO INÍCIO DA VIDA	55
ANEXO A - QUESTIONÁRIO SOBRE SELETIVIDADE ALIMENTAR	61
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	73

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a estratégia que isoladamente mais previne mortes em crianças menores de cinco anos, visto que é um alimento completo que possui todos os nutrientes que o bebê precisa (Saúde, 2021). É observado inúmeras vantagens nos infantes que são amamentados, como a maturação gastrintestinal, o vínculo mãe-filho, o desempenho neurocomportamental, a menor incidência de infecção e de re-hospitalização (Frota, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno, o que resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida. Dessa maneira, o aleitamento materno exclusivo (AME) é definido como aquele em que a criança recebe apenas o leite materno sem a presença de outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (Brasil, 2015).

No que se refere à alimentação complementar, esta é definida como a oferta de outros alimentos ou líquidos à criança, em adição ao leite materno (Corrêa, 2009). Por isso, a partir dos seis meses de vida da criança é recomendado a introdução de alimentos complementares, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê (Brasil, 2015). Além disso, o consumo dos alimentos complementares diminui a ingestão do leite materno e, conseqüentemente, quando ofertado antes do tempo previsto a criança recebe menos fatores de proteção (Giugliani, 2000).

Dessa forma, o aleitamento materno e a alimentação complementar são importantes para que se tenha uma melhor aceitação de novos alimentos, já que é por meio da amamentação que a criança tem o primeiro contato com sabores e odores variados, e é por meio da alimentação complementar que a criança é exposta a diferentes texturas, cheiros e temperaturas dos alimentos. Assim, quando não realizadas de maneira adequada, são fatores que podem predispor a criança a desenvolver a seletividade alimentar na infância (Sampaio, 2013). Deste modo, a seletividade alimentar é uma das dificuldades alimentares encontrada na infância

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

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

A importância da amamentação (AM) nos distúrbios do neurodesenvolvimento entre os recém-nascidos é bem reconhecida, já que é um meio natural de fornecer aos recém-nascidos e lactentes os nutrientes essenciais necessários para um crescimento saudável e desenvolvimento do sistema imunológico (Ghozy, 2020). Além do mais, de acordo com Wang (2022) crianças com TEA são apresentados mais tardiamente a alimentação complementar, sendo também observado que elas apresentam mais problemas em relação à alimentação complementar do que crianças com desenvolvimento típico.

Desse modo, acredita-se que a origem das anormalidades alimentares em crianças com TEA seja multifatorial, incluindo causas comportamentais, cognitivas e ambientais. Em particular, entre os fatores comportamentais que podem resultar em comportamentos alimentares inadequados, estão a adesão a rotinas e rituais no momento das refeições, incluindo a dificuldade em lidar com novidades, neofobia alimentar, inflexibilidade, necessidade de mesmice, mas também hipo ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais (Margari, 2020).

Dentre os diversos fatores que estão relacionados com a seletividade alimentar em crianças com TEA, tem-se a prática da alimentação no início da vida podendo representar um fator que possui grande contribuição nesse processo. Nessa perspectiva, como se caracterizam as práticas de aleitamento materno e alimentação complementar e a ocorrência de seletividade alimentar em crianças diagnosticadas com TEA.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as práticas de alimentação no início da vida e o desenvolvimento de seletividade alimentar em crianças com o transtorno do espectro autista.

2.2 Específicos

- Verificar a prática do aleitamento materno no início da vida;
- Analisar a prática da alimentação complementar no início da vida;
- Investigar a ocorrência de seletividade alimentar atualmente.

3 JUSTIFICATIVA

O aleitamento materno e a alimentação complementar são questões indispensáveis na vida de uma criança, já que nessa fase da vida estão sendo formados os hábitos alimentares, e juntos irão auxiliar na construção do novo paladar, sendo assim, por meio da alimentação complementar, a criança conhecerá novos sabores e texturas variadas que estão presentes nos alimentos. Desse modo, quando a prática do aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar não ocorrem de maneira adequada, poderá ser um fator a ser considerado no desenvolvimento da seletividade alimentar na infância.

Dessa forma, a seletividade alimentar é um problema bastante presente em crianças com o TEA o qual é decorrente de diversos fatores relacionados como comportamentos repetitivos e ritualísticos, aversões alimentares que geralmente estão associadas aos transtornos de processamento sensorial e impressões globais, tais como cor, textura, aparência, temperatura, odor, consistência, forma de apresentação do alimento e uma ingestão alimentar específica.

Logo, o desenvolvimento da seletividade alimentar em crianças com TEA apresenta diversos fatores associados, sendo necessário compreender a contribuição da prática inadequada do Aleitamento Materno e da Alimentação Complementar na seletividade alimentar.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Transtorno do Espectro Autista

Em 1943, o psiquiatra infantil Leo Kanner descreveu oito meninos e três meninas, os quais apresentavam comportamentos bastantes específicos, como: perturbações das relações afetivas com o meio, solidão autística extrema, inabilidade no uso da linguagem para comunicação, presença de boas potencialidades cognitivas, comportamentos ritualísticos com início e incidência precoce no sexo masculino (Tamanaha, 2008). Tendo como exemplo dessas crianças Donald de 5 anos, que era “mais feliz quando deixado sozinho, quase nunca chorava para ir com a mãe, não parecia notar a chegada do pai, e era indiferente às visitas aos parentes”. No ano de 1944, o pediatra Hans Asperger descreveu quatro meninos os quais apresentavam comportamentos manifestados por transtorno severo na interação social, uso pedante da fala, desajeitamento motor e incidência apenas no sexo masculino, como exemplo tem-se Fritz de 6 anos, que “aprendeu a falar muito cedo, rapidamente aprendeu a expressar-se em frases e rapidamente falava 'como um adulto', nunca conseguiu integrar-se num grupo de crianças, outro fenômeno estranho foi a ocorrência de certos movimentos e hábitos estereotipados” (Lai, 2013).

Esses relatórios, retratam vividamente o que hoje é chamado de autismo ou espectro do autismo. A compreensão do autismo evoluiu substancialmente, com um crescimento exponencial na investigação desde meados da década de 1990 (Lai, 2013). Em um estudo realizado em cinco países (Dinamarca, Finlândia, Suécia, Israel e Austrália) foi observado que o autismo é um conjunto de condições do neurodesenvolvimento de etiologia multifatorial apresentando um total de 73,9% de contribuição genética, em outro estudo foi analisado a prevalência do TEA em gêmeos idênticos onde se um dos gêmeos tiver TEA o outro terá de 36% a 95% de chance de também ter autismo (Bai, 2019; Sharma, 2018).

A primeira definição operacional apareceu na terceira edição do Manual Diagnostico Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III), as revisões subsequentes na quarta edição (DSM-IV) e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), na qual o autismo foi referido como transtorno invasivo do desenvolvimento, enfatizando o início precoce de uma tríade de características: deficiências na interação social ; deficiências na comunicação; e comportamentos, interesses e

atividades restritas, repetitivos e estereotipados. A revisão do DSM – DSM-5, publicada em 2014 – adotou o termo genérico transtorno do espectro do autismo sem uma definição de subtipos e reorganizou a tríade em uma díade: dificuldades na comunicação e na interação social; e comportamento, interesses ou atividades restritas e repetitivos (Lai, 2013). A última revisão do DSM: DSM-V-TR publicada em 2022 abordou que para se encaixar em um quadro de autismo, é necessário preencher todas as subcaracterísticas do domínio de dificuldade de comunicação social, já no CID- 11 o TEA é caracterizado por déficits persistentes na capacidade de iniciar e manter a interação social recíproca e de comunicação social e por uma série de restritos, repetitivos e padrões inflexíveis de comportamento e interesses (APA, 2022; WHO, 2022)

Sendo assim, o transtorno do espectro do autismo (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits na comunicação e na interação social e pela presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades presentes durante os primeiros períodos de desenvolvimento que impactam negativamente nos domínios social e ocupacional (Kodak, 2020).

No que se refere aos fatores de risco para o autismo, estudos epidemiológicos identificaram vários fatores, a idade reprodutiva paterna (+ de 45 anos) ou materna avançada, ou ambas, é um risco consistente, a biologia subjacente não é clara, mas pode estar relacionada com a mutação germinativa, particularmente quando de origem paterna. Foi sugerido fatores gestacionais que poderiam afetar o neurodesenvolvimento, como complicações durante a gravidez e exposição a produtos químicos também aumentam o risco de autismo (Lai, 2013). Além disso, histórico dos pais com transtornos psiquiátricos e exposição da criança no útero ao ácido valproico também é considerado como um fator de risco para o TEA (Sharma, 2018).

Além disso, o uso de medicamentos durante o período pré-natal, nascimento prematuro e o baixo peso do recém-nascido também pode estar envolvidos. Complicações pré, peri e neonatais foram descritas em crianças autistas, podendo, juntamente com a predisposição genética, conduzir ao desenvolvimento deste transtorno (Hartmann *et. al.*, 2023). Uma meta-análise publicada em 2016 relatou que 74–93% do risco de TEA é hereditário, embora fatores ambientais também sejam importantes. Estudos entre irmãos reforçam a importância da hereditariedade no TEA onde indicam a ocorrência do autismo em 7–20% das crianças subsequentes após

uma criança mais velha ser diagnosticada com TEA, e essa prevalência é aumentada em crianças com dois irmãos mais velhos com TEA (Lord *et.al.*, 2018).

4.1.1 Epidemiologia

A prevalência do autismo vem aumentando constantemente ao decorrer dos anos, segundo dados do Centers for Disease Control and Prevention (2023), no ano de 2020 uma em cada 36 (2,8%) crianças de 8 anos de idade foi identificada com transtorno do espectro do autismo, as novas descobertas são superiores à estimativa anterior de 2018, que encontrou uma prevalência de 1 em 44 (2,3%). No que diz respeito a prevalência entre crianças asiáticas, negras e hispânicas houve um aumento de 30% em 2020 quando comparado com o ano de 2018 (CDC, 2023). No Brasil não há números oficiais a respeito de algum dado epidemiológico sobre a prevalência de autismo, porém no Censo 2022 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu perguntas a respeito do autismo no questionário para que se possa fazer uma estimativa de acordo com os dados coletados (Júnior, 2022).

Estima-se que entre 1 a 2 milhões de brasileiros preenchem os critérios para o espectro autista (Hartmann *et. al.*, 2023). De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (2023) a prevalência de TEA em meninos no ano de 2020 foi maior quando comparado com as meninas, além disso as meninas têm uma maior probabilidade de serem classificadas com deficiência intelectual do que os meninos (42,1% versus 36,9%). Estudos populacionais demonstraram que os meninos tem risco 4 vezes maior que as meninas de desenvolver TEA (Sharma, 2018). As mulheres com autismo podem ter sido subdiagnosticadas pelo fato de conseguirem desenvolver habilidades de disfarçar suas dificuldades, défices comportamentais e de interação social decorrentes do transtorno (Lai, 2015).

A idade média de diagnóstico nos EUA é de 5 anos, no entanto, sinais de alerta precoce podem ser observados na infância. Estudos longitudinais de bebês em risco de desenvolver TEA relataram vários comportamentos, incluindo contato visual deficiente, falta de rastreamento visual, nenhuma orientação para nomear, poucas habilidades de imitação, falta de interesse social e linguagem limitada (Kodak, 2020). Logo, sinais de alerta precoce de autismo podem ser feitos de 18–24 meses de idade, já que é nessa idade que os sintomas característicos podem ser distinguidos do

desenvolvimento típico e de outros atrasos ou outras condições de desenvolvimento (Zeidan *et.al.*, 2022).

Atualmente o Brasil segue a orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para a utilização de instrumentos de rastreio que são recomendados quando há suspeita de autismo na criança, dentre eles tem-se os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) que permite o rastreamento/ triagem de indicadores clínicos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento sendo composto por 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais, distribuídos em quatro faixas etárias, de zero a 18 meses (Guedes, 2021). Além destes, existe um instrumento de rastreamento/triagem de indicadores do TEA adaptado e validado no Brasil que é o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat) composto por um questionário com 23 perguntas para pais de crianças de 18 a 24 meses, com respostas “sim” ou “não”, que indicam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA. O M-Chat inclui itens relacionados: aos interesses da criança no engajamento social; à habilidade de manter o contato visual; à imitação; à brincadeira repetitiva e de “faz de conta”; e ao uso do contato visual e de gestos para direcionar a atenção social do parceiro ou para pedir ajuda (Guedes, 2021).

4.1.2 Sintomatologia

O autismo ocorre em graus variados de comprometimento das comunicações verbais ou não verbais, apresentando sintomas como: comprometimento qualitativo do convívio social, da comunicação, padrões repetitivos de comportamento e comprometimento nos interesses das atividades. Embora definido por estes principais sintomas, o fenótipo dos pacientes com TEA pode variar muito, abrangendo desde indivíduos com deficiência intelectual (DI) grave e baixo desempenho em habilidades comportamentais adaptativas, até indivíduos com quociente de inteligência (QI) normal, que levam uma vida independente (Hartmann *et. al.*, 2023).

Os sinais de autismo ao nascimento não são identificados, no decorrer do processo de desenvolvimento é analisado dificuldade das habilidades sociais e de comunicação começando entre as idades de 6 a 12 meses sendo então observado um atraso no desenvolvimento infantil (Lai, 2013). Exemplos de potenciais preditores de um diagnóstico subsequente de autismo são: pouca atenção a cenas sociais ou

rostos humanos aos 6 meses de idade, pouca interação entre o bebê e os pais (compartilhamento de atenção, aceitação do bebê pelo envolvimento dos pais, brincar juntos, fluxo interativo e orientação corporal compartilhada e afeto positivo do bebê) aos 12 meses de idade, além da flexibilidade reduzida no controle da atenção ou orientação visual (desengajamento) aos 7 meses e aos 14 meses (Lai, 2013). Além disso, também pode ser observado nos bebês incômodo com sons altos, irritabilidade no colo e até mesmo pouca responsividade durante a amamentação e contato materno (Hartmann *et. al.*, 2023).

Além do mais, as crianças com TEA podem expressar algumas manifestações clínicas que são frequentemente associadas ao autismo como: transtornos de ansiedade, incluindo as generalizadas e as fobias, transtornos de separação, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), tiques motores (de difícil diferenciação com estereotípias), episódios depressivos e comportamentos auto lesivos, em torno de 84% dos casos. Transtornos de déficit de atenção e hiperatividade em cerca de 74%. Deficiência intelectual (DI), déficit de linguagem, alterações sensoriais, doenças genéticas, como Síndrome do X Frágil, Esclerose Tuberosa, Síndrome de Williams, transtornos gastrointestinais e alterações alimentares, distúrbios neurológicos como epilepsia e distúrbios do sono, comprometimento motor como Dispraxia, alterações de marcha ou alterações motoras finas (Hartmann *et. al.*, 2023).

4.2 Seletividade alimentar

Problemas com a alimentação são características marcantes e comumente descritas na conduta de crianças e adolescentes com o TEA, evidenciadas por meio de padrões alimentares incomuns, hipersensibilidade sensorial, consumo restrito de alimentos e hábitos alimentares repetitivos geralmente associadas à seletividade alimentar (De Moraes, 2021). Esses problemas são uma situação comum para 25% a 35% das crianças com desenvolvimento típico e ocorrem em até 80% daquelas com atraso no desenvolvimento, sendo visto que indivíduos com TEA possuem cinco vezes mais probabilidade de apresentar essas dificuldades, sendo uma delas a seletividade alimentar (Vasilakis, 2022).

No que diz respeito a seletividade alimentar, ao decorrer dos anos houve uma evolução na sua definição, onde de acordo com Bandini (2010) a seletividade alimentar pode ser definida por um conjunto de características e aspectos variáveis,

que compreende três domínios distintos, fundamentados pela recusa alimentar, por um repertório alimentar limitado e por uma ingestão alimentar específica de alta frequência habitual. Segundo Sampaio (2013) a seletividade alimentar é caracterizada por uma recusa alimentar, pouco apetite ou desinteresse por um alimento ou comida do mesmo grupo alimentar. Atualmente a Sociedade Brasileira de Pediatria (2021) definiu seletividade alimentar como uma das dificuldades alimentares encontrada na infância sendo caracterizada por uma recusa em experimentar novos sabores e texturas de alimentos, como também preferência por consistências, cores ou cheiros específicos limitando assim a ingestão alimentar da criança.

Em paralelo às características do transtorno, crianças com desenvolvimento típico na faixa etária dos 18 aos 24 meses tendem a apresentar dificuldades na aceitação de novos sabores e texturas, o que pode originar um consumo limitado e inadequado dos alimentos. Esse comportamento caracterizado pela neofobia alimentar – faz parte do desenvolvimento infantil típico, geralmente é mais propenso de acontecer aos 2-6 anos e tende a desaparecer ao longo da terceira infância e adolescência, mas poderá ser exacerbado ocasionando uma maior durabilidade e consequências no contexto de comportamento restritivo de TEA (Lázaro, 2018).

A seletividade alimentar poderá fazer com que a neofobia persista por mais tempo nas crianças com TEA, já que geralmente possuem uma alteração nos estímulos sensoriais ocasionando hiperreatividade ou hiporreatividade, onde crianças com uma percepção intensa tem dificuldade com determinadas texturas de alimentos, e só aceitam alguns tipos de alimentos – por exemplo, só comem alimentos macios ou crocantes ou secos – enquanto as que têm a percepção sensorial reduzida só conseguem comer alimentos com gosto muito intenso (Ribeiro, 2024).

Além disso, tem-se a presença do transtorno de ingestão alimentar esquivo-restritivo (ARFID) que está relacionado à restrição/evitação da ingestão alimentar que pode ter as seguintes consequências: dificuldades relacionadas ao equilíbrio qualitativo e quantitativo da alimentação que afeta negativamente a saúde física e prejuízo significativo em diversas esferas da vida resultante de estresse severo associado à necessidade de evitar situações sociais relacionadas ao consumo alimentar (Kozak, 2023). No que se refere a associação do ARFID com o TEA uma meta-análise mostrou que crianças com TEA têm até 5 vezes mais probabilidade de ter essas dificuldades do que aquelas sem TEA, e crianças com TEA e ARFID têm mais problemas para comer (evita alimentos) e são mais sensíveis sensorialmente do

que crianças da amostra que não tem TEA. Com relação a essas descobertas, verifica-se que o autismo co-ocorre com o ARFID em até 12,5–33,3% dos pacientes (Kozak, 2023).

Especificamente, em relação à seletividade alimentar em crianças com TEA, alguns autores demonstraram que crianças com autismo rejeitam mais alimentos do que crianças com desenvolvimento típico (Esposito *et.al.*, 2023). Além da recusa alimentar, as crianças com TEA também podem apresentar o picacismo que é caracterizado como uma compulsão e ingestão de substâncias não nutritivas no período de mais de um mês, sendo mais comum em crianças pequenas (Santos, 2013). Ademais, também é visto o uso atípico de ferramentas e utensílios, preferências quanto ao preparo dos alimentos e à preferência dos alimentos de acordo com a textura tendo uma maior aceitação por alimentos de baixa consistência, cor ou temperatura, além de problemas em relação aos comportamentos das crianças na hora das refeições (Esposito *et.al.*, 2023). A recusa dos alimentos associada às alterações sensoriais no sabor, forma, bem como preferências pelas mesmas embalagens e apresentação do alimento no prato e utensílios empregados, podem favorecer um comer seletivo em crianças (Da silva, 2022).

A seletividade alimentar por grupos de alimentos (por exemplo, grupo dos vegetais) ou por textura é outro componente, relacionado a fatores como sensibilidades sensoriais e preferência por mesmice (Vasilakis, 2022). Um estudo transversal examinou dificuldades alimentares em 349 crianças, destas, 74 apresentaram seletividade por grupo (62% com TEA), enquanto 92 relataram seletividade por textura (31% com TEA) (Vasilakis, 2022). Da mesma forma, resultados de outro estudo comparando crianças com TEA versus neurotípicas, apontaram que o grupo com TEA teve uma probabilidade significativamente maior de manifestar seletividade por textura e seletividade por grupo (Vasilakis, 2022). Além disso, a alimentação exigente parece ser o comportamento alimentar predominante identificado entre a população com TEA (Vasilakis, 2022).

Portanto, não é de surpreender que os alimentos menos consumidos pelas crianças com TEA sejam geralmente frutas, vegetais, legumes, carnes e alguns cereais moles. Geralmente, frutas e vegetais (além de seus sabores e odores) costumam ser preparados em consistências complexas, que geralmente são rejeitadas por crianças com TEA que apresentam hiperresponsividade sensorial oral (Valenzuela, 2022). Desta maneira, crianças com TEA com hipersensibilidade

sensorial oral atípica exibiram maior recusa alimentar, repertório alimentar mais restrito e menor variedade de frutas e vegetais em comparação com aquelas com hipersensibilidade sensorial oral típica (Chistol, 2018). Assim, crianças com TEA que apresentam essa resposta sensorial atípica geralmente preferem texturas crocantes, uniformes e semi-secas (Valenzuela, 2022).

4.2.1 Instrumentos de avaliação da seletividade alimentar

Nome do instrumento	Autor e ano	Objetivo	Número de questões
The Children's Eating Behavior Inventory: Reliability and Validity Results (CEBI)	Lynda A. Archer, Peter L. Rosenbaum e David L. Streiner (1991)	Avaliar problemas no horário das refeições em uma ampla faixa etária.	40
Validation of the Brief Assessment of Mealtime Behavior in Children (BAMBIC) for Children in a Non-Clinical Sample	Seiverling, L, J. et, al. (2016)	Inclui questões sobre comportamentos agressivos e perturbadores, comportamento alimentar infantil e a escala de ação na hora das refeições dos pais, produzindo assim três subescalas que são a variedade limitada, recusa alimentar e comportamento disruptivo das crianças	50
Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista	Lázaro, C, P; Siquara, G, M; Pondé, M, P (2020).	Avalia o comportamento alimentar de crianças com TEA através dos seguintes pontos: motricidade na mastigação, seletividade alimentar, aspectos comportamentais, sintomas gastrointestinais, sensibilidade sensorial e habilidades nas refeições.	53

4.2.2 Fatores relacionados à seletividade alimentar

Existem diversos fatores que estão associados a ocorrência de seletividade alimentar em crianças, podendo ser classificados como preferências inatas, exposição pré-natal e aleitamento materno, introdução alimentar relacionado a exposição e aspectos sensoriais, práticas parentais, marketing alimentar e os determinantes sendo divididos em social, econômico e cultural.

Assim, no que se refere as preferências inatas (Determinantes biológicos): As preferências inatas determinam escolhas alimentares desde o nascimento. Após a concepção, é possível observar uma resposta positiva por alimentos doce e ao salgado e a resposta negativa ao amargo. Esta preferência pelo sabor doce pode ser explicada por ser predominante no leite materno e porque o mesmo pode ser reconhecido como indicador de alimentos com maior densidade calórica (Gerardo, 2021). Ademais, a seletividade alimentar também pode se relacionar na maioria das vezes as fases de crescimento e desenvolvimento da criança, já que no período de 2-6 anos a criança passa por uma diminuição da taxa de crescimento sendo considerada como uma fase crítica da aceitação alimentar pois também ocorre a diminuição do apetite da criança e isso faz com que os responsáveis insistam para as crianças comerem ou deem punições ocasionando assim uma resistência para se alimentar podendo causar a seletividade alimentar (Ortiz, 2012).

Exposição pré-natal e aleitamento: A capacidade para detectar sabores e cheiros desenvolve-se durante a gestação, intraútero. O contato do feto com o líquido amniótico, que pode conter aromas provenientes da dieta da mãe; bem como o leite materno na vida pós-natal, sendo considerados de extremo interesse para exposição a novos sabores e prevenção de seletividade alimentar. Crianças cujas mães têm uma dieta saudável apresentam uma maior probabilidade de aceitar os alimentos. Estudos sugerem que crianças alimentadas pelo leite materno apresentam menor seletividade alimentar e estão mais disponíveis a experimentar e aceitar novos sabores e alimentos (Gerardo, 2021).

Introdução alimentar (Exposição): A seletividade alimentar, pode desenvolver-se durante a introdução alimentar, em conjunto com a neofobia. Um dos processos associados à introdução alimentar é a exposição repetida a novos alimentos, pois são necessárias várias exposições a um alimento até que este seja aceito. Ainda que não haja um consenso entre autores no número de exposições necessárias, o

recomendado inclui-se entre as 6 e 15 exposições. Este processo é denominado familiarização e demonstra ter um papel determinante na aceitação dos alimentos durante a introdução alimentar, especialmente de legumes e verduras (Gerardo, 2021).

Introdução alimentar (Aspectos sensoriais): o conhecimento das crianças sobre alimentação, não se traduz diretamente em escolhas alimentares saudáveis, uma vez que a saúde é uma questão de baixa prioridade para esta população, por isso as preferências alimentares vão ter um papel muito significativo no que toca às escolhas alimentares da criança. Por isso, quando lhes é atribuída a autonomia de escolha, as crianças tendem a valorizar mais a vertente gustativa do alimento do que o seu valor nutricional (Gerardo, 2021).

Práticas parentais: Durante a fase da introdução alimentar e ao longo de toda a fase de crescimento, um dos determinantes das preferências alimentares são os comportamentos e hábitos alimentares dos cuidadores/pais e o ambiente familiar circundante. As práticas parentais vão ditar como as crianças se envolvem com a comida no momento da refeição e podem ser determinantes nas preferências, nas escolhas e no próprio comportamento alimentar. A influência parental está entre os fatores com maior impacto no desenvolvimento das preferências e da seletividade alimentar ou neofobia. Uma das práticas parentais mais comuns durante a exposição e variabilidade alimentar é excluir alimentos da alimentação da criança depois de ser verificada uma resposta negativa ao mesmo por parte da criança, como resultado, muitos alimentos não passam pelo processo de familiarização/exposição repetida e acabam por ser eliminados do repertório alimentar, isto ocorre particularmente no grupo das hortaliças (Gerardo, 2021).

Determinantes psicológicos: Traços da personalidade das crianças podem ser determinantes na ingestão alimentar futura, as emoções e o humor da criança podem influenciar as preferências alimentares futuras indiretamente, uma vez que pode interferir na interação cuidador-criança e afetar as práticas de alimentação. Além disso, o estado psicológico e emocional da mãe impacta a oferta alimentar, já que a oferta é por vezes centrada nas expectativas e preocupações do adulto e não nos sinais da criança (Gerardo, 2021).

Determinantes sociais: O contexto social pode ajudar na introdução e aceitação de novos alimentos, prevenindo a seletividade alimentar. Dos 2 aos 5 anos a influência social é maior quando os modelos são familiares à criança, como os pais, podendo

ainda está influência ser potencializada por encorajamento verbal. Além do mais, a observação e imitação do comportamento alimentar, quer seja dos pais ou de crianças mais velhas, também desempenha um papel importante na alimentação infantil (Gerardo, 2021).

Determinantes econômicos: Pais com melhores rendimentos econômicos terão melhores oportunidades para expor os seus filhos a uma seleção mais ampla de alimentos, proporcionando uma melhor oferta e uma maior diversificação alimentar. No entanto, o fator econômico não pode se dissociar do comportamento e escolhas dos pais, ainda que estes tenham de fato acesso a mais oportunidades (Gerardo, 2021).

Determinantes culturais: As diferentes abordagens culturais à alimentação e aos alimentos são determinantes das preferências alimentares futuras das crianças. Questões como a religião ou a própria localização geográfica vão proporcionar um ambiente e perfil alimentar capaz de originar preferências completamente distintas (Gerardo, 2021).

Marketing Alimentar: Estudos internacionais observaram que a maioria dos anúncios destinados às crianças são de produtos alimentares e que os alimentos promovidos não fazem parte de uma alimentação saudável. As crianças são um público mais susceptível do que os adultos, por interpretarem os anúncios e o marketing como algo real. Assim, torna-se ainda mais fácil para a mídia influenciar as preferências alimentares das crianças, através da televisão, internet, embalagens de produtos e jogos (Gerardo, 2021).

4.3 Alimentação no início da vida

De acordo com o Ministério da Saúde (2015) o aleitamento materno geralmente é classificado como exclusivo, predominante, complementado e misto. O aleitamento materno exclusivo é definido como o período durante o qual a criança recebe apenas o leite materno e nenhum outro líquido com exceção de reidratação oral em soluções, gotas ou xaropes compostos por vitaminas, minerais, suplementos ou medicamentos. Já o aleitamento materno predominante é caracterizado quando a criança recebe além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões) e sucos de frutas. No que se refere ao aleitamento materno complementado é quando a criança recebe além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com

a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo e em relação ao aleitamento materno misto ou parcial refere-se ao período da infância durante o qual líquidos foram administrados em adição ao leite materno (Brasil, 2015).

Os sabores e aromas de alimentos consumidos pelas nutrizes pode ser percebido pelo leite materno e acabam sendo transmitidos para o lactente. Portanto, o leite materno oferece diferentes experiências de sabores e aromas que vão refletir os hábitos alimentares maternos e a sua cultura alimentar. Assim, crianças que mamam no peito aceitam melhor a introdução da alimentação complementar. Ademais, o comportamento dos pais em relação à alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras no comportamento alimentar de seus filhos até a vida adulta, já que as crianças tendem a rejeitar alimentos que não lhe são familiares (Brasil, 2015).

Por volta dos seis meses de vida, a criança já desenvolveu os reflexos necessários para a deglutição, além disso, a criança continua o desenvolvimento do paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares. Assim, além de complementar as necessidades nutricionais, a introdução de alimentos, em idade oportuna, aproxima progressivamente a criança dos hábitos alimentares da família e ou cuidador e proporciona uma adaptação do bebê a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas (Brasil, 2015). A alimentação complementar deve ser ofertada a criança respeitando a evolução da consistência dos alimentos, a partir dos 6 meses a criança deverá receber a comida amassada com garfo, ao decorrer dos 9 a 11 meses deve-se evoluir para alimentos picados em pedaços pequenos ou desfiados, para que a criança aprenda a mastigá-los, também podem ser oferecidos alimentos macios em pedaços grandes, para que ela pegue com a mão e leve à boca. A partir dos 12 meses a criança pode ingerir o alimento na mesma consistência da família, cortando-se em pedaços (Brasil, 2019).

Uma alimentação variada garante à criança uma nutrição adequada, a dieta da criança brasileira em geral é monótona e para facilitar a aceitação de alimentos variados, as crianças devem ser expostas aos diferentes alimentos precocemente e com frequência, pois elas tendem a rejeitar novos alimentos (Giugliani, 2000). No entanto, com exposições frequentes, elas passam a aceitá-los, podendo ser incorporados à dieta habitual da criança (Giugliani, 2000). A rejeição inicial ao alimento muitas vezes é erroneamente interpretada como uma aversão permanente ao mesmo,

e este acaba sendo excluído da dieta da criança (Giugliani, 2000). A maneira como os alimentos são apresentados inicialmente também é de fundamental importância para o futuro hábito alimentar das crianças, pois elas passam a gostar do alimento da maneira que foi apresentada, assim, nos dois primeiros anos de vida, frutas e bebidas não devem ser adoçadas com nenhum tipo de açúcar e também não devem ser oferecidas preparações que tenham açúcar como ingredientes (Brasil, 2019). O açúcar também está presente em grande parte dos alimentos ultraprocessados e esse é um dos motivos pelos quais eles não devem ser oferecidos para crianças pequenas (Brasil, 2019). Além disso, como a criança já tem preferência pelo sabor doce desde o nascimento, se durante a alimentação complementar for ofertado preparações açucaradas, ela poderá ter dificuldade em aceitar as verduras e legumes na sua alimentação e outros alimentos que não sejam doces (Brasil, 2019).

A introdução alimentar e o aleitamento materno são influenciados por diversos fatores inter relacionados, dentre os quais a mãe merece destaque, pois é a principal referência nos cuidados à criança, além da influência de fatores associados ao contexto familiar, econômico e sociocultural (Corrêa, 2009).

Em um estudo realizado por Al-Farsi, *et.al* (2012) no Oriente Médio no período de janeiro a junho de 2010, incluiu 102 casos de TEA e 102 casos controles, foi observado que cerca de 21,9% das crianças com TEA iniciaram mais tardiamente a amamentação. Além disso, segundo Ghozy, *et.al* (2020) em um estudo com pais de crianças com TEA foi identificado que uma maior duração da amamentação está associada a uma menor taxa de diagnóstico de TEA, assim crianças alimentadas com leite humano por mais de 12 meses tiveram 6,53 vezes menos chances de ter TEA em comparação com crianças amamentadas por menos de 12 meses. De acordo com Ghozy, *et.al* (2020) a amamentação sempre foi associada a um menor risco de desenvolver TEA (58%) e a amamentação exclusiva durante 6 meses foi associada a uma diminuição de 54% no risco de desenvolver TEA, além disso foi observada que a amamentação durante 12–24 meses foi associada à redução mais significativa no risco de transtorno do espectro do autismo.

Segundo Tseng, *et.al* (2019) os níveis crescentes de oxitocina experimentados durante a amamentação através da estimulação externa também podem ser protetores contra o desenvolvimento de TEA por meio do contato pele a pele e o processo interação mãe-bebê. Além disso o aumento dos níveis séricos do fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1) em bebês foi mais proeminentemente

observado em bebês alimentados com leite materno e a deficiência de IGF-1 foi sugerida como relacionada à fisiopatologia do TEA por meio da desregulação da mielinização.

Ademais, segundo Jenabi, *et.al* (2023) deficiências de ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa derivados do ômega-3 e ômega-6 foram identificadas em crianças com TEA, sendo assim, uma ingestão adequada desses ácidos graxos poli-insaturados (PUFA) derivados da mãe durante a gravidez ou lactação também pode desempenhar um papel importante no TEA, estando mais abundantes no colostro e são importantes no desenvolvimento das habilidades cognitivas, sociais e de linguagem.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Local e tipo do estudo

O presente estudo do tipo transversal quantitativo foi realizado na Singular a qual é uma Clínica Interdisciplinar de Reabilitação Infantil Especializada, localizada no município de Vitória da Santo Antão, Pernambuco. Além disso, a Clínica Singular é formada por uma equipe composta por fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, dentre outros profissionais.

5.2 Público alvo

O público alvo do estudo foi composto por crianças de 4 a 6 anos de idade, diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) acompanhadas pela Clínica Singular.

5.3 Amostra

A Clínica Singular realiza o acompanhamento de aproximadamente 80 crianças dentro do TEA, dessa forma a amostra será composta por todas as crianças com TEA que se encaixarem nos critérios de inclusão.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo crianças com idade entre 4 a 6 anos com o diagnóstico confirmado de TEA que são acompanhadas pela Clínica Singular. E foram excluídas da pesquisa crianças que apresentaram algum tipo de alergia e/ou intolerância alimentar ou alguma doença do trato gastrointestinal ou metabólica que limitasse a criança de consumir dieta restritiva.

5.5 Coleta de dados

O presente estudo foi apresentado aos profissionais e à direção da Clínica Singular e posteriormente para os responsáveis pelas crianças. Após a obtenção da carta de anuência, os responsáveis foram questionados sobre a participação na coleta

de dados e as informações acerca das crianças só foram coletadas para a pesquisa com o consentimento dos seus responsáveis e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, a coleta dos dados foi realizada no mês de janeiro de 2024 na referida clínica, durante os turnos de atendimento e a entrevista com os responsáveis foi realizada em um ambiente reservado, na presença apenas do responsável e pesquisador.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram obtidos através da aplicação de dois questionários. No primeiro abordou-se sobre a prática da alimentação no início da vida e foi elaborado para a referida pesquisa a partir dos manuais do Ministério da saúde (2021) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (2021) e apresenta 44 questões. O segundo questionário foi referente a seletividade alimentar em crianças com TEA com base no estudo de Archer, L. A., Rosenbaum, P. L., Streiner, D. L (1991); Seiverling, L. J. *et al* (2016) e Lázaro, C. P; Siquara, G. M; Pondé, M. P (2020) na qual apresentam 122 questões de múltipla escolha.

Para a duração do aleitamento materno exclusivo foram utilizadas as seguintes perguntas: “por quanto tempo a criança mamou?”, “Até os 6 meses de idade foi introduzido outro tipo de leite ou fórmula infantil além do leite materno? Se sim, qual foi ofertado?” e “Foi oferecido algum outro líquido como chás, água ou suco para a criança até os 6 meses de idade?”. Em relação a variável idade da introdução alimentar e a evolução da consistência da alimentação complementar foi levado em consideração a divisão em idade precoce (< 6 meses), idade adequada (6 meses) e idade tardia (> 7 meses) segundo o guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos da Sociedade Brasileira de Pediatria 2021. A consistência da alimentação complementar também foi subdividida em pastosa inicial (6-8 meses) porém aos 6 meses a crianças recebe apenas alimentos pastoso e entre 7-8 meses acontece uma transição da pastosa para alimentação em pedaços, ou seja, semissólida, pedaços (9-11 meses) e normal da família (12-24 meses) seguindo as orientações presente no documento do guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos da Sociedade Brasileira de Pediatria 2021. No que se refere aos aspectos sensoriais da alimentação, utilizou-se a pergunta “não se sente confortável em sujar as mãos e rostos” para considerar as crianças que se sujavam durante as refeições e que não se sentiam

confortáveis. Os alimentos preferidos e recusados pelas crianças foram divididos em alimentos *in natura*, minimamente processado, processado e ultraprocessado de acordo com as respostas obtidas durante as entrevistas com os responsáveis (APÊNDICE B).

Quanto ao comportamento alimentar das crianças foram analisadas apenas as respostas “sempre ou frequentemente” e “nunca”. Em relação ao item sobre comportamentos disruptivos durante a refeição foi levado em consideração as seguintes perguntas: “Meu filho é agressivo durante as refeições (chuta, bate, arranha)?”, “Meu filho apresenta comportamento auto lesivo durante as refeições (bate em si mesmo, morde-se)?” e “Meu filho atrapalha durante as refeições (empurra/joga utensílios ou comida)?”. Para a avaliação da neofobia alimentar foi considerado a pergunta “Meu filho está disposto a experimentar novos alimentos?”, e para a monotonia alimentar foi relacionado a pergunta “Meu filho prefere os mesmos alimentos em todas as refeições?” e para a variável referente a seguir ritual na hora das refeições foram avaliadas as perguntas: “Possui ritual para comer (por exemplo: os alimentos devem ser arrumados no prato da mesma forma; se o ritual não for obedecido a criança se recusa a comer ou fica irritada)?”, “Come sempre no mesmo lugar” e “Come sempre com os mesmos utensílios (por exemplo: o mesmo prato, garfo, colher ou copo)” (ANEXO A).

5.7 Análise dos dados

As variáveis contínuas com distribuição normal foram apresentadas como as médias \pm desvios padrão (DPs) e aquelas com distribuição não normal são representadas por medianas e seus respectivos intervalos interquartílicos (P25-P75). As variáveis categóricas foram expressas como frequências absolutas e relativas.

5.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através do parecer consubstanciado, CAAE: 75975623.7.0000.5208. Garantindo sigilo total das informações obtidas, não havendo possibilidade de exposição do paciente ou constrangimento (Anexo B).

6 RESULTADOS

O grupo de participantes da pesquisa totalizou 24 crianças, todas com o diagnóstico do transtorno do espectro autista e com idades que variam de 4 a 6 anos. Dentre as crianças do estudo, verificou-se que a maior predominância foi do sexo masculino contando com cerca de 87,5%. Além disso, no que se refere a idade das crianças pode-se observar que a maioria possui a idade de 5 anos, seguido pelas idades de 4 e 6 anos, tendo como respectivos percentuais 45,8%, 37,5% e 16,7% (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas das crianças com o transtorno do espectro autista atendidas em clínica especializada particular no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2024.

Características das crianças	n (%)
Sexo	
Feminino	3 (12,5)
Masculino	21 (87,5)
Idade (anos)	
4	9 (37,5)
5	11 (45,8)
6	4 (16,7)

Fonte: A autora, 2024.

A tabela 2 apresenta as práticas de alimentação no início da vida das crianças que participaram da pesquisa, sendo observado que cerca de 41,6% das mães apresentaram algum tipo de dificuldade durante a amamentação. Dentre os problemas mais relatados pelas genitoras tem-se dores, pega inadequada, fissuras e depressão pós parto (dados não apresentados em tabela). Foi observado uma duração mediana do aleitamento materno de 120 dias (90-240) e uma baixa na prevalência do aleitamento materno exclusivo (12,5%).

Além disso, observou-se que a mediana da idade de introdução alimentar foi aos 180 dias (150-180) na qual cerca de 29,7% das crianças iniciaram com a idade precoce, ou seja, menor que 6 meses, já 54,7% das crianças iniciaram na idade adequada de 6 meses e 16,6% das crianças iniciaram a introdução alimentar de forma tardia com a idade de 7 meses. Quanto a progressão da consistência, foi observado que na idade de 9-11 meses apenas 12,5% das crianças estavam na consistência em

pedaços e menos da metade 45,8% apresentam consistência alimentar igual da família após o 1º ano (Tabela 2).

Além disso, observou-se que cerca de 29,7% das crianças receberam alimentos de forma liquidificada durante a introdução alimentar. Durante a introdução alimentar foi ofertado para 100% das crianças alimentos do grupo das frutas, legumes e verduras, carnes e ovos. Quanto ao grupo dos cereais e tubérculos foi ofertado para 87,5% crianças. No entanto 33,3% das crianças consumiram açúcar durante a introdução alimentar e ainda foi oferecido sucos antes de 1 ano para 70,8% das crianças (Tabela 2).

No que se refere a utilização de temperos e condimentos cerca de 54,7% da alimentação infantil contava com a presença do sal. Foi observado que 25% da alimentação infantil contava com a presença de temperos prontos industrializados, dos quais os mais citados foram caldo de carne, caldo de galinha e temperos em pó. A tabela 2 também traz informações acerca dos aspectos sensoriais da alimentação, e constatou-se que 79,7% das crianças tinham a permissão de tocar nos alimentos durante as refeições e 91,7% sujavam as mãos e rostos, porém, dessas, 62,5% não se sentiam confortáveis em se sujavem.

Tabela 2 - Práticas de alimentação no início da vida em crianças com o transtorno do espectro autista (n= 24) atendidas em clínica especializada particular no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2024.

Alimentação no início da vida	n (%)
Dificuldade para amamentar	10 (41,6)
Amamentação	
AM	23 (95,8)
AME	3 (12,5)
Duração do AM (Mediana P25%-P75%)	120 (90-240)
Idade de introdução alimentar	
Idade precoce (< 6 meses)	7 (29,7)
Idade adequada (6 meses)	13 (54,7)
Idade tardia (>7 meses)	4 (16,6)
Idade de IA (Mediana P25%-P75%)	180 (150-180)
Consistência adequada conforme a idade	

Pastosa inicial (6-8 meses) **	13 (54,7)
Pedaços (9-11 meses)	3 (12,5)
Normal da família (12-24 meses)	11 (45,8)
Variedade alimentar na IA	
Grupo de frutas	24 (100)
Grupo dos legumes e verduras	24 (100)
Grupo das carnes e ovos	24 (100)
Grupo dos cereais e tubérculos	21 (87,5)
Grupo das leguminosas	24 (100)
Grupo dos açúcares e doces	8 (33,3)
Oferta de sucos	17 (70,8)
Temperos e condimentos	
Sal	13 (54,7)
Temperos prontos (industrializados)	6 (25)
Aspectos sensoriais durante as refeições	
Permissão para tocar nos alimentos	19 (79,7)
Sujar as mãos e rosto	22 (91,7)
Não sente confortável em sujar as mãos e rosto***	15 (62,5)
Incômodo com cheiro forte	5 (20,8)

AM: aleitamento materno; AME: aleitamento materno exclusivo; IA: introdução alimentar.

** 6 meses a crianças recebe apenas alimentos pastoso e entre 7-8 meses acontece uma transição da pastosa para alimentação em pedaços, ou seja, semissólida.

***Para esta informação foram incluídas crianças que sujavam as mãos e rosto.

Fonte: A autora, 2024

A tabela 3 aborda sobre a alimentação atual das crianças, na qual é possível observar um alto consumo de alimentos ultraprocessados obtendo um total de 95,8% sendo os mais consumidos em ordem decrescente são biscoitos, chocolate, guloseimas, salgadinhos, danones, embutidos, sucos de caixinha, sorvetes e refrigerantes (Gráfico 1). Além disso, os alimentos processados e ultraprocessados também entram como os preferidos das crianças (54,7%), entre os citados durante a entrevista foram leite fermentado, pizza, chocolate, refrigerante, salgadinho e biscoito.

Quanto aos domínios que caracterizam a seletividade alimentar observa-se que 50% das crianças apresentaram recusar algum grupo alimentar inteiro tendo destaque para o grupo das frutas e o grupo dos legumes e verduras. Além do mais, 50% das

crianças consumiam um tipo de alimento mais de 4 vezes ao dia, e os alimentos mais citados pelos responsáveis foram leite fermentado, miojo, suco, biscoito maisena e leite. No que diz respeito às características sensoriais dos alimentos, a maioria dos responsáveis relatou que as crianças possuem intolerância a alguma textura alimentar (50%) onde dentre as relatadas tem-se alimentos sólidos em pedaços, cremosos, com caldo e seco, além do mais foi observado uma preferência por marcas ou embalagens principalmente embalagens de alimentos ultraprocessados (54,7%) (tabela 3).

No que se refere a variedade alimentar atual das crianças, comparando com a variedade alimentar no início da vida foi possível notar que houve uma diminuição no consumo de alimentos dos grupos das frutas, legumes e verdura, carnes e ovos e leguminosas, tendo como percentual respectivamente 79,7%, 50%, 79,7%, 70,8%. Em relação ao grupo dos açúcares e doces verificou-se que houve um aumento no consumo onde 100% das crianças atualmente consomem alimentos presente nesse grupo (Tabela 3).

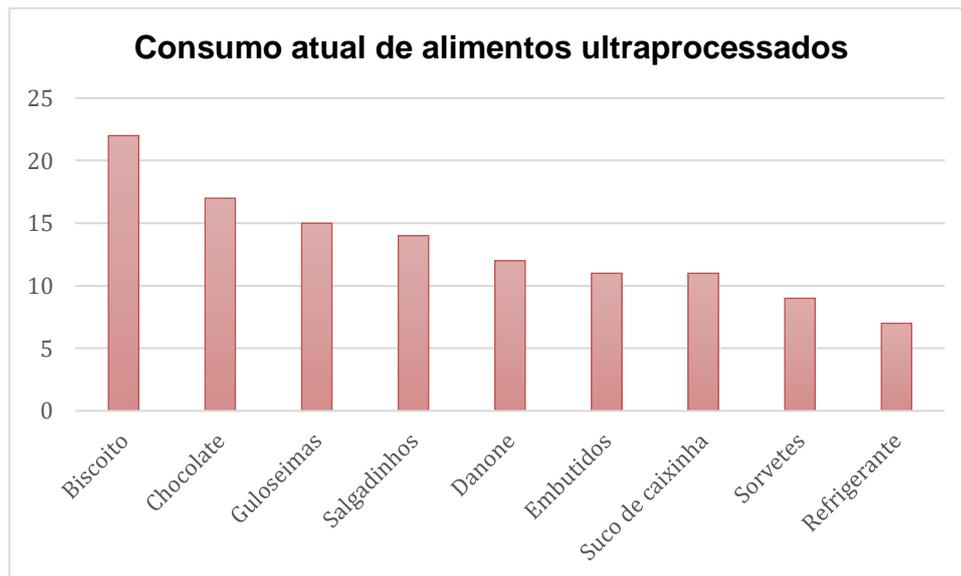
Tabela 3 - Alimentação atual de crianças com o transtorno do espectro autista (n = 24) atendidas em clínica especializada particular no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2024.

Alimentação atual da criança	n (%)
Consumo de Ultraprocessados (UP)	23 (95,8)
Alimentos preferidos	
<i>In natura</i>	4 (16,6)
Minimamente processado	7 (29,7)
Processado e UP	13 (54,7)
Seletividade alimentar	
Recusa de um grupo alimentar*	12 (50)
Consumo >4 vezes ao dia de um único alimento	12 (50)
Características sensoriais dos alimentos	
Intolerância a textura	12 (50)
Preferência por cor	5 (20,8)
Preferência por marca ou embalagem	13 (54,7)
Variedade alimentar	

Grupo de frutas	19 (79,7)
Grupo dos legumes e verduras	12 (50)
Grupo das carnes e ovos	19 (79,7)
Grupo dos leites e derivados	21 (87,5)
Grupo das leguminosas	17 (70,8)
Grupo dos açúcares e doces	24 (100)

UP: ultraprocessados. * Recusa a qualquer grupo alimentar. Fonte: A autora, 2024.

Gráfico 1 - Consumo de atual de alimentos ultraprocessados em ordem decrescente.



Fonte: A autora, 2024.

Quanto às variáveis referentes ao comportamento alimentar presentes na tabela 4, é possível identificar que mais da metade das crianças que participaram da coleta de dados faziam as refeições em frente às telas (66,7%). Em relação ao tempo gasto para se alimentar, 79,7% das crianças demoram mais de 30 minutos para fazerem as refeições. O comportamento alimentar durante as refeições foi representado por: inquietação motora ao sentar para fazer as refeições (12,5%), dificuldade para o uso de talheres (37,5%) ou até mesmo aos comportamentos disruptivos tais como Choro, grito, autolesão, comportamento agressivo e jogar utensílios (12,5%), e cerca de 50% das crianças possuem independência para se alimentar. A neofobia alimentar (aversão a experimentar novos alimentos) foi relatada pelos responsáveis em um total de 79,7% das crianças, a monotonia alimentar (preferência de mesmos alimentos em todas as refeições) também foi vista em mais

de 70% das crianças do estudo e a adesão a rituais na hora das refeições (sentar-se no mesmo lugar, utilizar os mesmos utensílios e organizar os alimentos da mesma forma no prato) está presente em 29,7% das crianças.

Tabela 4 - Percentual de respostas sempre ou frequente e nunca presentes nas características de comportamento alimentar de crianças com o transtorno do espectro autista (n = 24) atendidas em clínica especializada particular no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2024.

Comportamento alimentar	n (%) Sempre ou Frequentemente	n (%) Nunca
Dificuldade na mastigação	14 (58,3)	10 (41,7)
Problemas de deglutição	3 (12,5)	21 (87,5)
Engasgos ao comer	1 (4,7)	23 (95,8)
Vômito durante ou depois de comer	3 (12,5)	21 (87,5)
Alimentação em frente a telas	16 (66,7)	8 (33,3)
Leva brinquedo para a mesa	13 (54,7)	11 (45,8)
Tempo gasto para se alimentar na refeição (>30min)	19 (79,7)	5 (20,8)
Inquietação/agitação motora ao sentar à mesa	3 (12,5)	21 (87,5)
Independência para se alimentar	12 (50)	12 (5)
Manutenção do alimento na boca	4 (16,7)	20 (83,3)
Dificuldade com o uso de talheres	9 (37,5)	15 (62,5)
Comportamentos disruptivos durante a refeição ¹	3 (12,5)	21 (87,5)
Neofobia alimentar ²	19 (79,7)	5 (20,8)
Monotonia alimentar ³	19 (79,7)	5 (20,8)
Segue ritual na hora da refeição ⁴	7 (29,7)	17 (70,8)

1: Choro, grito, autolesão, comportamento agressivo, joga utensílios; 2: não experimentar novos alimentos; 3: prefere os mesmos alimentos em todas as refeições; 4: as refeições são sempre no mesmo lugar com os mesmos utensílios, os alimentos devem ser arrumados no prato da mesma forma.

Fonte: A autora, 2024.

7 DISCUSSÃO

No presente estudo foram analisados dados relacionados à prática da alimentação no início da vida, alimentação atual das crianças e também o comportamento alimentar. Houve uma baixa prevalência do AME e introdução precoce de leite de vaca ou fórmula infantil. Além disso, foi observado o consumo de alimentos na forma liquidificada durante a introdução alimentar e também foram ofertados alimentos do grupo de açúcares e doces e sucos antes dos 12 meses de vida. No que se refere a alimentação atual das crianças quando comparado com a introdução alimentar notou-se uma diminuição na ingestão dos grupos alimentares com exceção do aumento no consumo do grupo de açúcares e doces, além de uma maior preferência por alimentos processados e ultraprocessados pelas crianças. Ademais, em relação ao comportamento alimentar observou-se que mais da metade das crianças faziam as refeições em frente às telas, demoravam mais de 30min para se alimentar, além de apresentarem neofobia e monotonia alimentar.

No grupo de crianças estudadas, apresentou predominância do sexo masculino, dados esses que corroboram com a literatura, já que os estudos populacionais em grande escala demonstram que os meninos são afetados cerca de 2 a 3 vezes mais quando comparado com as meninas (Lai, 2013). Além disso, foi possível observar uma baixa prevalência no aleitamento materno exclusivo, sendo observado no estudo de *Ghozy et al.* (2020) que o aleitamento materno exclusivo foi associado a um menor risco de a criança desenvolver o Transtorno do Espectro Autista correspondendo a um total de 76% de risco. Além disso, *Ghozy et al* (2020) identificaram que a cada 6 meses de AM a criança obtém uma redução de 54% de riscos ao desenvolvimento do TEA.

Em relação a idade da introdução alimentar foi visto que mais de 20% das crianças tiveram uma introdução precoce alimentação complementar. Do ponto de vista nutricional, a introdução alimentar de forma precoce diminui a duração do aleitamento materno, interferindo na absorção de nutrientes importantes que estão presentes no leite materno e aumentando o risco de contaminação e de reações alérgicas, além disso pode deixar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, podendo acarretar no comprometimento do crescimento e do desenvolvimento mental e motor (Martins, 2012).

Quanto a consistência a utilização de alimentos na forma liquidificada durante a introdução alimentar é contra indicado de acordo com a Sociedade Brasileira de

Pediatria (2004) uma vez que os alimentos liquidificados podem prejudicar o processo de adaptação relacionada às modificações feitas na alimentação infantil impedindo que a criança sinta os diferentes sabores e texturas dos alimentos durante as refeições. Além disso, a evolução da consistência alimentar deve respeitar o desenvolvimento da criança, segundo o guia prático de alimentação da criança da Sociedade Brasileira de Pediatria (2021) aos 6 meses a criança apresenta o desenvolvimento neuropsicomotor e os sistemas digestivo e renal adequados para receber alimentos diferentes do leite materno ou fórmula infantil. Após isso, deve-se evoluir a consistência da alimentação ao passar dos meses até se igualar a consistência da alimentação da família. Além do mais, notou-se que menos da metade das crianças evoluíram a consistência da alimentação em forma de pedaços de acordo com a idade recomendada podendo acarretar prejuízos na aceitação de alimentos, já que segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018) crianças que não recebem alimentos em pedaços até os 10 meses apresentam maiores dificuldades para aceitar alimentos sólidos.

Ademais, no que diz respeito a variedade alimentar foi verificado a ingestão de alimentos do grupo de açúcares e doces tanto durante a introdução alimentar quanto atualmente. No entanto, segundo o fascículo 4 do protocolo do guia alimentar para crianças menores de 2 anos (2021) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (2021) esses tipos de alimentos não são recomendados na introdução alimentar devido a uma grande presença de açúcares, corantes, aromatizantes e outros aditivos que além de não serem nutritivos também possuem alto teor energético e estimulam o paladar mais receptivo ao sabor doce, com interferências nas opções alimentares futuras e riscos advindos do consumo inapropriado e excessivo interferindo no desenvolvimento do paladar infantil prejudicando assim a aceitação aos alimentos *in natura*. Da mesma forma o consumo de sucos durante a introdução alimentar não é recomendado devido ao maior consumo de açúcares livres. Contudo, mais da metade das crianças consumiram suco no 1º ano de vida. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2021) informa que oferecer as frutas no formato de suco no primeiro ano de vida ocasiona o baixo consumo de fibras e nutrientes podendo predispor a criança à obesidade infantil.

No que se refere a utilização de temperos e condimentos mais da metade da alimentação infantil contava com a presença do sal, segundo o guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019) a alimentação da criança deve contar com uma quantidade mínima de sal onde para uma família de quatro pessoas um

quilo de sal deve durar por dois meses e meio. Quanto à utilização de temperos industrializados na alimentação da criança no início da vida alguns responsáveis relataram o uso na alimentação infantil, porém a presença desses temperos não é indicada para crianças pois de acordo com Trasande (2018) os sistemas metabólicos da criança para realizar a desintoxicação dessas substâncias químicas (corantes, aditivos, glutamato monossódico) ainda estão em desenvolvimento e os principais sistemas de órgãos podem sofrer alterações substanciais e maturações vulneráveis a rupturas. Além disso, segundo Polônio (2010) as crianças não apresentam capacidade de autocontrole no consumo de alimentos contendo essas substâncias e muitas vezes elas podem causar uma hipersensibilidade alimentar sendo relacionada com alergias ou intolerâncias alimentares.

Quanto aos aspectos sensoriais durante a refeição, foi identificado que a maiorias das mães permitiram as crianças tocarem nos alimentos durante as refeições e sujar as mãos e rostos. O uso das mãos para tocar nos alimentos é fundamental para sentir as diferentes texturas dos alimentos por isso é importante que o momento da refeição se torne interativo além de estimular a criança a se alimentar sozinha, o ato de tocar os alimentos permite que elas levem a comida ao nariz e sintam os diferentes aromas (Brasil, 2019). Além do mais, é utilizado estratégias para promover a aceitação e tolerância da criança frente ao alimento, no qual conta com seis etapas onde primeiramente é necessário que a criança tolere o alimento sem sentir qualquer incômodo ou desconforto, após isso a criança é estimulada a interagir com o alimento, fazendo com que ela possa cheira-lo e tocá-lo, em seguida a criança prova o alimento se familiarizando com as texturas, temperatura e sabor, por fim a criança aceita o alimento e o come (Heloise, 2023). No entanto, mesmo as mães permitindo as crianças a tocarem nos alimentos e sujarem mais de 60% delas não se sentem confortáveis em sujar as mãos e rostos durante as refeições.

Em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados, mais da metade das crianças fazem o consumo atualmente, sendo considerados também como alimentos preferidos por elas, as crianças com TEA podem apresentar desordens sensoriais como a presença de aversão à cor, sabor ou textura e é comum que os responsáveis introduzam os alimentos ultraprocessados por apresentarem características sensoriais que não sofrem alterações e também pelo fato de apresentarem uma rotina alimentar onde os alimentos ultraprocessados acabam sendo considerados mais atrativos e fáceis de serem introduzidos. Porém, esses alimentos devem ser evitados

na alimentação infantil pois acarretam em disbiose intestinal, uma vez que o padrão alimentar rico em industrializados e pobre em alimentos *in natura* são fatores que podem ocasionar a disbiose intestinal (Dos santos, 2020).

Ademais, segundo o fascículo 4 do protocolo do guia alimentar (2022) os alimentos ultraprocessados são nutricionalmente desbalanceados pois são ricos em açúcares, sódio, gorduras e pobres em vitaminas, fibras e minerais, além disso esses alimentos prejudicam o controle da fome e saciedade induzindo assim o seu consumo de forma excessiva sendo considerado como uma forma de substituição dos alimentos *in natura* e estimulando um padrão alimentar que irá se perpetuar durante o crescimento e desenvolvimento da criança.

Quanto à variável seletividade alimentar, foi possível observar que metade das crianças apresentavam recusa por qualquer grupo alimentar e também um consumo de alta frequência de um determinado alimento. Essas características presentes na alimentação infantil estão atreladas aos domínios da seletividade alimentar descrito por Bandini *et. al* (2010) na qual a seletividade é compreendida em três domínios distintos: recusa alimentar que é considerado a porcentagem de alimentos que a criança não come dentre os oferecidos, o repertório alimentar limitado em que são alimentos únicos consumidos em um período de três dias e a ingestão alimentar única de alta frequência que são considerados alimentos consumidos 4-5 ou mais vezes ao dia. Além disso, observou-se que em relação as características sensoriais dos alimentos cerca de metade das crianças possuem intolerância a alguma textura alimentar, onde segundo Lafraire (2016) as crianças são mais sensíveis a mudanças nos alimentos como por exemplo alimentos que contenham pedaços ou sementes, sendo considerado a textura um aspecto sensorial que pode provocar rejeições alimentares através da repulsa antes da degustação, por isso uma adição gradual de texturas pode ser eficaz no tratamento da seletividade alimentar.

Em relação ao comportamento alimentar observou-se que mais da metade das crianças se alimentam em frente às telas tais como celular, computador ou televisão. Quando a alimentação é realizada em frente a algum aparelho eletrônico a criança tende a comer alimentos mais calóricos e menos nutritivos, podendo levar à prejuízos no fornecimento de nutrientes que são essenciais para o desenvolvimento e crescimento adequado, alterando o controle de fome e saciedade (Feitosa, 2022). De acordo com Barreto (2023) a exposição elevada às telas durante a infância é relacionada como fator de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor, além de

redução do tempo com brincadeiras promovendo um comportamento sedentário e conseqüentemente ocasionar a obesidade infantil. Além disso, a exposição a telas se relaciona com problemas comportamentais, alimentação irregular e uma redução do tempo de interação social e familiar (Barreto, 2023).

A neofobia alimentar também esteve presente nas crianças do estudo e se caracteriza pela recusa a experimentar novos alimentos promovendo assim a monotonia alimentar também observada nas crianças já que elas preferem os mesmos alimentos em todas as refeições apresentadas. A neofobia alimentar afeta a qualidade da dieta, privando a criança de ter uma alimentação variada e levando a monotonia alimentar, caracterizada por uma dieta pobre em variedade de nutrientes, o que pode futuramente gerar problemas nutricionais já que há uma restrição de ingestão de nutrientes necessários para a manutenção do organismo (Gaiga, 2014; Torres, 2020).

8 CONCLUSÃO

Sendo assim, tendo em vista a importância de se estudar os fatores que estão relacionados as causas da seletividade alimentar em crianças com TEA, deve se estabelecer estratégias e políticas para promover uma alimentação saudável nesse público e prevenir a ocorrência da seletividade alimentar, especialmente a severa. O presente trabalho traz como contribuição os resultados acerca da prática de AM sendo observado a diminuição do aleitamento materno exclusivo e inadequações nas práticas de introdução alimentar sendo constatado uma introdução precoce ou tardia, além do aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares, temperos industrializados e o uso de telas durante a refeição.

Além disso, também verificou-se a ocorrência de seletividade alimentar sendo observado os domínios da seletividade alimentar referente a recusa alimentar, consumo de um alimento > 4 vezes ao dia e a ocorrência da neofobia e monotonia alimentar, demonstrando assim a importância dos dados para o desenvolvimento de terapias alimentares e também a importância da contribuição do profissional nutricionista como parte da equipe multiprofissional, trabalhando em conjunto no tratamento bem como a prevenção da seletividade alimentar desde os primeiros anos de vida em crianças com o transtorno do espectro autista.

É válido enfatizar que aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e também a introdução alimentar de forma adequada exerce influência na saúde da criança, além disso a presença de alimentos ricos em açúcares, temperos industrializados e a oferta de alimentos ultraprocessados está diretamente ligado a construção de hábitos alimentares futuros. Portanto, os dados apresentados nesse estudo demonstram elementos importantes para uma reflexão acerca da alimentação das crianças com TEA e a influência que as práticas alimentares no início da vida exercem sobre a ocorrência da seletividade alimentar.

REFERÊNCIAS

- AL- FARSI, Y. M. *et al.* Effect of suboptimal breast-feeding on occurrence of autism: a case-control study. **Nutrition**, Holanda v. 28, n. 7-8, p. e27-e32, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V-TR**. Washington: APA, 2022.
- ARCHER, L. A.; ROSENBAUM, P. L.; STREINER, D. L. The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. **Journal of pediatric psychology**, Reino Unido, v. 16, n. 5, p. 629-642, 1991.
- BAI, Dan *et al.* Association of genetic and environmental factors with autism in a 5-country cohort. **JAMA psychiatry**, EUA, v. 76, n. 10, p. 1035-1043, 2019.
- BANDINI, Linda G. *et al.* Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. **The Journal of pediatrics**, EUA, v. 157, n. 2, p. 259-264, 2010.
- BARRETO, M. J. *et al.* Os impactos do tempo de tela no desenvolvimento infantil. **Revista Saúde UNIFAN**, Bahia, v. 3, n. 1, p. 58-66, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 4: protocolo do uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da criança de 2 a 10 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- CHISTOL, L. T. *et al.* Sensory Sensitivity and Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. **J. Autism Dev. Disord.**, [s. l.], v. 48, p. 583-591, 2018.
- CORRÊA, E. N. *et al.* Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, p. 258-264, 2009.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Autism Prevalence Higher, According to Data from 11 ADDM Communities**. Washington, DC: CDC,

22 mar. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/media/releases/2023/p0323-autism.html>. Acesso em: 22 fev. 2024.

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

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

SANTOS, J. S. *et al.* Consumo alimentar, segundo o grau de processamento de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. **Brazilian Journal of Development**, Paraná, v.6, n.10, p. 83322-83334, 2020.

ESPOSITO, M. *et al.* Food Selectivity in Children with Autism: Guidelines for Assessment and Clinical Interventions. **Int J Environ Res Public Health**, Basileia, v. 20, n. 6, p. 5092, 2023.

FEITOSA, I. C.; ZANELLA, P. B. Impacto do consumo de alimentos em frente à televisão e sua relação com a obesidade infantil. **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 5, n. 1, p. 2404-2415, 2022.

FROTA, M. A. *et al.* O reflexo da orientação na prática do aleitamento materno. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 13, n. 3, p. 403-409, 2008.

GAIGA, C. A. **Neofobia alimentar e desenvolvimento infantil**. Limeira (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2014.

GERARDO, M. M.; MACAN, T. P. Determinantes nas Preferências Alimentares e Seletividade Alimentar em Crianças. **Acta Portuguesa de Nutrição**, Porto, v. 31, p. 62-66, 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2022.3110>.

GHOZY S, T. L. *et al.* Association of breastfeeding status with risk of autism spectrum disorder: A systematic review, dose-response analysis and meta-analysis. **Asian J Psychiatr.**, Amsterdam, v. 48, p 101-916, 2020.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. s253-s262, 2000.

GUEDES, T. A. L. **Instrumentos de uso livre para rastreamento/triagem e classificação de Transtorno do Espectro do Autismo**. São Luís: UNA-SUS, 2021.

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

HARTMANN, A. C. A. *et al.* Transtorno do Espectro Autista e a importância do diagnóstico precoce: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 6, n. 1, p. 3128-3140, 2023.

HELOISE, R. Veja como a escalada do comer pode melhorar a alimentação do seu filho. *In: GENIAL Care*. São Paulo, 06 fev. 2023. Disponível em: <https://genialcare.com.br/blog/escalada-do-comer-para-melhorar-a-alimentacao-da-crianca/>. Acesso em: 09 mar. 2024.

JENABI, E. *et al.* Not breastfeeding and risk of autism spectrum disorders among children: a meta-analysis. **Clin Exp Pediatr**. Coreia, v. 66, n. 1, p. 28, 2023.

PAIVA JÚNIOR, F. IBGE incluiu pergunta sobre autismo no questionário do Censo 2022. *In: CANAL Autismo*. [S. l.: s. n.], 31 jan. 2022. Disponível em: <https://www.canalautismo.com.br/noticia/ibge-incluiu-pergunta-sobre-autismo-no-questionario-do-censo-2022/>. Acesso em: 22 fev. 2024.

KOZAK, Agata *et al.* Avoidant/Restrictive Food Disorder (ARFID), Food Neophobia, Other Eating-Related Behaviours and Feeding Practices among Children with Autism Spectrum Disorder and in Non-Clinical Sample: A Preliminary Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basileia, v. 20, n. 10, p. 5822, 2023.

KODAK, T; BERGMANN, S. Autism Spectrum Disorder: Characteristics, Associated Behaviors, and Early Intervention. **Pediatr Clin North Am.**, [s/l], v. 67, n. 3, p. 525-535, 2020.

LAI, M.C; LOMBARDO, M.V; BARON, C.S. Autism. **Lancet**, London, v. 383, n. 9920, p. 896-910, 2013.

LAI, Meng-Chuan *et al.* Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, EUA, v. 54, n. 1, p. 11-24, 2015.

LAFRAIRE, J. *et al.* Food rejections in children: Cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. **Appetite**, Reino Unido, v. 96, p. 347-357, 2016.

LÁZARO, C. P.; 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, p. 191-199, 2020.

LÁZARO, C, P; CARON, J; PONDÉ, M, P. Escalas de avaliação do comportamento alimentar de indivíduos com transtorno do espectro autista. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 23-59, 2018.

LORD, C. *et al.* Autism spectrum disorder. **The Lancet**, London, v. 392, n. 10146, p. 508-520, 2018.

MARGARI, L. *et al.* Eating and Mealtime Behaviors in Patients with Autism Spectrum Disorder: Current Perspectives. **Neuropsychiatr Dis Treat.**, Albany, Auckland, v. 11, n. 16, p. 2083-2102, 2020.

MARTINS, M. L.; HAACK, A. Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. **Comunicação em ciências da Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 263-270, 2012.

ORTÍZ, H.; BARRAGÁN GONZÁLEZ, A. Inapetencia infantil. **Revista Gastrohnp**, Cali, Colombia, v. 14, n. 1, supl. 1, p. S35-S43, 2012.

POLÔNIO, M. L. T. *et al.* **Percepção de mães quanto aos riscos à saúde de seus filhos em relação ao consumo de aditivos alimentares: o caso dos pré-escolares do Município de Mesquita, Rio de Janeiro.** 2010. 129 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

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

SAMPAIO, A. B. M. *et al.* Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, p. 164-170, 2013.

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

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Aleitamento Materno.** Curitiba: Secretaria de Saúde do Paraná, 2021. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Aleitamento-Materno.](https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Aleitamento-Materno) Acesso em: 25 jun. 2023.

SEIVERLING, L. J. *et al.* Validation of the Brief Assessment of Mealtime Behavior in Children (BAMBI) for children in a non-clinical sample. **Children's Health Care**, Londres, v. 45, n. 2, p. 165-176, 2016.

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

SARNI, R. S.; SATO, K. Alimentação da Criança nos Primeiros Anos de Vida. *In*: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Temas de nutrição em pediatria:** 3º fascículo. Rio de Janeiro: SBP, 2004. p. 8-14.

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

- TAMANAH, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, p. 296-299, 2008.
- TORRES, T. O.; GOMES, D. R.; MATTOS, M. P. Fatores associados à neofobia alimentar em crianças: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, p. e2020089, 2020.
- TRASANDE, L. *et al.* Food additives and child health. **Pediatrics**, EUA, v. 142, n. 2, p. 1410, 2018.
- TSENG, P. T. *et al.* Maternal breastfeeding and autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. **Nutr Neurosci.**, Amsterdam, v. 22, n. 5, p. 354-362, 2019.
- VALENZUELA, Z. A. F. *et al.* Food Selectivity and Its Implications Associated with Gastrointestinal Disorders in Children with Autism Spectrum Disorders. **Nutrients**, Basileia, v. 14, n. 13, p. 2660, 2022.
- VASILAKIS, M. *et al.* Food Difficulties in Infancy and ASD: A Literature Review. **Children**, Basel, v. 10, n. 1, p. 84, 2022.
- WANG, T. *et al.* Feeding problems, age of introduction of complementary food and autism symptom in children with autism spectrum disorder. **Front Pediatr.**, Lausanne, v. 12, n. 10, p. 860-947, 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. Version: 2022. [S. l.]: WHO, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>. Acesso em: 21 fev. 2024.
- ZEIDAN, J. *et al.* Global prevalence of autism: A systematic review update **Autism research.**, EUA, v. 15, n. 5, p. 778-790, 2022.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Universidade Federal De Pernambuco- Centro Acadêmico de Vitória

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) _____ para participar, como voluntário (a), da pesquisa Práticas de Alimentação no Início da Vida e o Desenvolvimento de Seletividade Alimentar em Crianças com o Transtorno do Espectro Autista. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora e orientadora Michelle Figueiredo Carvalho, Rua Jornalista Célio Meira, 263 A, Cajá, Vitória de Santo Antão; CEP: 55610-065; Telefone (81) 9 9823.9290; michelle.carvalho@ufpe.br e da discente e pesquisadora Maria Eduarda Gabriel Dos Santos, Telefone (81) 9 8373.0563; eduarda.gabrielsantos@ufpe.br.

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

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

→ **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** A presente pesquisa possui uma importância significativa no âmbito da nutrição já que tanto o aleitamento materno quanto a alimentação complementar são questões indispensáveis na vida de uma criança, visto que nessa fase da vida está sendo formado os hábitos alimentares e juntos irão auxiliar na construção do novo

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

- **RISCOS:** O risco inclui o constrangimento por parte dos participantes do estudo ao disponibilizarem para a pesquisa informações pessoais. Para minimizar este risco, as entrevistas serão realizadas em um ambiente reservado pelo pesquisador e de maneira sigilosa. Além disso, os responsáveis deverão responder dois questionários no qual será abordado sobre a prática da alimentação no início da vida que serão elaborados para a referida pesquisa a partir dos manuais do Ministério da saúde e da Sociedade Brasileira de

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

→ **BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários:** Em relação aos benefícios de maneira indireta, essa pesquisa irá obter informações a respeito do grupo de crianças com TEA sobre a seletividade alimentar, podendo assim ser divulgado as informações para a equipe da clínica singular permitindo uma maior atenção voltada à seletividade alimentar. Já no que se refere aos benefícios diretos, os responsáveis das crianças irão receber informações sobre como podem lidar com a seletividade alimentar das crianças, auxiliando assim na alimentação.

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

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

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

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

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

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

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Impressão digital (Opcional)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE A PRÁTICA DE ALIMENTAÇÃO NO INÍCIO DA VIDA

Questionário referente a prática da alimentação no início da vida

Houve alguma dificuldade para iniciar a amamentação? Se sim, qual?

() SIM () NÃO

Por quanto tempo a criança mamou?

Até os 6 meses de idade foi introduzido outro tipo de leite ou fórmula infantil além do leite materno? Se sim, qual foi ofertado?

() SIM () NÃO

Como era realizada a diluição do leite de vaca ou fórmula infantil?

Era utilizado açúcar (cristal, refinado, demerara, mascavo) no preparo da mamadeira? Se sim, qual?

() SIM () NÃO

Era utilizado algum tipo de farináceo no preparo da mamadeira? Se sim, qual?

() SIM () NÃO

Foi oferecido algum outro líquido como chás, água ou suco para a criança até os 6 meses de idade?

() SIM () NÃO

Quando foi iniciado a oferta de outros alimentos além do leite materno, fórmula infantil ou leite de vaca?

Em qual consistência a alimentação complementar foi ofertada a criança?

Com quantos meses a criança começou a receber o alimento na forma pastosa?

Com quantos meses a criança começou a receber o alimento na forma de pedaços?

Com quantos meses a criança começou a receber o alimento na mesma consistência da alimentação da família?

A criança recebeu alimento na forma liquidificada?

SIM NÃO

Foi ofertado frutas na alimentação complementar da criança? Alguma fruta não foi ofertada?

SIM NÃO

Foi ofertado verduras para a criança? Se sim, quais?

SIM

NÃO

Não houve a oferta de algum tipo de verdura para a criança, qual?

SIM

NÃO

Foi oferecido carnes à criança? Se sim, a partir de quantos meses?

SIM NÃO

Foi introduzido tubérculos (macaxeira, cará, inhame, batata doce, batata inglesa) na alimentação complementar da criança?

SIM NÃO

Foi ofertado leguminosas (feijão, lentilha, grão de bico)? A partir de que idade?

SIM NÃO

Foi oferecido açúcar (cristal, refinado, demerara, mascavo) ou mel à criança antes do primeiro ano? Se sim, com quantos meses?

SIM NÃO

No primeiro ano de vida era ofertado suco para a criança? Se sim, era ofertado com açúcar?

SIM NÃO

SIM NÃO

Foi ofertado sal na alimentação da criança no primeiro ano de vida?

SIM NÃO

Na alimentação oferecida à criança tinha a presença de temperos prontos? Se sim, quais?

SIM NÃO

Onde a criança costumava se alimentar?

No momento da refeição era permitido que a criança pegasse nos alimentos?

SIM NÃO

Durante as refeições a criança podia se sujar? Se sim, a criança se sentia confortável?

SIM NÃO

A criança fazia quantas refeições ao longo do dia no primeiro ano de vida?

Em média quantas vezes a criança recebia o leite (materno, leite de vaca ou fórmula infantil) até o primeiro ano de vida?

Quantos lanches a criança costumava fazer até o primeiro ano de vida?

No segundo ano de vida da criança foi oferecido algum tipo de leite? Se sim, qual?
() SIM () NÃO

Alimentação atual da criança

A criança faz o consumo de alimentos industrializados?

- | | |
|-----------------------|--|
| () Salgadinhos | () Danones |
| () Biscoitos | () Embutidos (salsicha, linguiça, mortadela, presunto, nuggets) |
| () Refrigerantes | () Sorvetes |
| () Sucos de caixinha | () Guloseimas |
| () Chocolate | |

Quais são os alimentos preferidos pela criança?

Quais os alimentos que a criança não tolera?

Existe algum grupo alimentar que a criança não aceita?

Existe alguma textura que não seja tolerada pela criança?

A criança apresenta preferência por alguma cor específica de alimentos?

Ela apresenta preferência por alguma marca ou embalagem de alimento?

A criança costuma consumir um tipo de alimento mais de 4 vezes ao dia? Se sim, qual?

Quais alimentos presente no grupo dos legumes e verduras a criança consome?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alface | <input type="checkbox"/> Cebola |
| <input type="checkbox"/> Abóbora | <input type="checkbox"/> Pepino |
| <input type="checkbox"/> Beterraba | <input type="checkbox"/> Berinjela |
| <input type="checkbox"/> Chuchu | <input type="checkbox"/> Repolho |
| <input type="checkbox"/> Cenoura | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Brócolis | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Pimentão | |

Quais alimentos presente no grupo das frutas a criança consome?

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acerola | <input type="checkbox"/> Banana |
| <input type="checkbox"/> Manga | <input type="checkbox"/> Goiaba |
| <input type="checkbox"/> Morango | <input type="checkbox"/> Pêra |
| <input type="checkbox"/> Abacaxi | <input type="checkbox"/> Uva |
| <input type="checkbox"/> Laranja | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Melancia | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Melão | |

Quais alimentos presente no grupo de carnes e ovos a criança consome?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Frango | <input type="checkbox"/> Carne de bode |
| <input type="checkbox"/> Peixe | <input type="checkbox"/> Ovo |
| <input type="checkbox"/> Carne bovina | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Carne suína | <hr/> |

Quais alimentos presente no grupo das leguminosas a criança consome?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Feijão preto | <input type="checkbox"/> Feijão macassar |
| <input type="checkbox"/> Feijão mulato | <input type="checkbox"/> Soja |

- Ervilha
- Lentilha

Outros:

Quais alimentos presente no grupo de leites e derivados a criança consome?

- Leite em pó integral
- Leite em pó desnatado
- Leite integral UHT
- Leite semidesnatado UHT
- Queijo coalho
- Queijo mussarela
- Queijo prato

- Ricota
 - Requeijão tradicional
 - Requeijão light
 - Iogurte
 - Outros:
-

Quais alimentos presente no grupo de açúcares e doces a criança consome?

- Açúcar cristal
- Açúcar mascavo
- Açúcar refinado
- Chocolate
- Mel
- Guloseimas

- Cocada
 - Pudim
 - Sorvete
 - Biscoito doce
 - Outros:
-

ANEXO A - QUESTIONÁRIO SOBRE SELETIVIDADE ALIMENTAR

The Children's Eating Behavior Inventory: Reliability and Validity Results Tradução: Nossa						
Nome: Idade: Sexo:						
Com que frequência isso acontece?						
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Isto é problema para você?
1. Meu filho mastiga comida como esperado para a idade dele						
2. Meu filho ajuda a definir a mesa						
3. Meu filho assiste TV nas refeições						
4. Eu alimento meu filho se ele/ela não come						
5. Meu filho leva mais de meia hora para comer suas refeições						
6. Parentes reclamam sobre o						

meu filho comendo						
7. Meu filho gosta de comer						
8. Meu filho pede comida que ele/ela não deveria comer						
9. Meu filho se alimenta sozinho como esperado para a idade dele						
10. Meu filho se engasga durante as refeições						
11. Eu me sinto confiante que meu filho come o suficiente						
12. Nossas refeições são estressantes						
13. Meu filho vomita na hora de comer						
14. Meu filho come comida entre as refeições						
15. Meu filho vem para a mesa 1 ou 2 minutos depois que						

eu chamo						
16. Meu filho engasgou na hora das refeições						
17. Meu filho come rápido						
18. Meu filho faz comida para si mesmo quando não permitido						
19. Fico chateado quando meu filho não come						
20. Em casa meu filho come comida que ele/não deveria comer						
21. Meu filho come alimentos que tem um sabor diferente						
22. Eu deixei meu filho ter lanches entre as refeições se ele/ela não comer as refeições						
23. Meu filho usa talheres como esperado para a idade dele						

24. Na casa de amigos minha criança come comida ela/ela não deveria comer						
25. Meu filho pede comida entre as refeições						
26. Fico chateado quando penso em nossas refeições						
27. Meu filho come pedaços de alimentos						
28. Meu filho deixa a comida descansar na boca dele						
29. No jantar eu deixei meu filho escolher os alimentos que deseja comer						
SE VOCÊ É UM PAI OU MÃE SOLTEIRO(A), PULE PARA O NÚMERO 33						
30. O comportamento do meu filho nas refeições perturba minha esposa ou						

meu esposo						
31. Eu concordo com o meu cônjuge sobre como nosso filho deveria comer						
32. Meu filho interrompe conversas com meu cônjuge nas refeições						
33. Fico chateado (a) com meu cônjuge nas refeições						
34. Meu filho come quando chateado						
35. Meu filho diz que está faminto						
36. Meu filho diz vai engordar se comer demais						
37. Meu filho ajuda a limpar a mesa						
38. Meu filho esconde comida						
39. Meu filho traz brinquedos ou livros para a mesa						

40. O comportamento do meu filho em refeições perturba outras crianças						
Validation of the Brief Assessment of Mealtime Behavior in Children (BAMBI) for Children in a Non-Clinical Sample Tradução: nossa						
Idade: Sexo:						
Problemas Motores Orais	SIM	NÃO				
Sucção deficiente						
Controle deficiente da língua						
Problemas de deglutição						
Falta de mastigação						
Controle deficiente dos lábios						
Engasgos ao comer						
Tosse enquanto come ou bebe						
Vômitos durante e/ou depois de comer						
Fica babando						
A criança faz a utilização de suplementação nutricional? Se sim, qual?						
Problemas alimentares	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase todas as refeições	

Recusa Alimentar						
Meu filho chora ou grita durante as refeições						
Meu filho afasta o rosto ou corpo da comida						
Meu filho fecha bem a boca quando a comida é apresentada						
Variedade Limitada						
Meu filho está disposto a experimentar novos alimentos						
Meu filho não gosta de certos alimentos ou não os come						
Meu filho prefere os mesmos alimentos em todas as refeições						
Meu filho aceita ou prefere alimentos variados						
Comportamento Disruptivo						
Meu filho é agressivo durante as refeições (chuta, bate, arranha)						
Meu filho apresenta comportamento autolesivo durante as refeições (bate em si mesmo, morde-se)						
Meu filho atrapalha durante as refeições (empurra/joga utensílios ou comida)						
Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação						
Motricidade Mastigação	na	Não	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Dificuldades para mastigar os alimentos					
Dificuldade para abrir totalmente a boca					
Mastiga os alimentos com a boca aberta					
Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro da boca com a língua					
Dificuldades ao sugar o peito ou alimentos líquidos usando canudo ou mamadeira					
Engole os alimentos sem mastigá-los o bastante					
Engasga com os alimentos					
Após engolir o alimento, continua com restos de comida na boca; não esvazia totalmente a boca					
Precisa beber um líquido para ajudar a engolir a comida					
Após engolir a comida, levanta a cabeça para cima como se estivesse ajudando a comida a descer					
Durante ou imediatamente após as refeições, golfa (trazendo de volta o alimento que engoliu à boca) e mastiga o alimento novamente					
Seletividade Alimentar					
Seleciona alimentos pela marca ou embalagem (por exemplo: somente caixa ou saco plástico)					

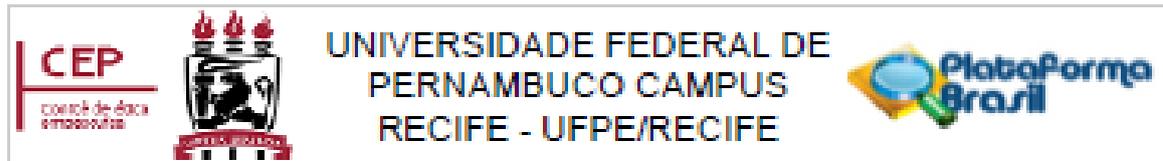
Seleciona alimentos pela temperatura (só quente ou só frio)					
Seleciona alimentos pela cor					
Seleciona o alimento ou rejeita em função da consistência (por exemplo: somente alimento pastoso ou somente líquido ou nenhum dos dois)					
Seletivo por refeições molhadas (por exemplo: alimentos com molhos ou caldo de feijão)					
Seletivo por refeições mais secas (por exemplo: sem nenhum molho ou caldo de feijão)					
Seletivo por alimentos crocantes (por exemplo: batatinha, pão torrado, salgadinho, biscoito cream craker)					
Seletivo por alimentos com consistência macia (por exemplo: purê, mingau, vitamina, iogurte)					
Seletivo por alimentos amassados					
Seletivo por alimentos liquidificados ou coados no pano ou na peneira					
Evita comer carnes					
Evita comer frango					
Evita comer frutas					
Evita comer vegetais cozidos e/ou crus					
Retira o tempero da comida (por exemplo:					

pedaços de coentro, cebolinha ou tomate)					
Aspectos Comportamentais					
Cospe a comida					
Possui ritual para comer (por exemplo: 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)					
Come sempre no mesmo lugar					
Come sempre com os mesmos utensílios (por exemplo: o mesmo prato, garfo, colher ou copo)					
Possui comportamento agressivo durante as refeições (por exemplo: agride quem está por perto, fica se machucando, batendo a cabeça na parede ou se batendo ou beliscando o corpo, destrói objetos)					
Come uma grande quantidade de alimento num período de tempo curto					
Sem permissão, pega a comida de outras pessoas durante as refeições					
Sem permissão, pega a comida fora do horário das refeições					
Vomita durante ou imediatamente após as refeições					

Possui inquietação/agitação motora que dificulta sentar-se à mesa					
Bebe, come, lambe substâncias ou objetos estranhos (por exemplo: sabão, terra, plástico, chiclete)					
Sintomas Gastrointestinais					
Refluxo, golfada (retorno à boca do alimento que comeu ou bebeu)					
Constipação, intestino preso, ressecado, prisão de ventre					
Diarreia					
Vômito					
Gases; inchaço na barriga					
Alergia alimentar (por exemplo: amendoim, frutos do mar)					
Intolerância ao glúten (o glúten está presente na farinha de trigo, aveia, centeio e cevada)					
Intolerância à lactose.					
Sensibilidade Sensorial					
Incomoda-se com barulhos (por exemplo: som ou voz alta, liquidificador, carro, moto, etc.)					
Incomoda-se com cheiros fortes (por exemplo: comida, gasolina, tinta, perfume etc.)					

Incomoda-se com coisas pegajosas (por exemplo: hidratante, tinta, massa de modelar, beijo molhado etc.)					
Incomoda-se em ser tocado por outras pessoas (por exemplo: abraço, beijo ou simples toque)					
Incomoda-se em trocar de roupas, tomar banho, etiqueta e costura nas roupas					
Habilidades nas Refeições					
Tem dificuldades de sentar-se à mesa para fazer as refeições (por exemplo: almoçar no chão, sofá, cama)					
Derrama muito a comida na mesa ou na roupa quando se alimenta					
Tem dificuldades de utilizar os talheres e outros utensílios.					

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO NO INÍCIO DA VIDA E O DESENVOLVIMENTO DE SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.

Pesquisador: Michelle Figueiredo Carvalho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 75975623.7.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.602.270

Apresentação do Projeto:

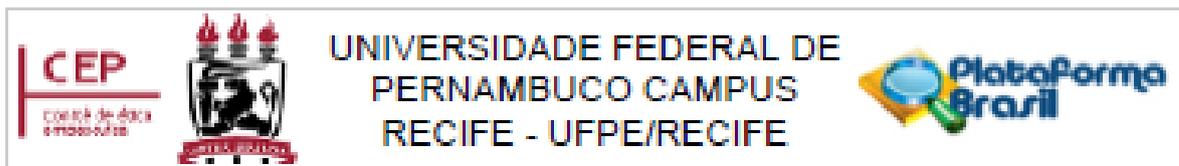
Trata-se de TCC da aluna MARIA EDUARDA GABRIEL DOS SANTOS, do CAV/UFPE, sob orientação da Professora Dra. Michelle Figueiredo Carvalho.

O aleitamento materno é a estratégia que isoladamente mais previne mortes em crianças menores de cinco anos, visto que é um alimento completo que possui todos os nutrientes que o bebê precisa. A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos

de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno, o que resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida. Sendo assim, o aleitamento materno e a alimentação complementar são importantes para que se tenha uma melhor aceitação de novos alimentos, assim quando

não realizadas de maneira adequada, são fatores que podem predispor a criança a vir desenvolver a seletividade alimentar na infância, sendo mais frequentes em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que é caracterizado por prejuízos persistentes na comunicação e interação social bem como nos comportamentos que podem incluir os interesses e os padrões de atividades restritos e repetitivos. Dessa forma, o desenvolvimento da seletividade alimentar em crianças com TEA, apresenta diversos fatores associados, sendo necessário compreender a contribuição da

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2128-8588 Fax: (81)2128-3183 E-mail: cep@umanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.802.270

Alimentação no Início da vida e o desenvolvimento de seletividade alimentar em crianças com o Transtorno do Espectro Autista.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as práticas de alimentação no início da vida e o desenvolvimento de seletividade alimentar em crianças com o transtorno do espectro autista.

Objetivo Secundário:

- Verificar a prática do aleitamento materno no início da vida;- Analisar a prática da alimentação complementar no início da vida;
- Investigar a ocorrência de seletividade alimentar atualmente;- Relacionar as práticas alimentares com a ocorrência de seletividade alimentar .

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

O risco inclui o constrangimento por parte dos participantes do estudo ao disponibilizarem para a pesquisa informações pessoais. Para minimizar este risco, as entrevistas serão realizadas em um ambiente reservado pelo pesquisador e de maneira sigilosa. Além disso, os responsáveis deverão responder dois questionários no qual será abordado

sobre a prática da alimentação no início da vida que serão elaborados para a referida pesquisa a partir dos manuais do Ministério da saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatría com a presença de 44 questões e sobre a seletividade alimentar em crianças com TEA com base no estudo de ARCHER, L. A., ROSENBAUM, P. L., STREINER, D. L.; SEIVERLING, L. J. et al; LÁZARO, G. P.; SIQUARA, G. M; PONDÉ, M, na qual apresentam 142 questões de múltipla escolha. Além do mais, o tempo gasto para responder os questionários

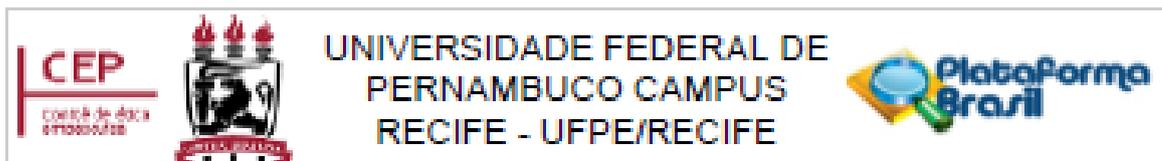
será de 25 minutos.

Benefícios:

Em relação aos benefícios de maneira indireta, essa pesquisa irá obter informações a respeito do grupo de crianças com TEA sobre a seletividade alimentar, podendo assim ser divulgado as informações para a equipe da clínica singular e da geração evoluir permitindo uma maior atenção voltada à seletividade alimentar. Já no que se refere aos benefícios

diretos, os responsáveis das crianças irão receber informações sobre como podem lidar com a seletividade alimentar das crianças, auxiliando assim na alimentação.

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2128-8588 Fax: (81)2128-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Protocolo: 6.902.270

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável com resultados de aplicabilidade a curto prazo, nesta população específica, onde ocorre carência de estudos em nossa região.

O estudo será do tipo transversal quantitativo no qual vai ser realizado na Singular a qual é uma Clínica Interdisciplinar de Reabilitação Infantil Especializada, localizada no município de Vitória de Santo Antão. Além disso, a Clínica Singular é formada por uma equipe composta por fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, dentre outros profissionais. Público alvo O público alvo do estudo será composto por crianças de 4 a 6 anos de idade, diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA)

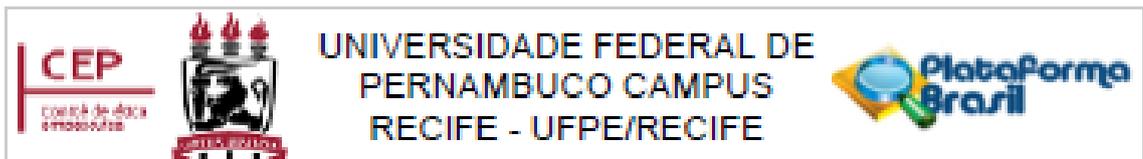
acompanhadas pela Clínica Singular. Amostra A Clínica Singular realiza o acompanhamento de aproximadamente 80 crianças dentro do TEA, dessa forma a amostra será composta por todas as crianças com TEA que se encaixarem nos critérios de inclusão. Serão incluídas no estudo crianças com idade entre 4 a 6 anos com o diagnóstico confirmado de TEA que são acompanhadas pela Clínica Singular. Serão excluídas da pesquisa crianças que apresentem algum tipo de alergia alimentar, intolerância alimentar ou alguma doença do trato gastrointestinal ou metabólica que limite à criança a consumir dieta restritiva. Coleta de dados O presente estudo será apresentado aos profissionais e a direção da Clínica Singular e posteriormente para os responsáveis pelas crianças. Após a obtenção da carta de anuência, os responsáveis serão questionados sobre a participação na coleta de dados e as crianças só participarão da pesquisa com o consentimento dos seus responsáveis e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso,

a coleta dos dados será realizada nas clínicas durante os turnos de atendimento e a entrevista com os responsáveis será realizada em uma ambiente particular com a presença apenas do responsável e pesquisador. Instrumentos de coleta de dados Os dados serão obtidos através da aplicação de dois questionários no qual será abordado sobre a prática da alimentação no início da vida que serão elaborados para a referida pesquisa a partir dos manuais do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria e sobre a seletividade alimentar em crianças com TEA com base no estudo de ARCHER, 199.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados se encontram dentro das normas do CEP/UFPE.

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-9588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.002.370

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a realização de forma adequada da pendência de outubro/2023, o projeto se encontra aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as Instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

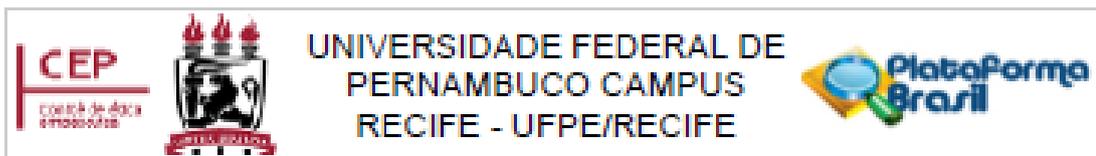
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2226500.pdf	22/12/2023 09:21:05		Acelto
Outros	Carta_resposta_pendencias.docx	22/12/2023 09:20:06	Michelle Figueiredo Carvalho	Acelto
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	22/12/2023 09:19:23	Michelle Figueiredo Carvalho	Acelto
Outros	Resposta_pendencias.pdf	17/12/2023 11:37:42	Michelle Figueiredo Carvalho	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido.pdf	17/12/2023 11:36:12	Michelle Figueiredo Carvalho	Acelto

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.002.270

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsaveismenores_corrigido.doc	17/12/2023 11:35:47	Michelle Figuelredo Carvalho	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade_assinado.pdf	07/11/2023 20:01:12	Michelle Figuelredo Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Maria_Eduarda.pdf	19/10/2023 19:23:11	Michelle Figuelredo Carvalho	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Maria_Eduarda.pdf	19/10/2023 17:25:21	Michelle Figuelredo Carvalho	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Michelle_Figuelredo_Carvalho.pdf	05/10/2023 18:15:36	Michelle Figuelredo Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 27 de Dezembro de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhas, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-6588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br