



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO



LEANDRO LUCAS BRAZ FERNANDES

**RELAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO E APOIO FAMILIAR COM A PRESENÇA
DE COMPORTAMENTOS NEOFÓBICOS E SELETIVOS DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

OURO PRETO - MG

2024

LEANDRO LUCAS BRAZ FERNANDES

**RELAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO E APOIO FAMILIAR COM A PRESENÇA
DE COMPORTAMENTOS NEOFÓBICOS E SELETIVOS DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

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

Orientadora: Profa. Dra. Julia Cristina
Cardoso Carraro

Coorientadora: Profa. Dra. Mayla Cardoso
Fernandes Toffolo

OURO PRETO - MG

2024



FOLHA DE APROVAÇÃO

Leandro Lucas Braz Fernandes

Relação do tratamento médico e apoio familiar com a presença de comportamentos neofóbicos e seletivos de estudantes universitários com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

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

Aprovada em 21 de fevereiro de 2024

Membros da banca

Dr^a. Júlia Cristina Cardoso Carraro - Orientadora (Universidade Federal de Ouro Preto)
Dr^a. Mayla Cardoso Fernandes Toffolo - Coorientadora (Universidade Federal de Ouro Preto)
Prof^a. Dr^a. Adriana Lúcia Meireles - (Universidade Federal de Ouro Preto)
Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Passos - (Universidade Federal de Ouro Preto)

Júlia Cristina Cardoso Carraro, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 14/05/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Julia Cristina Cardoso Carraro, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 14/05/2024, às 10:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0710995** e o código CRC **62A8BEA8**.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai, que me apoiou incondicionalmente em vida. Tenho certeza que, de onde quer que esteja, está comemorando comigo por essa realização!

AGRADECIMENTOS

É muito gratificante para mim todos os avanços realizados em todos esses anos de graduação. Agradeço, primeiramente, à Deus por ter me dado a oportunidade de viver todos esses momentos. Agradeço aos meus pais, Joaquim e Andrea, e meus irmãos, que sempre me apoiaram nos estudos e avanços acadêmicos, principalmente minha irmã mais velha Kamila, cuja participação na minha vida foi e é essencial.

Agradeço à República do Arco da Velha, meu lar em Ouro Preto, por ter me apoiado incansavelmente, estimulando um bom desempenho acadêmico, bem como me auxiliando em meus momentos de fragilidade.

Agradeço aos meus nutrimigos, Camila Maciel, Laura Ribeiro, Maria Fernanda, Camila Lima, Isabela Knupp e Júlia Libório por terem participado dessa minha jornada de alguma forma. Agradeço em especial a Camila e Laura, pelo extremo companheirismo, seremos um eterno trio!

Agradeço ao meu namorado, Rafael Fonseca, por ter estado comigo nesses últimos anos de graduação e me aturado nos meus momentos de estresse e cansaço. A sua presença e apoio na minha vida foi essencial nessa fase final.

Agradeço aos meus amigos de Linhares, Vitor Bazoni, Hayrison Telarolli, Larissa Lung, Guilherme Sizenando, Maria Cuzzuol, Kellen Pessimilio e Renata Bonfá por terem inspirado o meu “eu” de anos atrás a seguir seus sonhos.

Agradeço também à Coordenadoria de Acessibilidade e Inclusão, onde sou bolsista e que, para além do trabalho, me mostrou uma perspectiva diferente sobre as diferenças e demais processos de inclusão e teve participação neste trabalho.

Minha extrema gratidão à minha orientadora Dr^a Julia Carraro, que apoiou, mesmo com todas as dificuldades acerca da limitação do tempo e questões éticas, a ideia do meu projeto, e me orientou até esse momento.

Muito obrigado à minha coorientadora Dr^a Mayla Toffolo, por todos os socorros nos momentos de dúvida e apoio essencial a este trabalho.

Agradeço a banca pela disponibilidade e pela contribuição no meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Por fim, agradeço a Universidade Federal de Ouro Preto e a Escola de Nutrição, incluindo professores, técnicos e demais profissionais, por todas as oportunidades e ensinamentos.

EPÍGRAFE

*Você é capaz de fazer tudo aquilo
que almeja!*

(Onika Tanya Maraj)

RESUMO

Nos últimos anos, vem ocorrendo um aumento no número de diagnósticos de pessoas com Transtorno de Espectro Autista (TEA). Entretanto, por ser um transtorno de etiologia ainda pouco conhecida, abordagem médica não-padronizada e estereótipos que contribuem para omissões familiares e sociais, alguns pontos que interferem na qualidade de vida desses indivíduos podem ser negligenciados, como por exemplo, o limitado consumo alimentar e transtornos como neofobia e seletividade alimentar. Sabendo que um limitado consumo alimentar pode gerar deficiências nutricionais graves e, conseqüentemente, afetar a saúde global dos indivíduos, se faz necessário realizar pesquisas referentes à abordagem médico-parental e sua relação com o comportamento alimentar de pessoas com TEA. Neste sentido, este estudo teve como objetivo descrever a relação do tratamento médico precoce e do apoio familiar com o comportamento alimentar em estudantes com TEA da Universidade Federal de Ouro Preto. Para coleta de dados, foi utilizado um questionário online com questões sociodemográficas, questões clínicas acerca do TEA e outras doenças, questões acerca da abordagem médico-parental sobre a alimentação e instrumentos de avaliação de neofobia alimentar (*Food Neophobia Scale*) e seletividade alimentar (*Adult Picky Eating Questionnaire*). Apenas 8 estudantes responderam ao questionário. Foi identificado que metade dos participantes eram do sexo masculino, provindo de famílias com elevado grau de escolaridade e com renda maior que 2 salários mínimos. Uma pequena parte da amostra nunca realizou tratamento médico e entre os que realizaram, apenas uma pequena parte afirmou ter iniciado na infância. Foi identificada elevada prevalência de apoio familiar desde a infância até a idade adulta. Foi mostrado que a maioria da amostra apresentou comportamento neofóbico, tendo o resultado sido contrário quando maior o tempo de acompanhamento médico. Em relação à seletividade, aqueles que realizaram tratamento médico na infância demonstraram ter menor comportamento seletivo em comparação aqueles que o receberam nas demais fases da vida. Desse modo, apesar do apoio familiar, os resultados do estudo demonstram que um menor grau de comportamentos alimentares neofóbicos e seletivos, bem como a melhora do consumo alimentar, pode estar relacionado ao tratamento precoce e duradouro.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Autismo; Consumo alimentar; Tratamento; Apoio familiar.

ABSTRACT

In recent years, there has been an increase in the number of diagnoses of people with Autism Spectrum Disorder (ASD). However, as it is a disorder whose etiology is still little known, non-standardized medical approach and stereotypes that contribute to family and social omissions, some points that affect the quality of life of these individuals may be neglected, such as limited food consumption and disorders such as food neophobia and selectivity. Knowing that limited food consumption can generate serious nutritional deficiencies and, consequently, affect the overall health of individuals, it is necessary to carry out research regarding the medical-parental approach and its relationship with improving the eating behavior of people with ASD. In this sense, this study aimed to describe the relation between early medical treatment and family support and eating behaviors in students with ASD at the Federal University of Ouro Preto. For data collection, an online questionnaire with sociodemographic, clinical questions about ASD and other diseases, and medical-parental approach questions, and instruments for assessing food neophobia (Food Neophobia Scale) and food selectivity (Adult Picky Eating Questionnaire) was used. Only 8 students answered the questionnaire. It was identified that half of the participants were male, coming from families with a high level of education and with an income greater than 2 minimum wages. A small part of the sample never underwent medical treatment and among those who did, only a small part stated that they started in childhood. A high prevalence of parental support was identified from childhood to adulthood. It was shown that the majority of the sample exhibited neophobic behavior, with the result being the opposite when there was a long term medical follow-up. Regarding selectivity, those who underwent medical treatment in childhood demonstrated less selective behavior compared to those who received it at other stages of life. Thus, despite family support, the study results demonstrate that a lower degree of neophobic and selective eating behaviors, as well as improved food consumption, may be related to early and lasting treatment.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Autism; Food consumption; Treatment; Parental support.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com características sociodemográficas. Ouro Preto (2023-2024).....	31
Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com características clínicas. Ouro Preto (2023-2024).....	33
Tabela 3 - Resultado do Adult Picky Eating Questionnaire (APEQ).....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escores da <i>Food Neophobia Scale</i> (FNS) em relação ao tempo de tratamento.....	35
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

APEQ - *Adult Picky Eating Questionnaire*

CAIN - Coordenadoria de Acessibilidade e Inclusão

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

FNS - *Food Neophobia Scale*

IFES - Instituições Federais de Ensino Superior

OMS - Organização Mundial de Saúde

TEA - Transtorno do Espectro Autista

UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	14
2.1.1. ETIOLOGIA	14
2.1.2. EPIDEMIOLOGIA	17
2.1.3. SINAIS E SINTOMAS DO TEA	18
2.1.4. DIAGNÓSTICO	19
2.1.5. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM JOVENS ADULTOS	20
2.2. PROBLEMAS ALIMENTARES RELACIONADOS AO TEA	22
2.2.1. SELETIVIDADE ALIMENTAR NO TEA	22
2.2.2. NEOFOBIA ALIMENTAR NO TEA	23
2.3. TRATAMENTO	24
2.4. APOIO FAMILIAR	26
3. OBJETIVO	28
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO E APOIO FAMILIAR	29
4.2. AVALIAÇÃO DA NEOFOBIA ALIMENTAR	30
4.3. AVALIAÇÃO DA SELETIVIDADE ALIMENTAR	30
4.4. ASPECTOS ÉTICOS	31
4.5. ANÁLISES ESTATÍSTICAS	31
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	52

1. INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma síndrome caracterizada por um conjunto de anormalidades relacionadas ao comportamento, sendo essas o prejuízo da interação e da comunicação social, bem como repertórios restritos e repetitivos de comportamentos, atividades e interesses (APA, 2014). Foi inicialmente evidenciada no âmbito clínico pelo Dr. Leo Kanner em 1943, após o contato com 11 crianças com um comportamento diferente das demais e portadoras, de acordo com o que ele determinou, de um “um distúrbio inato do contato afetivo” (VOLKMAR, 2018). Já de acordo com a neurociência, o TEA é enquadrado como uma desorganização neurológica gerada por mutação genética e que afeta o desenvolvimento de determinadas partes da região encefálica. (BEAR *et al.*, 2017).

Com base na Organização Mundial de Saúde (OMS), o TEA se inicia na infância e tende a persistir na adolescência e, posteriormente, na idade adulta. Embora algumas pessoas possam viver de forma independente, outras possuem graves incapacidades cognitivas e necessitam de cuidados adequados e apoio ao longo de toda a vida. Ainda segundo a organização, estima-se que uma a cada 100 crianças possua o TEA em todo o mundo (OMS, 2023). No Brasil, não há dados epidemiológicos oficiais que estimem a prevalência de pessoas que possuam o TEA. Entretanto, de acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 1 a cada 36 crianças de 8 anos possui TEA (MAENNER, 2023).

O diagnóstico de autismo possui uma grande importância, principalmente durante a infância, pois possibilita que ele possa ter um tratamento adequado e de acordo com o nível de suporte e quanto o transtorno lhe afeta. Os níveis de suporte podem ser classificados em 1 (previamente conhecido como grau leve), 2 (previamente conhecido como grau moderado) ou 3 (previamente conhecido como grau severo), dependendo da assistência necessária que a pessoa precisa para realizar as atividades do dia a dia (MORAL, 2017).

Do ponto de vista nutricional, pessoas com TEA podem vir a ter o risco de sofrer alguma deficiência referente a, principalmente, vitaminas e minerais, já que devido ao consumo limitado de alimentos, por persistência aos mesmos alimentos ou preferência por alimentos de características semelhantes, como textura, aroma e sabor, há pouca variedade, conseqüentemente, de nutrientes (LIU, 2016). Esses comportamentos em relação ao consumo alimentar podem ser descritos como

neofobia alimentar e seletividade alimentar. A neofobia alimentar é caracterizada pela relutância em consumir ou a falta de vontade de experimentar alimentos desconhecidos (TORRES, 2021), enquanto a seletividade alimentar é caracterizada por quadros de recusa alimentar, baixo apetite e sentimento de desinteresse pelo alimento, sendo um comportamento típico da fase pré-escolar, mas que, quando há influência de ambientes sociais desfavoráveis, pode se acentuar, de modo a permanecer até a adolescência e na fase adulta (SAMPAIO et al., 2013).

Segundo o estudo qualitativo de Kinnaird *et al* (2019), referente ao consumo alimentar de pessoas adultas com autismo, os fatores ligados ao consumo alimentar são pouco abordados no tratamento para pessoas com o transtorno, tanto na infância quanto na fase adulta. Ainda segundo o referido estudo, o estímulo parental ao consumo de alimentos novos e diferentes, além da inserção desses alimentos durante a rotina desde a infância, faz com que o consumo alimentar na fase adulta seja mais irrestrito.

Dessa forma, observa-se que pouco se sabe sobre quanto o consumo alimentar limitado de pessoas com TEA pode estar atrelado à interpelação médica sobre o assunto e ao suporte do círculo familiar e social, sobretudo na fase adulta, uma vez que o número de diagnósticos de indivíduos com TEA tem crescido nas últimas décadas, e muitos indivíduos acabam sendo diagnosticados e orientados tardiamente. Assim, o pouco conhecimento sobre o TEA é fato gerador de preconceito e constrangimento nas diversas esferas da sociedade, de omissões nos âmbitos médico-parental e de agravantes prejudiciais à própria autoestima, o que afeta recorrentemente a vida dessas pessoas e, por conseguinte, seus cuidados e tratamento.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

2.1.1. ETIOLOGIA

O termo autismo é proveniente do grego autós e tem como significado “de si mesmo”, sendo empregado originalmente por Euler Bleuler, um psiquiatra sueco, em 1911, na tentativa de descrever um possível sintoma identificado em pacientes com quadros de esquizofrenia. Ele caracterizou esse sintoma como um “desligamento da realidade combinado com a predominância relativa ou absoluta da vida interior” (BRITO, 2016).

Na prática clínica, o termo foi primeiramente utilizado pelo austriaco Leo Kanner em 1943, ao retomar o conceito propagado por Bleuler e associado à sua experiência com um grupo de crianças enquanto psiquiatra da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, nos Estados Unidos. Kanner teve contato com 11 crianças, nas quais foram identificadas demonstrações de extremo distanciamento e total indiferença para com outras pessoas, sejam elas próximas ou não (JOHNSON, 2007).

Além disso, o pesquisador denotou uma resistência a mudanças e forte insistência por coisas habituais por parte das crianças, como por exemplo, utilizar das mesmas rotas de transporte, se vestir com as mesmas roupas ou roupas semelhantes, manter uma mesma organização com móveis da casa e utensílios, e comer os mesmos alimentos e/ou com características semelhantes foram comportamentos relatados (VOLKMAR, 2018).

Como explicação para o comportamento dessas crianças, Kanner difundiu a expressão “Mães-geladeira”, que representa mães cuja conduta é indiferente às emoções de seus filhos, e justificou que essa seria a causa para o fenômeno (BARBOSA, 2014).

Em 1944, um ano depois do trabalho de Kanner, o austriaco Hans Asperger, médico especializado em pediatria, publicou o trabalho *‘Die Autistischen Psychopathen im Kindersalter’*. Em sua obra, Asperger identificou em sua experiência clínica com outras crianças as mesmas características relatadas por Kanner e classificou como “Psicopatia autística” o que ele determinou ser “um transtorno de personalidade estável”. Ele relatou que apesar de possuírem suas

habilidades intelectuais preservadas, as crianças apresentavam falhas na comunicação não-verbal envolvendo gestos e afetividade, além de expressarem pouca empatia e tendência a intelectualizar emoções. Outro comportamento bastante comum no qual ele identificou foi a produção de discursos prolixos, unilaterais e às vezes incoerentes, bastante formais (KLIN, 2006).

Durante as décadas seguintes, outros conceitos e descrições acerca do fenômeno apontado por Kanner e Asperger vieram a surgir, alguns em extrema concordância com o que esses autores apontaram e outros não. Leon Eisenberg, um psiquiatra infantil e educador médico americano, por exemplo, foi apoiador da literatura provinda de Kanner e, em 1956, estabeleceu junto dele que tal síndrome poderia aparecer depois de algum tempo de vida da criança, mesmo que durante esses anos ela apresentasse um comportamento tipicamente “normal” (OLIVEIRA, 2009).

Até a década de 1970, o fenômeno do “autismo” era entendido como uma variante do quadro de esquizofrenia infantil, sendo classificado no grupo de psicoses pela *American Psychological Association* (APA). Somente no ano de 1980, após estudos provenientes dos pesquisadores Judith Gould e Lorna Wing, em que se estabeleceu a tríade diagnóstica relacionada a deficiências específicas na comunicação, socialização e imaginação, que o transtorno passou a ser considerado de um recém-criado grupo denominado de “Transtornos globais do desenvolvimento” (BRITO, 2016).

Por todo esse tempo, incontáveis foram as discussões sobre as causas fisiológicas e bioquímicas por trás do TEA. Sabe-se que há a ocorrência de anormalidades da anatomia e do funcionamento em repouso do lobo temporal em pacientes com o transtorno, principalmente na região bilateral dos sulcos temporais superiores, que possuem forte influência sobre a percepção de estímulos sociais essenciais. Essas e demais alterações “justificam” o padrão comportamental comum em pessoas com TEA, mas ainda não se tem dados suficientes para definir o motivo pelo qual elas surgem (ZILBOVICIUS, 2006).

Na atualidade, vários são os fatores envolvidos nas discussões acerca da etiologia do TEA, incluindo a expressão genética e mutações genéticas, poluição ambiental, contato com metais pesados, exposição a pesticidas e agrotóxicos, deficiências na imunidade, infecções virais, histórico materno (idade e saúde da

mãe) e interações da mãe com o feto, e modulações na microbiota intestinal. Entretanto, por serem fatores que podem atuar de forma independente ou sinérgica, há um gigantesco leque de características observadas em pacientes com o transtorno, o que prejudica a busca por uma definição concreta de sua origem (NADEEM, 2020).

Segundo (BEAR *et al.*, 2017), pessoas com quadro de TEA apresentam uma irregular produção e ação de citocinas, proteínas secretadas por células e que afetam o comportamento das células vizinhas e seus respectivos receptores. Também é dito que um maior ou menor desenvolvimento de partes do sistema nervoso central (SNC) afeta diretamente no controle neurológico e, conseqüentemente, no comportamento do indivíduo afetado.

Outros estudos da área da genética afirmam que o desenvolvimento das alterações neurológicas presentes no TEA é causado por uma infinidade de inconformidades do DNA, como mutações e rearranjos cromossômicos, o que limita as vias biológicas de desenvolvimento e plasticidade do cérebro. Algumas das alterações apontadas são a duplicação 15q11-ql3 do alelo materno e mutações envolvendo determinados genes sinápticos, como o *NLGN3*, *NLGN4X* e *SHANK3* (CHASTE, 2012).

É dito também que a interação com o ambiente tem um papel importante no desenvolvimento do TEA. Uma pesquisa realizada com um banco de dados genômico e um banco de dados que registra as atividades de produtos químicos em genes e vias genéticas teve como descoberta que cerca de 4.428 produtos químicos possuem capacidade de interação com um ou mais genes ligados ao desenvolvimento do transtorno (VOLK *et al.*, 2022).

Na literatura científica, muito se discute sobre a influência dos hábitos maternos na gestação, cuidados perinatais, complicações obstétricas e neonatais, sobre o desenvolvimento do TEA. Em uma revisão com 64 artigos selecionados sobre o tema, aponta-se que anomalias, complicações do cordão umbilical, sofrimento fetal, lesão ou trauma no parto, nascimento múltiplo, hemorragia materna, nascimento no verão, baixo peso ao nascer, pequeno para a idade gestacional, malformação congênita, dificuldades alimentares, aspiração de mecônio, anemia neonatal, incompatibilidade ABO ou Rh e hiperbilirrubinemia são os fatores mais associados à prevalência do transtorno, entretanto não se concluíram evidências suficientes para serem implicados em sua etiologia (GARDENER, 2011).

2.1.2. EPIDEMIOLOGIA

Desde o seu reconhecimento, sempre houveram dificuldades em determinar a prevalência de TEA nas mais diversas esferas sociais, mesmo em países ricos e desenvolvidos onde o investimento tecnológico e científico é quantificadamente maior. Isso se deve principalmente ao desafio de identificar pessoas com o transtorno, já que muitos dos protocolos usuais levaram um longo tempo para serem desenvolvidos e validados como eficientes para tal (BRACKS, 2018).

O primeiro estudo epidemiológico sobre o autismo foi realizado pelo inglês Victor Lotter, no ano de 1966, em toda a população de 8 a 10 anos de Middlesex, no noroeste de Londres. Em conclusão, o estudo relatou uma taxa de prevalência de 4,5 em 10.000 crianças entre toda a população avaliada (KLIN, 2006).

Na década de 2000, foram iniciadas pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), órgão de controle do âmbito da saúde dos Estados Unidos, pesquisas acerca da prevalência de crianças de 8 anos diagnosticadas com TEA no país. Nesse mesmo ano foi concluído que 1 em 150 crianças possuía diagnóstico, tendo a pesquisa sido repetida anualmente para aprimoramento das informações. Em 2023 esse valor foi mais do que quatro vezes maior do que o do primeiro ano, com 1 em 36 crianças possuindo diagnóstico (CDC, 2023).

Em âmbito global, não se há um órgão em específico que faça a quantificação de pessoas com TEA, mas em uma revisão de 77 artigos selecionados e publicados desde 2012 sobre o tema, concluiu-se uma estimativa de que 1 a cada 100 crianças no mundo possui o transtorno (ZEIDAN *et al.*, 2022). Esse valor é utilizado e também expresso em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023).

No Brasil, não há pesquisas ou uma análise em grande escala no território nacional que contenha dados sobre a prevalência do TEA. Entretanto, com base em dados de 2017 da OMS e da *Global Burden of Disease Collaborative Network*, estimava-se a existência de 2,7 milhões de pessoas com transtorno no país (EVANGELHO *et al.*, 2021).

Apesar da notável dificuldade em obter dados sobre a prevalência de pessoas com TEA ao redor do mundo, a literatura aponta discussões sobre o seu aumento exponencial nas análises existentes atualmente. Um dos pontos mais destacados é voltado para a falta de senso crítico dos profissionais habilitados em relação à

caracterização da patologia mental e estado psicológico do paciente no momento do diagnóstico, em decorrência do uso de manuais e métodos extremamente objetivos, tornando o processo uma prática mecânica (ALMEIDA, 2020).

2.1.3. SINAIS E SINTOMAS DO TEA

Por ser um transtorno heterogêneo, há uma heterogeneidade fenotípica em indivíduos com TEA, ou seja, há a expressão de características físicas e comportamentais distintas, tanto em manifestação como em gravidade. Isso se amplifica quando se aborda as diferentes faixas etárias dos indivíduos, visto que cada uma apresenta características comportamentais específicas, mesmo que sob “influência” do transtorno (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Quando bebês, há uma percepção de comportamentos diferenciados de seus filhos por parte das mães, nos quais há uma associação com o TEA. A falta de foco no olhar, dificuldade e demora para as primeiras palavras e primeiros passos, além de percepção pela escuta de sons e falas são os sinais mais apontados por elas (HOMERCHER *et al.*, 2020).

A literatura aponta que a partir dos 6 anos de idade, outros sinais podem vir a surgir, como: não escutar ou ignorar quando chamado pelo nome, falta de expressão corporal, como o uso de gestos para apontar ou mostrar algo, baixo interesse em interagir com familiares e colegas, falta de expressão facial, como sorrisos e caretas, omissão não-intencional de informações, como falar do dia-a-dia ou de determinadas situações e pouco interesse em outras crianças. Além disso, regressões significativas da fala, movimento e personalidade em crianças também são possíveis sinais (STEFFEN *et al.*, 2019).

Já na adolescência, é perceptível um declínio na capacidade social do indivíduo com TEA. Sensações de ansiedade e nervosismo são comumente sentidas, de modo a estimular a busca por isolamento, acarretando em prejuízos à autoestima. São sintomas que corroboram com os quadros de depressão e deformam a consciência do indivíduo sobre si mesmo, atrapalhando a manutenção e forja de relações afetivas (SERBAI, 2021).

É comum que grande parte da sintomatologia apresentada na adolescência por um indivíduo com TEA permaneça na idade adulta. Entretanto, estudos apontam que pode haver uma diminuição na expressão desta, sendo um processo dependente de diversos fatores, como diagnóstico precoce, tratamento prévio e

contínuo, presença ou não de traumas associados ao transtorno, e outras comorbidades (VOLKMAR, 2013).

2.1.4. DIAGNÓSTICO

Desde sua descoberta, muitos foram os desdobramentos acerca das características e sintomatologia do TEA. Com isso, houve uma forte dificuldade em definir metodologias para um processo de diagnóstico adequado do transtorno. Apenas em 1980, com a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) produzido pela APA, após pesquisas lideradas por Robert Splitzer, é que se foi possível não só gerar uma definição correta do TEA, como também os primeiros guias para sua identificação (FERNANDES, 2020)

Outro contribuinte para os avanços relacionados ao reconhecimento do TEA foi Michael Rutter, que propôs em 1978 uma definição para o transtorno baseada em quatro critérios: atraso e desvio social; problemas de comunicação; comportamentos incomuns, como movimentos estereotipados; início dos sinais antes dos 30 meses. Para Rutter, o primeiro e segundo critério só seriam válidos caso estivessem à parte de um transtorno mental associado no indivíduo (KLIN, 2006).

A partir desses eventos, os demais órgãos públicos de saúde passaram a reconhecer o TEA em sua total particularidade. Em 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da décima publicação da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), incluiu o transtorno com as nomeações de 'autismo infantil' e 'autismo atípico', categorizando-o como um dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) (FERNANDES, 2020).

Atualmente, por mais que avanços tenham sido estabelecidos no campo de estudos acerca do TEA, o CID, agora em sua décima primeira edição (2018), permanece como um dos manuais diagnósticos mais utilizados. No Brasil, inclusive, é o critério adotado para atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ainda utilizada sua décima edição em decorrência da falta de conclusão de sua tradução, validada para a língua portuguesa (BRASIL, 2022).

Além do CID, outro manual comumente utilizado na prática clínica é o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), agora em sua quinta edição (DSM-V). Ele é composto por 5 critérios: Déficits persistentes na comunicação e interação social (A); Padrões repetitivos e restritos de

comportamento (B); Presença dos sintomas precocemente no período de desenvolvimento (C); presença de sintomas que causam prejuízos clínicos significativos no funcionamento social (D); Distúrbios não bem explicados por deficiência cognitiva e intelectual ou pelo atraso global do desenvolvimento (E). O diagnóstico pode ser realizado caso o indivíduo contemple 3 critérios relacionados a déficit na comunicação social e 2 de 4 critérios relacionados a comportamentos, interesses ou atividades restritas e repetitivas. Há também como discussão importante se a expressão do TEA em um indivíduo está associada a alguma condição médica ou genética conhecida, ou a fator ambiental, ou a outro transtorno do neurodesenvolvimento. Além disso, se avalia se há ou não comprometimento intelectual e da linguagem. Uma especificidade deste manual é a classificação de indivíduos com o transtorno em três níveis, tendo como base uma análise do seu grau de dependência: 1) exige pouco apoio; 2) exige apoio substancial, 3) exige apoio muito substancial (APA, 2014).

No Brasil, em 2015, foi publicada a ‘Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro autista e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde’, com intuito de instruir gestores e profissionais de saúde do SUS quanto a questões relativas ao atendimento, diagnóstico e tratamento de pessoas com TEA (BRASIL, 2015). Com este mesmo sentido, há também as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”, que traz orientações minuciosas acerca do histórico do TEA, indicadores comportamentais, métodos de rastreio, comorbidades relacionadas e meios de apoio e acolhimento (BRASIL, 2014a).

Para que o diagnóstico seja realizado, é extremamente necessário que a família se atente aos comportamentos incomuns da criança desde os primeiros meses de vida, como: não estender os braços para ir com eles, não olhar no rosto, não aconchegar o próprio corpo ao colo da mãe, permanecerem calados e quietos na maior parte do tempo, “surdez”, falta de reação aos chamados e entre outros. Caso haja confirmação do diagnóstico, é essencial o apoio médico e da família durante todo o tratamento (CAMINHA *et al.*, 2016).

2.1.5. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM JOVENS ADULTOS

É relatado em alguns estudos que, durante o desenvolvimento desde a infância até a fase adulta, pode haver uma diminuição na sintomatologia provinda do

TEA. Entretanto, identifica-se que, mesmo após isso, diversos desafios (de aspecto social, financeiro e de saúde) corroboram a diminuição da qualidade de vida desses indivíduos (ORINSTEIN *et al.*, 2014).

Aponta-se que a inserção de pessoas com TEA no mercado de trabalho é um processo árduo, considerando os percalços identificados por esses indivíduos cotidianamente. Segundo a Lei 12.764/12, a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, tendo assim, então, acesso a cota e reserva legal de vagas em processos seletivos para pessoas com deficiência, prevista pela Lei 8.213/91. Entretanto, algumas organizações, principalmente as de cunho privativo, tendem a não obedecer os parâmetros legais com a justificativa de que há falta de mão de obra qualificada. Além disso, em alguns casos, o indivíduo com TEA tende a omitir a presença de transtorno, em decorrência de preconceitos no ambiente de trabalho (SILVA, 2023).

Nas áreas acadêmicas, são relatadas dificuldades na inserção e inclusão do indivíduo com TEA, desde as escolas de ensino básico até as demais instituições de ensino superior. Apesar de também serem legalmente amparados nesse sentido, tendo direito a determinadas cotas e auxílio técnico e pedagógico diferenciado, o preconceito, a falta de políticas de acolhimento, a baixa competência e déficit quantitativo de profissionais especializados são fortes contribuintes para evasão desse público, principalmente nas universidades (BARBOSA, 2019)

No Brasil, foi estabelecido em 2011 pelo Ministério da Educação o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que aborda diversos protocolos para a ampliação e fortalecimento de Núcleos de Acessibilidade nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Esses núcleos têm como objetivo auxiliar os estudantes reconhecidos legalmente como pessoas com deficiência no campo acadêmico, bem como garantir seus direitos nessas instituições. No entanto, a literatura aponta que esse apoio é limitado, principalmente em decorrência da falta de mão de obra especializada para esses setores (SILVA, 2022).

No campo do desenvolvimento das relações socioculturais, a presença e disseminação de estereótipos e preconceitos acerca de pessoas com TEA são fatores que contribuem para uma barreira entre elas e pessoas sem o transtorno, de modo com que sejam submetidas a ações e atitudes negativas que atrapalhem sua qualidade de vida (ANDRADE, 2022).

Assim com os níveis de prevalência, ainda é difícil estimar as taxas de mortalidade de indivíduos com TEA nas diferentes populações, mas alguns estudos tentam averiguar isso em partes do mundo. Um exemplo disso é um estudo norte-americano, realizado em um período de 20 anos (entre 1998-2018), estimou-se que uma significativa quantidade de indivíduos morreu, em média, com 39 anos, em decorrência de condições crônicas, acidentes e complicações originadas pelo uso de fármacos (DAWALT *et al.*, 2019).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos, no período de 1999 a 2014, estimou que a idade média de morte para pessoas com TEA é de aproximadamente 36 anos e aponta que uma significativa parte das mortes é causada por lesões não intencionais, como feridas, asfixia e afogamento (GUAN, 2017).

Outrossim, é relatado na literatura que demais problemáticas, como a ineficiência na assistência dos profissionais da saúde, a polifarmácia, aspectos de socialização e isolamento, e transtornos psiquiátricos associados atuam como barreiras para o decurso de uma vida saudável desses indivíduos (RIBEIRO *et al.*, 2023).

Para pessoas com TEA cujo diagnóstico foi realizado tardiamente ou somente na fase adulta, a realidade é ainda mais desafiadora, já que essas perduram por grande parte da vida com os sintomas do transtorno sem ter noção ou confirmação da existência dele, o que pode desencadear prejuízos mais amplos e dificulta os modelos de intervenção já elaborados para o tratamento (MENEZES, 2020).

De modo geral, a literatura aponta que uma boa qualidade de vida na vida adulta, e que perdure no envelhecimento, pode estar relacionada com a capacidade intelectual dos indivíduos, o que torna o grau de apoio necessário por esses indivíduos, além da presença e impacto de possíveis tratamentos, variáveis imprescindíveis (CAVALCANTE *et al.*, 2021).

2.2. PROBLEMAS ALIMENTARES RELACIONADOS AO TEA

2.2.1. SELETIVIDADE ALIMENTAR NO TEA

A seletividade alimentar é uma condição definida como uma limitação do repertório alimentar de um indivíduo, sendo acompanhada de uma aversão por características sensoriais dos alimentos, como aparência, sabor, textura, cor, aroma

e temperatura. Além disso, é comum que, após a exposição a um significativo repertório alimentar, também venha a ocorrer uma preferência por tipos e marcas de alimentos (LEADER *et al.*, 2020).

Essa condição é muito frequentemente relatada no consumo alimentar de pessoas com TEA, principalmente na infância e tendendo a permanecer até a fase adulta. Segundo estudo realizado com 21 crianças e adolescentes com o TEA, na faixa etária de 2 a 14 anos de idade, de ambos os sexos, a seletividade alimentar foi a alteração do consumo alimentar mais identificada, sendo descrita como o maior desafio para a introdução de novos alimentos na rotina dos participantes (LEMES *et al.*, 2023).

Segundo alguns autores, características significativas do desenvolvimento motor e déficits na capacidade de processamento dos alimentos de crianças com TEA podem estar associadas ao fenômeno de seletividade alimentar, influenciando para que muitas delas selecionem seus alimentos com base na textura e consistência (ROCHA *et al.*, 2019).

Por ter como característica um comportamento muito semelhante ao representado por crianças da fase pré-escolar, a seletividade alimentar é muitas vezes tratada como algo supérfluo, o que prejudica seu reconhecimento e, conseqüentemente, tratamento em casos mais graves. Alguns sinais são bastante comuns em crianças com essa condição, como: recusa alimentar, pouco apetite, desinteresse pelo alimento e irritabilidade com o alimento (SAMPAIO *et al.*, 2013).

Um estudo publicado na Revista Brasileira em Promoção da Saúde com crianças com TEA no Brasil em São Luís - Maranhão, destacou que mais de um terço do consumo alimentar desses indivíduos era composto por alimentos processados e ultraprocessados, sendo biscoitos, embutidos, refrigerantes e sucos artificiais os mais consumidos (ALMEIDA *et al.*, 2018).

2.2.2. NEOFOBIA ALIMENTAR NO TEA

A neofobia alimentar é uma condição definida como um traço de personalidade associado à falta de vontade, medo e/ou recusa de experimentar novos alimentos ou preparações, limitando o consumo alimentar do indivíduo. Ela tem início na infância e tem como processo ir diminuindo seus efeitos até a fase adulta, sendo seus casos mais graves aqueles que persistem até a maioridade (FILIPE, 2011).

Assim como a seletividade alimentar, a neofobia alimentar é fortemente apontada na literatura como decorrente do TEA, tendo um forte impacto nas relações sociais e socialização do indivíduo em aspectos associados à momentos coletivos de alimentação. Além disso, por inviabilizar um consumo de alimentos mais variados, ela pode vir a contribuir com deficiências de determinados macronutrientes e micronutrientes, causando prejuízos metabólicos. Outro ponto semelhante dessa condição com a seletividade alimentar, é que ela também é dificilmente identificada na infância por pais e responsáveis, em decorrência da falta de propagação de informações acerca do seu funcionamento, o que muitas vezes prejudica um tratamento precoce (TORRES, 2020).

De acordo com alguns autores, a neofobia alimentar é retratada nos momentos de alimentação do indivíduo sendo acompanhada por comportamentos específicos, podendo a heterogeneidade de determinados alimentos causarem crises de choro, indução de vômito (ânsia), pressa no processo de mastigação e ingestão, e entre outros (FREIRE, 2021).

2.3. TRATAMENTO

Os sintomas do TEA na criança podem ser percebidos nos primeiros meses de vida e seu diagnóstico pode ser estabelecido de forma eficaz por volta dos 2 a 3 anos de idade. No Brasil, segundo a Linha de Cuidado para Transtorno do Espectro Autista na criança do Ministério da Saúde, seja com ou sem confirmação diagnóstica para o transtorno, deve ser preconizado o tratamento oportuno da criança em qualquer caso de suspeita.

Atualmente no Brasil, a atenção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) consta na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), permitindo que pessoas com TEA, crianças ou não, tenham um atendimento especializado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na Atenção Primária de Saúde, por meio de atendimento multiprofissional (formado por médicos psiquiatras, neurologistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos e nutricionistas), são identificadas as necessidades terapêuticas dos pacientes, de modo a elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada um.

Em relação às instituições privadas de saúde e seus serviços, segundo a Resolução Normativa Nº 539 de 2022 aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Brasil, é obrigatória a cobertura assistencial para usuários de

planos de saúde com transtornos globais do desenvolvimento, entre os quais está incluído o transtorno do espectro autista.

Segundo a literatura, na área da psiquiatria e psicologia, os métodos de terapia mais utilizados para pessoas com TEA são a Equoterapia, Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), o *Applied Behavior Analysis* (ABA) e a psicanálise, sendo os pontos tratados de acordo com o período de desenvolvimento do paciente (CUNHA *et al.*, 2021).

Considerando a importância da infância no desenvolvimento da comunicação, linguagem oral e corporal em associação com o contexto sintomatológico do TEA, é de destaque a participação do fonoaudiólogo no processo de tratamento. São apontadas diferentes abordagens de comunicação e linguagem cujos resultados foram positivos em pacientes com o transtorno. Intervenção precoce sobre o déficit na linguagem, orientação familiar, abordagem funcional, Comunicação Suplementar Alternativa (CSA), e modelos, métodos e abordagens como Denver, *DIR-Floortime* e *Play Project* são exemplos dessas (FERNANDES *et al.*, 2022).

Já do ponto de vista farmacológico, não há um consenso sobre medicamentos específicos para tratamento do TEA. Entretanto, grupos de medicamentos como os de antipsicóticos atípicos, antidepressivos, antiepiléticos, antagonistas do receptor de glutamato, inibidores da colinesterase, estimulantes, agonistas de receptores adrenérgicos, antagonistas dos opióides e mediadores do sistema nervoso central são utilizados para controle de sintomas como irritabilidade, hiperatividade, perturbações do sono, déficits de atenção e comportamento repetitivo (NETO, 2019).

A terapia nutricional com o paciente de TEA deve ser voltada para o desenvolvimento ou melhora do comportamento alimentar, não sendo apontado pela literatura benefícios em restrições alimentares específicas com exceção em indivíduos com quadro de alergias, intolerâncias ou sintomas gastrointestinais significativos, como constipação, diarreia e dor. Em decorrência da possibilidade de seletividade e neofobia alimentar ou qualquer alteração do consumo alimentar, deve haver atenção redobrada à deficiência de micro e macronutrientes, visto também as características da faixa etária (infância) pelo qual o transtorno costuma se “iniciar”. Alguns psicofármacos utilizados para o tratamento, como o risperidona, têm efeito colateral de ganho de peso, o que traz também a necessidade de vigilância quanto a interações droga-nutriente e manutenção do estado nutricional (LOPES, 2019).

No geral, é de suma importância que os médicos responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de pessoas com TEA se atentem aos sintomas apresentados (alteração da fala, alteração do consumo alimentar e entre outros) e façam o devido encaminhamento a profissionais que possam auxiliar nesses aspectos (COSTA, 2021).

2.4. APOIO FAMILIAR

A estrutura e atuação familiar, principalmente no que se refere ao posicionamento dos pais, que são considerados o primeiro exemplo de núcleo social de uma criança, possuem extrema influência no seu processo de desenvolvimento social, cognitivo e psicológico. Sendo introdutores do campo social na infância, as atitudes provindas de pais e responsáveis tendem a orientar o comportamento dos filhos e estimular traços de sua personalidade e controle emocional (SAKURAMOTO, 2014).

Os efeitos dessa força efetuada pelos pais e responsáveis sobre a criança percorrem em diversos aspectos, como por exemplo, na construção de hábitos, que são elementos essenciais para o pleno desenvolvimento do ser humano inicialmente e tendem a persistir até a fase adulta. Se tratando das particularidades envolvidas no ato de comer, também é nesse período inicial da vida que se iniciam os primeiros hábitos e práticas alimentares (OLIVEIRA, 2020).

Um exemplo de hábito e prática alimentar desenvolvida pelas crianças é que elas tendem a escolher alimentos com os quais frequentemente têm contato e, normalmente, são os mais disponibilizados no lar e preferidos pelos pais e responsáveis no momento de aquisição. Desse modo, uma série de experiências contínuas da criança com o mesmo alimento fazem com que ela crie uma familiaridade, dando preferência ao seu consumo nas mais diversas situações (ROSSI, 2008).

Em casos de crianças com TEA, questiona-se mais ainda a importância do apoio familiar e atuação dos pais e responsáveis quanto ao desenvolvimento de hábitos, principalmente no sentido das práticas alimentares, já que pela limitação do consumo alimentar provindas de sintomas como seletividade e neofobia alimentar, há riscos nutricionais importantes englobados em seu desenvolvimento. Segundo estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva, realizada com 14 pais cujos filhos frequentam uma escola de educação especial especializada na

educação de pessoas com TEA, foram identificados resultados positivos pelos pais no consumo de alimentos diferentes de suas crianças quando estimuladas para tal. Uma das estratégias apontadas como aliadas para estímulo foi a prática culinária e colaboração da criança na produção do próprio alimento (MAGAGNIN *et al.*, 2021).

Outras práticas que podem ser utilizadas para a melhora do consumo alimentar dessas crianças estão relacionadas a uma alimentação responsiva, com devido respeito aos limites da criança e o entendimento dos sinais de fome e saciedade, e a terapias comportamentais cognitivas, de modo a entender as questões emocionais e motivacionais impactantes no ato de se alimentar. De todo modo, essas estratégias devem ser utilizadas pelos pais e/ou responsáveis com a orientação de profissionais de saúde especializados (LIMA *et al.*, 2023).

3. OBJETIVO

Descrever a relação do tratamento médico precoce e do apoio familiar com o comportamento alimentar, bem como características relacionadas a neofobia e seletividade alimentar em estudantes com TEA da Universidade Federal de Ouro Preto.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a presença do diagnóstico de TEA e tratamento médico precoce e atual;
- Identificar a presença do apoio familiar no tratamento de adultos com TEA;
- Avaliar características do comportamento alimentar dos participantes, quanto à presença de neofobia e seletividade alimentar.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo (série de casos) realizado com estudantes de graduação adultos, portadores de diagnóstico médico de Transtorno de Espectro Autista, da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), por meio de questionários online pela plataforma Google Form. O período de coleta dos dados foi de novembro de 2023 a janeiro de 2024.

O endereço para o preenchimento dos questionários foi encaminhado para 35 alunos de Graduação e Pós-Graduação da UFOP, identificados pelo sistema acadêmico, por meio do e-mail institucional da universidade, sendo feitos lembretes a cada 15 dias. Esses estudantes possuíam diagnóstico médico de TEA registrado no sistema da universidade. Para o envio dos e-mails, houve auxílio da Coordenadoria de Acessibilidade e Inclusão (CAIN).

Foram incluídos estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto matriculados no período em questão (período letivo 2023/2), com diagnóstico de TEA, que concordaram em participar, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido virtual, com idade entre 19 e 59 anos. Foram excluídos os que não preencheram completamente o formulário online.

O questionário online foi estruturado com questões sociodemográficas (tipo de lar, quantidade de pessoas nele residem, renda familiar total e grau de escolaridade familiar), questões específicas sobre a abordagem médico-parental e, versões traduzidas de um questionário para a análise da neofobia alimentar e um questionário de seletividade alimentar para adultos. Os dados antropométricos (peso e altura) foram autorreferidos pelos participantes no questionário online.

4.1. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO E APOIO FAMILIAR

Para obtenção de informações acerca do tratamento médico na infância e apoio familiar no que tange os comportamentos acerca da alimentação, foram elaboradas questões que abrangiam se o tema era ou não discutido, se havia o estímulo ao participante de novos e/ou diferentes alimentos e estímulo à alimentação em eventos. As respostas poderiam variar entre “Não lembro/não sei informar” e “Sempre”.

4.2. AVALIAÇÃO DA NEOFOBIA ALIMENTAR

Para estimar o grau de neofobia alimentar, foi utilizada a escala *Food Neophobia Scale* (FNS), adaptada em uma versão em português, que possui 10 itens referentes ao gosto e/ou vontade de experimentar alimentos desconhecidos pelo avaliado. Esse método utiliza de uma escala Likert de 7 pontos para sua avaliação, variando de discordo totalmente a concordo totalmente (PLINER; HOB DEN, 1992; PREVIATO; BEHRENS, 2015).

A pontuação resultante pode variar entre 10 a 70 pontos, podendo ser classificada para as seguintes categorias: neofilia alimentar (score $\leq 37,8$), neutros (score entre 37,9-48,3) e neofobia alimentar ($\geq 48,4$). Os pontos de corte foram calculados por meio da Média dos Escores \pm Desvio Padrão para a amostra em questão (PREVIATO; BEHRENS, 2015).

A categoria neutra representa aqueles indivíduos cujas tendências alimentares não sejam majoritariamente características à neofilia alimentar ou a neofobia alimentar. Já a neofilia alimentar é a tendência à exploração, de modo com que o indivíduo busque e/ou sinta necessidade de constantes mudanças, novidades e variedade (JOMORI *et al.*, 2008).

4.3. AVALIAÇÃO DA SELETIVIDADE ALIMENTAR

Para avaliar a seletividade alimentar, foi utilizado o *Adult Picky Eating Questionnaire* (APEQ), traduzido. Ele possui 20 itens que abordam as escolhas e preferências alimentares, categorizados em aspetos comuns na prática de seletividade alimentar: Apresentação da Refeição, Variedade de Alimentos, Desinteresse com a Refeição e Aversão ao Gosto. Essas subescalas foram codificadas como AR, VA, DR e AG, respectivamente. Esse método utiliza uma escala Likert de 5 pontos para sua avaliação, variando de nunca a sempre. Por meio desse questionário, busca-se medir um comportamento alimentar seletivo, não sendo esta ferramenta precisa para diagnósticos (HE *et al.*, 2019).

A pontuação resultante tem um intervalo de 20 a 100 pontos e deve ser dividida pela quantidade de itens total, de modo a produzir uma média global e por domínio, que por sua vez, pode variar de 1 a 5. Quanto maior o valor, maior a intensidade dos comportamentos seletivos (ELLIS *et al.*, 2018).

4.4. ASPECTOS ÉTICOS

Os voluntários foram esclarecidos sobre os objetivos e impactos do estudo em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online incluídos após concordarem em participar. O estudo seguiu os princípios éticos conforme Resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (CAAE: 70711923.4.0000.5150).

4.5. ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados foram tabulados e analisados em excel e foram descritos como médias \pm desvio padrão para variáveis contínuas, e frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas. Em função do tamanho amostral, não foi realizada inferência estatística.

5. RESULTADOS

Foram convidados para participar da pesquisa 18 estudantes, entretanto 8 responderam o questionário, sendo 50% do sexo masculino. A média de idade dos participantes foi de $26,62 \pm 8,41$ anos. A média de idade em que se deu o diagnóstico de TEA foi de $20,37 \pm 11,20$ anos, e a média de tempo de diagnóstico do TEA foi de $6,25 \pm 6,34$ anos.

A maioria dos participantes se declarou solteira e apresentou renda familiar maior que 2 salários mínimos (87,5%), sendo mais da metade dependente de pais ou responsáveis financeiramente (62,50%). Entretanto, a maioria não residia com estes (87,50%). Em relação ao grau de escolaridade dos pais e responsáveis, a formação de ensino superior completo foi a mais prevalente (75%) (TAB. 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com características sociodemográficas. Ouro Preto (2023-2024).

			<i>(início)</i>
Variáveis		n	%
<i>Estado civil</i>	Solteiro (a)	7	87,50
	Casado (a)	1	12,50
	União Estável	0	0,00
	Viúvo (a)	0	0,00
	Divorciado (a)	0	0,00
<i>Escolaridade dos responsáveis</i>	Ensino Fundamental Incompleto	0	0,00
	Ensino Fundamental Completo	0	0,00
	Ensino Médio Incompleto	0	0,00
	Ensino Médio Completo	0	0,00
	Ensino Superior Incompleto	2	25,00
	Ensino Superior Completo	6	75,00
<i>Renda familiar</i>	De 1 a 2 salários mínimos	1	12,50
	De 2 a 3 salários mínimos	3	37,50
	De 3 a 4 salários mínimos	1	12,50
	Mais de 4 salários mínimos	3	37,50

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com características sociodemográficas. Ouro Preto (2023-2024).

(continuação)

<i>Depende financeiramente dos responsáveis</i>	Sim	5	62,50
	Não	3	37,50
<i>Perfil de Moradia</i>	Sozinho	2	25,00
	Com os responsáveis	1	12,50
	Divide casa com outras pessoas	2	25,00
	Em república particular	2	25,00
	Com cônjuge/parceiro(a) e/ou filho(a)(s)	1	12,50

Fonte: Elaborada pelo autor

Com base em dados referente ao peso e altura dos participantes do estudo, foi possível estimar o IMC destes, sendo a média dos valores de $25,39 \pm 5,26$ kg/m² e 50% da amostra estava com sobrepeso ou obesidade, segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A TAB. 2 apresenta dados clínicos relacionados à doença e ao apoio familiar e alimentação. A maioria dos participantes (75%) apresentou diagnóstico de uma ou mais doenças e 50% iniciou tratamento médico relacionado ao TEA, mas interrompeu. Quando questionados sobre a atenção do tratamento médico relacionado ao TEA durante a infância com a alimentação, a maioria dos participantes (87,5%) afirmou não lembrar/não saber informar ou nunca ter tido discussões acerca do seu consumo alimentar. Resultados semelhantes foram apresentados quando questionados sobre o incentivo ao consumo de alimentos diferentes e/ou novos (87,5%) e a eventos sociais (75%).

Quanto à presença de apoio familiar em relação à alimentação durante a infância, mais da metade dos participantes do estudo declarou frequentemente ou sempre ter tido discussões acerca da alimentação (62,5%), incentivo ao consumo de alimentos diferentes e/ou novos (87,5%) e a eventos sociais pelos pais ou responsáveis nessa faixa etária (62,5%) (TAB. 2).

Em relação à presença de apoio familiar na atualidade em relação à alimentação, a maioria (87,5%) relatou receber apoio de pais e responsáveis, sendo

o financeiro o tipo mais prevalente, seguido de orientações. Em contraposição, o apoio menos apontado pelos participantes foi o relacionado às escolhas referentes à alimentação (TAB. 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com características clínicas. Ouro Preto (2023-2024).

		<i>(início)</i>	
Variáveis		n	%
<i>Diagnóstico de doença*</i>	Nenhum	2	25,00
	Diagnosticado com uma ou mais doenças	6	75,00
<i>Tratamento Médico (TEA)</i>	Nunca realizou	1	12,50
	Realiza atualmente	3	37,50
	Já realizou, mas parou	4	50,00
<i>Realizou tratamento médico na infância (TEA)</i>	Sim	2	25,00
	Não	6	75,00
<i>Discussão acerca da alimentação no tratamento médico na infância</i>	Nunca	2	25,00
	Raramente	0	0,00
	Às vezes	1	12,50
	Frequentemente	0	0,00
	Sempre	0	0,00
	Não lembro/não sei informar	5	62,50
<i>Incentivo ao consumo de novos e/ou diferentes alimentos no tratamento médico na infância</i>	Nunca	2	25,00
	Raramente	0	0,00
	Às vezes	1	12,50
	Frequentemente	0	0,00
	Sempre	0	0,00
	Não lembro/não sei informar	5	62,50

*: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Dislipidemias, Depressão, Ansiedade e Transtornos Alimentares.

Tabela 2 - Caracterização da amostra de acordo com características clínicas. Ouro Preto (2023-2024).

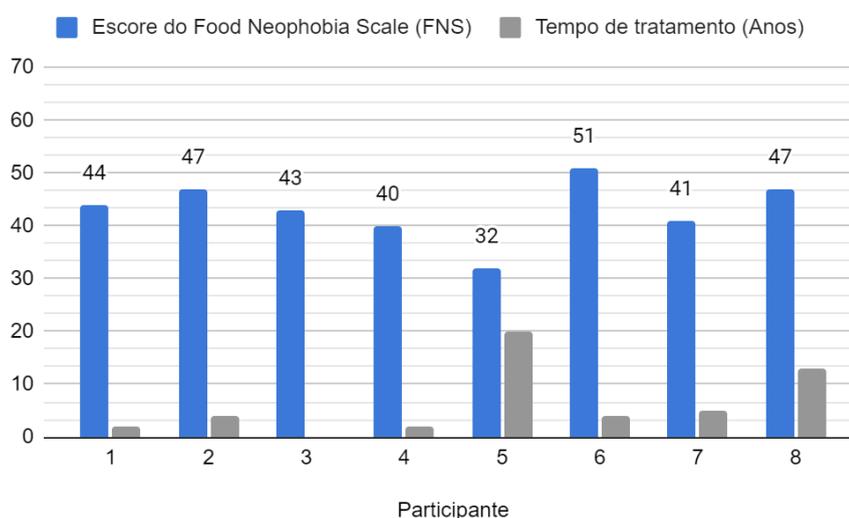
			<i>(continuação)</i>
<i>Incentivo à eventos sociais no tratamento médico na infância</i>	Nunca	3	37,50
	Raramente	0	0,00
	Às vezes	0	0,00
	Frequentemente	2	25,00
	Sempre	0	0,00
	Não lembro/não sei informar	3	37,50
<i>Discussão acerca da alimentação pela família na infância</i>	Nunca	0	0,00
	Raramente	0	0,00
	Às vezes	2	25,00
	Frequentemente	2	25,00
	Sempre	3	37,50
	Não lembro/não sei informar	1	12,50
<i>Incentivo ao consumo de novos e/ou diferentes alimentos pela família na infância</i>	Nunca	0	0,00
	Raramente	1	12,50
	Às vezes	0	0,00
	Frequentemente	3	37,50
	Sempre	4	50,00
	Não lembro/não sei informar	0	0,00
<i>Incentivo à eventos sociais pela família na infância</i>	Nunca	1	12,50
	Raramente	1	12,50
	Às vezes	1	12,50
	Frequentemente	2	25,00
	Sempre	3	37,50
	Não lembro/não sei informar	1	12,50
<i>Suporte familiar atualmente à alimentação</i>	Sim	7	87,50
	Não	1	12,50

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com base nos resultados do *Food Neophobia Scale* (FNS), 1 indivíduo obteve escore associado a comportamentos neofóbicos, 6 apresentaram escores associados a comportamentos neutros e somente 1 apresentou escore associado a comportamento neofílico. A média dos scores do FNS foi de $43,12 \pm 5,16$ pontos. Entre os que relataram ter tido tratamento/acompanhamento médico na infância, a média dos escores foi de $39,50 \pm 10,61$, e entre os que não tiveram foi de $44,33 \pm 4,08$. Apenas um dos participantes relatou receber suporte familiar na atualidade, tendo alcançado o score 44, e já os que relataram não receber a média de escores foi de $43,00 \pm 6,19$.

Na FIG. 1 é possível observar os escores individuais de cada participante junto de seu tempo de tratamento, sendo o participante com menor escore (32) aquele com maior tempo de tratamento (20 anos).

Figura 1 - Escores da *Food Neophobia Scale* (FNS) em relação ao tempo de tratamento.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação aos resultados de seletividade alimentar, quanto ao escore total, a média entre aqueles que afirmaram ter recebido tratamento médico na infância foi menor do que aqueles que não receberam. Resultados semelhantes foram encontrados quando analisadas as médias das subescalas relacionadas a 'Apresentação da refeição' e 'Variedade de alimentos'. Nas subescalas de

‘Desinteresse pelas refeições’ e ‘Aversão ao gosto’, as médias dos escores entre aqueles que receberam tratamento médico na infância foram maiores do que aquelas entre os que não receberam (TAB. 3).

Em relação ao apoio familiar atualmente em relação à alimentação, apenas uma pessoa alegou não receber, não sendo possível estabelecer comparações. Entre aqueles que recebem, houve maiores pontuações para a subescala ‘Variedade de Alimentos’ (TAB. 3).

Tabela 3 - Resultados do Adult Picky Eating Questionnaire (APEQ)

Variáveis	Média geral Média ± DP	Tratamento médico na infância		Suporte familiar atualmente	
		Sim n= 2	Não n= 6	Sim n= 7	Não* n= 1
<i>APEQ Total</i> ¹	3,09 ± 0,62	2,70 ± 0,71	3,22 ± 0,59	3,10 ± 0,67	3,05
<i>APEQ AR</i> ²	3,05 ± 0,80	2,21 ± 0,10	3,33 ± 0,71	3,02 ± 0,85	3,28
<i>APEQ VA</i> ³	3,37 ± 0,95	2,37 ± 0,88	3,71 ± 0,76	3,43 ± 1,02	3,00
<i>APEQ DR</i> ⁴	2,96 ± 0,78	3,33 ± 1,41	2,83 ± 0,62	3,00 ± 0,84	2,67
<i>APEQ AG</i> ⁵	3,02 ± 0,95	3,17 ± 1,18	2,97 ± 0,98	3,02 ± 1,02	3,00

1. Score total do Adult Picking Eating Questionnaire; 2. Score do Adult Picking Eating quanto à subescala ‘apresentação da refeição’; 3. Score do Adult Picking Eating quanto à subescala ‘variedade de alimentos’; 4. Score do Adult Picking Eating quanto à subescala ‘desinteresse pelas refeições’; 5. Score do Adult Picking Eating quanto à subescala ‘aversão ao gosto’; *: Apenas um participante respondeu ‘Não’, logo não há como aferir média e/ou desvio padrão.

Fonte: Elaborado pelo autor.

6. DISCUSSÃO

No estudo, identificou-se proporções iguais entre ambos os sexos biológicos de pessoas diagnosticadas com TEA. Entretanto, a literatura aponta que os diagnósticos são mais prevalentes em indivíduos do sexo masculino, com alguns estudos apontando proporções de até 6:1 de homens para mulheres. As justificativas em relação a isso giram em torno da genética, com teses acerca da contribuição do cromossomo X, diferente expressão de determinados genes ao longo do desenvolvimento do cérebro e interação gene-ambiente por cascatas hormonais, além de possíveis mutações associadas ao TEA. Entretanto, ainda não há consenso sobre os mecanismos envolvidos. De todo modo, alguns autores apontam o sexo biológico como fator de risco para o desenvolvimento do transtorno (BORGES, 2018).

Alguns autores apontam que a maior prevalência do TEA em indivíduos do sexo masculino também se deve a “comportamentos sociais” apresentados por meninas. Segundo (DEAN, 2016), indivíduos do sexo feminino tendem a omitir os sinais e sintomas do transtorno, imitando determinados comportamentos considerados “normais” e compensatórios para enfrentar as dificuldades, de modo a retardar e/ou impossibilitar o diagnóstico e tratamento.

Outro apontamento é que, apesar da prevalência ser maior em homens, é verificado que há maior ocorrência do TEA em famílias cujo histórico possua casos do transtorno em pessoas do sexo feminino. A justificativa é que cópias autossômicas deletérias e variantes de nucleotídeo único deletérias são mais “transmitidas”, geneticamente, por mulheres. Sugere-se que esses dados são semelhantes para os demais Transtornos do Desenvolvimento (JACQUEMONT *et al.*, 2014).

A maioria dos diagnósticos dos participantes ocorreu no final da adolescência ou na fase adulta, tendo estes pouco tempo de diagnóstico o que, conseqüentemente, leva a presumir que o curto tempo de tratamento médico possa ter prejudicado a qualidade de vida, especialmente no que se refere à alimentação. Sabe-se que o diagnóstico precoce, principalmente na faixa etária da infância, colabora para um tratamento não só médico, mas multiprofissional, mais efetivo, contribuindo para a diminuição dos agravos relacionados ao transtorno durante o desenvolvimento do indivíduo (LIMA *et al.*, 2023).

Ainda em relação ao tratamento, percebe-se que o tópico consumo alimentar é frequentemente ignorado, ao analisarmos as respostas negativas das perguntas acerca da alimentação na abordagem médica. Desse modo, aponta-se o seguinte questionamento: Seria este resultado consequência do pouco tempo de tratamento da maioria dos participantes ou estaria associado ao pouco conhecimento e/ou atenção dos profissionais médicos em relação à alimentação de indivíduos com TEA?

Em 2018, foi realizado um estudo observacional analítico com 340 profissionais e usuários das Unidades de Saúde da região metropolitana de Curitiba, cujo objetivo era avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca de temas relacionados à Nutrição e sua percepção sobre sua importância/presença no tratamento de diversas patologias. Como resultado, mostrou-se que, apesar da maioria dos médicos terem conhecimento sobre as necessidades nutricionais, 100% deles afirmaram que na maioria das vezes o tratamento é direcionado a outros aspectos envolvidos na patologia, de modo que a alimentação é ignorada na maioria dos casos. A justificativa foi relacionada à alta demanda assistencial nas unidades, de modo com que a maioria julgasse necessário a participação de um nutricionista no processo de tratamento das patologias (RAVAZZANI et al., 2020).

O pouco tempo de diagnóstico e a possível falta de atenção profissional relacionada aos aspectos nutricionais no tratamento do TEA podem estar refletidos nos escores do *FNS* dos participantes, uma vez que a maioria se enquadra na categoria de neofobia alimentar. Segundo as Diretrizes de Reabilitação à Pessoa com TEA, intervenções relacionadas à alimentação e nutrição no tratamento do TEA são peças fundamentais nas alterações do comportamento alimentar de pessoas com o transtorno (BRASIL, 2014).

Além disso, ainda que sem análise estatística, uma vez que apenas uma pessoa se enquadra em alguma das demais categorias (neutro e neofilia alimentar), destaca-se que o participante com menor escore do *FNS* foi aquele com maior tempo de tratamento, podendo ser um indicativo da eficácia do tratamento médico ao TEA.

Sabe-se que um elevado nível de neofobia alimentar, principalmente na infância, está frequentemente relacionado ao baixo consumo de frutas, vegetais, leguminosas e demais alimentos *in natura* e uma maior ingestão de doces,

salgadinhos e outros alimentos ultraprocessados. Além disso, é apontado que os sinais e sintomas decorrentes da neofobia podem não diminuir com a progressão da idade (SILVA *et al.*, 2022).

O consumo de ultraprocessados têm correlação com o aumento ponderal e quadros de sobrepeso e obesidade. Além disso, os alimentos desse grupo contribuem fortemente para o desenvolvimento de uma série de doenças, sendo fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, problemas gastrointestinais, depressão entre outras patologias (LOUZADA *et al.*, 2021).

Dessa forma, o fato de que metade dos participantes possuem IMC categorizado em sobrepeso ou obesidade e que a maioria afirmou possuir diagnóstico de uma ou mais doenças pode estar indiretamente relacionado aos quadros de TEA e neofobia alimentar. Um estudo realizado com 4564 crianças, incluindo um grupo de 34 crianças com TEA, avaliou o grau de neofobia e valor de IMC dos participantes, tendo como um dos objetivos identificar associações entre IMC e graus de neofobia e/ou traços do transtorno separadamente, e também sua interação. Como resultado, obtiveram que crianças com TEA tendem a ser mais neofóbicas e que possuem maior IMC, mesmo em comparação com aquelas que não possuem TEA e apresentaram graus de neofobia semelhantes (WALLACE *et al.*, 2018).

Em contraposição aos achados sobre a abordagem médica quanto à alimentação, a maioria das respostas foram positivas em relação à presença da temática alimentação na família e apoio familiar na infância. De modo geral, sabe-se que a alimentação do indivíduo, principalmente na infância, é altamente influenciada pelo contexto familiar, sociocultural e ambiental (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006). Um estudo transversal com 368 crianças em Divinópolis - Minas Gerais, no Brasil, com foco na associação entre práticas parentais e comportamento alimentar infantil, afirmou que os pais desempenham um papel crucial em relação à compra, preparo, controle de qualidade dos alimentos ingeridos pelos filhos, sendo estes influenciados pelas escolhas e pelos hábitos alimentares dos pais (SANTOS, 2021).

Ademais, esse elevado grau de apoio apresentado pode estar significativamente ligado ao TEA e à atenção dos pais sobre alterações comportamentais relacionadas à alimentação, como a neofobia e seletividade alimentar. A literatura aponta que os pais tendem a atuar mais fortemente na

alimentação de seus filhos quando estão preocupados com aspectos relacionados ao seu desenvolvimento e possuem percepção sobre suas dificuldades na regulação da alimentação, principalmente em casos em que há problemas na escolha dos alimentos e baixa ingestão calórica (OLIVEIRA, 2020).

Outra importante característica que pode estar associada a esse suporte é o grau de escolaridade dos pais e/ou responsáveis, cuja predominância foi daqueles que possuem ensino superior completo. Segundo dados apresentados por Pedrosa (2017), pais mais instruídos tendem a ter maior acesso e interesse a informações e serviços de saúde, assim como realizam mais frequentemente a aquisição de alimentos saudáveis e nutritivos, como *in natura* e produtos menos processados, contribuindo para o desenvolvimento e a manutenção do estado nutricional dos filhos.

Além disso, é apontado que o grau de escolaridade possui influência também sobre o diagnóstico e tratamento precoce. Em um estudo com 136 genitores de crianças com diagnóstico de TEA no Brasil, cujo objetivo foi investigar as idades de realização de diagnóstico e presença de tratamento, e sua relação com diversas variáveis sociodemográficas, afirma-se que pais com maior nível de escolaridade tinham maior percepção sobre os primeiros sinais do TEA na infância, contribuindo para um diagnóstico precoce e tratamento (ZANON et al., 2017).

Em relação à seletividade alimentar, com base na avaliação de intensidade por meio do APEQ, foi possível identificar, nas subescalas, uma maior pontuação para comportamento seletivo dos participantes em relação à variedade de alimentos. O estudo de Rocha (2019), cujo objetivo foi avaliar a presença e aspectos da seletividade alimentar em indivíduos com TEA, apontou que a dificuldade no consumo de novos alimentos, bem como o consumo excessivo de alimentos habituais, é o traço de seletividade alimentar mais prevalente nessa população.

No geral, foi achado que aqueles indivíduos que passaram por tratamento médico na infância demonstram menor nível de comportamento seletivo. Por mais que não haja dados específicos sobre como se desenvolveu o tratamento, a literatura aponta que o uso de abordagens especializadas ao contexto, com auxílio de ferramentas educativas e integrativas dos pacientes nessa faixa etária, traz resultados positivos acerca da seletividade alimentar e relação com a comida (IVNUK et al., 2023).

Em relação aos dados do APEQ sobre o apoio familiar na atualidade, não foi possível fazer comparações específicas acerca da seletividade alimentar entre aqueles que recebem ou não. Entretanto, como a maioria apontou receber algum tipo de suporte, presume-se que há determinada atenção do núcleo familiar sobre o consumo alimentar desses indivíduos, mesmo na vida adulta. Segundo Silva (2014), os pais tendem a não interferir nas escolhas dos filhos, em diversos aspectos, na fase adulta, pois identificam a necessidade deles tomarem suas próprias decisões. Desse modo, as motivações para esse suporte em torno da alimentação podem estar relacionadas aos comportamentos seletivos e/ou neofóbicos.

De modo geral, o apoio familiar desde a infância até a fase adulta e a presença de tratamento acerca do TEA também podem estar refletidos no ingresso desses indivíduos à universidade e cursos de ensino superior, já que são considerados fatores essenciais para inserção e inclusão desses indivíduos nos avanços quanto à escolaridade (PADOVAN, 2020).

É importante destacar que o presente estudo teve algumas limitações. O número de participantes do estudo foi reduzido, com 8 pessoas no total, em função de um número reduzido de estudantes cadastrados como portadores de diagnóstico de TEA e, entre os identificados, houve baixa adesão. Este tamanho amostral reduzido, além de não ser representativo da população de universitários com TEA, nos permitiu apenas uma análise descritiva dos dados, no entanto, sem a possibilidade de análise estatística, extrapolação para outras populações ou análises mais robustas, como, por exemplo, relativas ao grau de suporte demandado por cada participante. É importante ressaltar que muitos adultos não possuem um diagnóstico fechado de TEA e que, como os convites foram enviados àqueles alunos que relataram o diagnóstico no momento da matrícula na universidade e/ou possuem acompanhamento pela CAIN, não se pode afirmar que todos os alunos com TEA foram convidados a participar do estudo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudantes com TEA participantes do estudo apresentaram características sociodemográficas bastante semelhantes. Foi possível identificar que a maioria vem de famílias com elevado grau de escolaridade.

Em relação ao diagnóstico e tratamento médico, todos alegaram ter diagnóstico médico, sendo este fato reforçado pelo registro no sistema da instituição de ensino, com a maioria tendo realizado tratamento em algum momento na vida. A minoria afirmou ter tido diagnóstico e acompanhamento médico precoce, ou seja, na infância, e que temas relacionados à alimentação não eram abordados durante o tratamento. Além disso, foi apontado grande prevalência de apoio familiar durante toda a vida em relação à alimentação, sendo o auxílio financeiro e orientações os tipos de suporte mais pautados na fase adulta.

A maioria dos avaliados apresentou comportamentos considerados neofóbicos, mesmo com os com apontamentos em relação à presença de tratamento médico e apoio familiar. Entretanto, foi identificado que o participante com maior tempo de tratamento foi o único a ser classificado com comportamentos neutros, podendo intervalos maiores e precocidade do acompanhamento médico serem fatores mais efetivos nesse sentido.

Aqueles que tiveram tratamento médico na infância apresentaram menor nível de comportamentos seletivos, o que implica que a precocidade do tratamento médico apresenta resultados mais positivos no consumo alimentar de indivíduos com TEA. Além disso, o comportamento seletivo mais identificado pelos participantes está relacionado ao consumo de novos e/ou diferentes alimentos, sendo isso fato importante para o planejamento e desenvolvimento de estratégias terapêuticas, principalmente as de cunho nutricional.

Com base nos achados, se evidencia a importância da atenção ao consumo alimentar de indivíduos com TEA, devendo este ser um dos focos de atenção e discussão no tratamento global ao transtorno, que deve ser estabelecido por uma equipe multiprofissional, incluindo o nutricionista, e não somente o profissional de saúde médico.

É de suma importância que ocorram mais pesquisas relacionadas a indivíduos com TEA e o impacto do diagnóstico e tratamento precoce,, a fim de assegurar o desenvolvimento de um tratamento eficaz e pautado em evidências, e que minimize

os agravos relacionados ao transtorno, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. K. D. A. et al. Consumo de ultraprocessados e estado nutricional de crianças com transtorno do espectro do autismo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, 31 out. 2018.
- ALMEIDA, M. L.; NEVES, A. S. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e180896, 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, R. Estereótipos e preconceito contra pessoas com transtorno do espectro autista. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2022.
- BARBOSA, H. F.; GOMES, A. L. L. A Inclusão De Pessoas Com Autismo No Ensino Superior: Percepções Discentes Sobre O Ingresso À Universidade. **Anais VI CONEDU**. Campina Grande: Realize Editora, 2019.
- BARBOSA, P. Autismo. **Revista Educação Pública**, 2014.
- BARROS NETO, S. G. D.; BRUNONI, D.; CYSNEIROS, R. M. Abordagem psicofarmacológica no transtorno do espectro autista: uma revisão narrativa. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 19, n. 2, 2019.
- BEAR, M. *et al.* Neurociências: Desvendando o Sistema Nervoso. Artmed, 2017.
- BORGES, V. M.; AZEVEDO MOREIRA, L. M. Transtorno do espectro autista: descobertas, perspectivas e Autism Plus. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 2, p. 230, 27 nov. 2018.
- BRACKS, M.; CALAZANS, R. A questão diagnóstica e sua implicação na epidemia autística. **Tempo Psicanalítico**, v. 50, 2018.
- BRASIL. ANS - LEGISLAÇÃO. Resolução Normativa Ans Nº 539, De 23 De Junho De 2022. Disponível em:
<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDI1Ng==>>. Acesso em: 05 jan. 2024.

BRASIL. Classificação Internacional de Doenças passa pela 11a revisão e entra em vigor em janeiro de 2022 | Biblioteca Virtual em Saúde MS. Disponível em: <<https://bvsm.sau.de.gov.br/classificacao-internacional-de-doencas-passa-pela-11a-revisao-e-entra-em-vigor-em-janeiro-de-2022>>. Acesso em: 05 jan. 2024.

BRASIL. Linhas de Cuidado - Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.sau.de.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/>>. Acesso em: 05 jan. 2024.

BRASIL; SAÚDE, M. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)**. [s.l.] Ms, 2012.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema de Saúde**. MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, 2012.

BRITO, A. PRÁTICA EDUCATIVA NO AEE: os efeitos do manejo comportamental no uso de comunicação alternativa e ampliada para o favorecimento da comunicação em alunos com autismo. **Centro De Ciências Da Educação - Universidade Federal do Piauí**, 2016.

CAMINHA, V. L. P. D. S. *et al.* **Autismo: Vivências e Caminhos**. São Paulo, Editora Edgard Blücher, 2016.

CAVALCANTE, J. L. *et al.* Qualidade de vida de autistas idosos: uma revisão narrativa. **Ciência em Movimento**, v. 23, n. 46, 65-73, 2021.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Editorial Board**, 2023.

CHASTE, P.; LEBOYER, M. Autism risk factors: genes, environment, and gene-environment interactions. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 14, n. 3, p. 281–292, 30 set. 2012.

COSTA, C. S.; GUARANY, N. R. O reconhecimento dos sinais de autismo por profissionais atuantes nos serviços de puericultura na atenção básica / The recognition of signs of autism by professionals working in childcare services in the basic care. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 5, n. 1, p. 31–44, 1 fev. 2021.

CUNHA, P. *et al.* Transtorno do espectro autista: principais formas de tratamento. Faculdade UNA de Catalão, 2021.

DAWALT, L. *et al.* Mortality in individuals with autism spectrum disorder: Predictors over a 20-year period. **Autism**, v. 23, n. 7, p. 1732–1739, out. 2019.

DEAN, M.; HARWOOD, R.; KASARI, C. The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. **Autism**, v. 21, n. 6, p. 678–689, ago. 2017.

ELLIS, J. M. *et al.* A functional description of adult picky eating using latent profile analysis. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 15, n. 1, p. 109, dez. 2018.

EVANGELHO, V. *et al.* Autismo no Brasil: uma revisão sobre estudos em neurogenética. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1–20, 11 nov. 2021.

FERNANDES, C. S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicologia USP**, v. 31, 2020.

FERNANDES, F. D. M. *et al.* O papel do fonoaudiólogo e o foco da intervenção no TEA. **CoDAS**, v. 34, n. 5, p. e20210264, 2022.

FILIPE, A. Neofobia alimentar e hábitos alimentares em crianças pré-escolares e conhecimentos nutricionais parentais. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Lisboa, 2011.

FREIRE, N. F. Avaliação da presença de neofobia alimentar em crianças brasileiras com o transtorno do espectro autista entre 4 e 11 anos. Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, 2021.

GARDENER, H.; SPIEGELMAN, D.; BUKA, S. L. Perinatal and Neonatal Risk Factors for Autism: A Comprehensive Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 128, n. 2, p. 344–355, 1 ago. 2011.

GUAN, J.; LI, G. Injury Mortality in Individuals With Autism. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 5, p. 791–793, maio 2017.

HE, J. *et al.* Translating, modifying, and validating the Adult Picky Eating Questionnaire for use in China. **Eating Behaviors**, v. 33, p. 78–84, abr. 2019.

HOMERCHER, B. M. et al. Observação Materna: Primeiros Sinais do Transtorno do Espectro Autista Maternal. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 540–558, 9 jul. 2020.

IVNUK, L. D. P. et al. Seletividade alimentar infantil: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 12, p. e130121244099, 21 nov. 2023.

JACQUEMONT, S. et al. A Higher Mutational Burden in Females Supports a “Female Protective Model” in Neurodevelopmental Disorders. **The American Journal of Human Genetics**, v. 94, n. 3, p. 415–425, mar. 2014.

JOHNSON, M. H. Autism as an adaptive common variant pathway for human brain development. **Developmental Cognitive Neuroscience**, v. 25, p. 5–11, jun. 2017.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. D. C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 1, p. 63–73, fev. 2008.

KINNAIRD, E. et al. Eating as an autistic adult: An exploratory qualitative study. **PLOS ONE**, v. 14, n. 8, p. e0221937, 29 ago. 2019.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. suppl 1, p. s3–s11, maio 2006.

LEADER, G. et al. Feeding Problems, Gastrointestinal Symptoms, Challenging Behavior and Sensory Issues in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 50, n. 4, p. 1401–1410, abr. 2020.

LEMES, M. A. et al. Comportamento alimentar de crianças com transtorno do espectro autista. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 72, n. 3, p. 136–142, 2023.

LIMA, A. et al. Seletividade alimentar em crianças com transtorno do espectro autista: um relato de caso. **Revista Psipro**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 88–102, 2023.

LIMA, D. C. S. et al. A importância do diagnóstico precoce para a eficácia no tratamento do transtorno do espectro autista. Em: PRAXEDES, M. F. D. S. (Ed.). **A enfermagem e o bem-estar humano, teoria e prática 2**. 1. ed. [s.l.] Atena Editora, 2023. p. 1–14.

LIU, W.; LI, M.; YI, L. Identifying children with autism spectrum disorder based on their face processing abnormality: A machine learning framework. **Autism Research**, v. 9, n. 8, p. 888–898, ago. 2016.

LOPES, A. M. C. D. S. O AUTISMO E SUAS CONEXÕES: QUAL MEDICAÇÃO PARA O AUTISTA? **Psicologia em Revista**, v. 25, n. 3, p. 1343–1352, 29 set. 2020.

LOUZADA, M. *et al.* Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, p. e00323020, 2021.

MAGAGNIN, T. *et al.* Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310104, 2021.

MENEZES, M. O diagnóstico do transtorno do espectro autista na fase adulta. Universidade Federal De Minas Gerais, 2020.

MIDORI SAKURAMOTO, S.; ELISABETH SQUASSONI, C.; SIMÕES MATSUKURA, T. Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 169–178, 30 jun. 2014.

NADEEM, R.; HUSSAIN, T.; SAJID, H. C reactive protein elevation among children or among mothers' of children with autism during pregnancy, a review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 251, dez. 2020.

OLIVEIRA, A. Peturbação do espectro de autismo: A Comunicação. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto, 2009.

OLIVEIRA, A; OLIVEIRA, D. Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância – Revisão da literatura. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, [S. l.], v. 5, n. 2, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPA/OMS). Transtorno do Espectro Autista. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ORINSTEIN, A. J. *et al.* Intervention for Optimal Outcome in Children and Adolescents with a History of Autism. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 35, n. 4, p. 247–256, maio 2014.

PADOVAN, V. Autista na universidade: inclusão e responsabilidade. Centro De Ciências Biológicas E Da Saúde, UNICESUMAR, 2020.

PEDROSA, E.; TEIXEIRA, E. Efeito da escolaridade dos pais sobre o estado nutricional dos filhos no Brasil. *Economia Aplicada*, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 581–608, 2021.

PLINER, P.; HOBDEN, K. Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. ***Appetite***, v. 19, n. 2, p. 105–120, out. 1992.

PREVIATO, H.; BEHRENS, J. Translation and Validation of the Food Neophobia Scale (FNS) to the Brazilian Portuguese. ***Nutricion Hospitalaria***, n. 2, p. 925–930, 2015.

QUIAOITI T.; ALMEIDA, S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17(4), 193-211, 2006.

RAVAZZANI, E. D. D. A.; SILVA, J. D. DA; RAUBER, K. F.; SIMM, E. B. Percepção De Usuários E Profissionais Da Rede Pública Sobre A Nutrição. ***Cadernos da Escola de Saúde***, v. 18, n. 2, p. 55-66, 11 fev. 2020.

RIBEIRO, G. F. *et al.* The challenges of people with autism spectrum disorder in adulthood: An integrative review. Em: **UNITING KNOWLEDGE INTEGRATED SCIENTIFIC RESEARCH FOR GLOBAL DEVELOPMENT**. 1. ed. [s.l.] Seven Editora, 2023.

ROCHA, G. S. S. *et al.* Análise da seletividade alimentar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. ***Revista Eletrônica Acervo Saúde***, n. 24, p. e538, 20 jun. 2019.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. ***Revista de Nutrição***, v. 21, n. 6, p. 739–748, dez. 2008.

SAMPAIO, A. *et al.* Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 62(2): 164-170, 2013.

SANTOS, K. D. F.; REIS, M. A. D.; ROMANO, M. C. C. Parenting practices and the child's eating behavior. ***Texto & Contexto - Enfermagem***, v. 30, 2021.

SERBAI, F.; PRIOTTO, E. M. T. P. Autismo na adolescência uma revisão integrativa da literatura. ***Educação em Revista***, v. 37, p. e26472, 2021.

SILVA, B. T. D.; SILVA, M. R. S. D. Necessidades e preocupações dos pais em diferentes etapas do ciclo vital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 957–964, dez. 2014.

SILVA, B. A inserção de indivíduos com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho: um estudo bibliográfico. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2023.

SILVA, S. M. DA; BRAZIL (EDS.). **Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência**. 1a. ed ed. Brasília, DF: Editora MS, 2007.

SILVA, F. M. S. E. *et al.* A influência da Neofobia Alimentar infantil no estado nutricional e suas repercussões na vida adulta. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e368111537466, 20 nov. 2022.

SILVA, V. C. D. **O estudante com transtorno do espectro autista nas universidades brasileiras**. 1. ed. [s.l.] Atena Editora, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo**. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, 2019.

STEFFEN, B. F. *et al.* Diagnóstico precoce de autismo: uma revisão literária. **Revista Eletrônica Saúde Multidisciplinar da Faculdade Morgana Potrich**, 2019.

TORRES, T. D. O.; GOMES, D. R.; MATTOS, M. P. FACTORS ASSOCIATED WITH FOOD NEOPHOBIA IN CHILDREN: SYSTEMATIC REVIEW. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, p. e2020089, 2021.

VOLK, H. E. *et al.* Considering Toxic Chemicals in the Etiology of Autism. **Pediatrics**, v. 149, n. 1, p. e2021053012, 1 jan. 2022.

VOLKMAR, F. R.; WOLF, J. M. When children with autism become adults. **World Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 79–80, fev. 2013.

VOLKMAR, F. R.; WIESNER, L. A. Autismo: Guia Essencial para Compreensão e Tratamento. **Artmed**, v.1, 2018.

WALLACE, G. L. *et al.* Autism spectrum disorder and food neophobia: clinical and subclinical links. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 108, n. 4, p. 701–707, out. 2018.

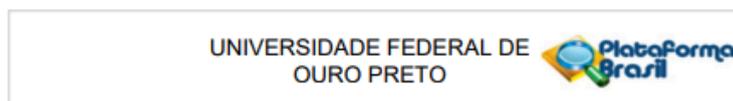
World Health Organization (WHO). Autismo. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>>. Acesso em: 15 jan. 2024.

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

ZILBOVICIUS, M.; MERESSE, I.; BODDAERT, N. Autismo: neuroimagem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. suppl 1, p. s21–s28, maio 2006.

ANEXOS

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO E APOIO FAMILIAR NA INFÂNCIA SOBRE O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADULTOS COM TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

Pesquisador: JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70711923.4.0000.5150

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ouro Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.275.645

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2155678.pdf de 17/07/2023) e do Projeto Detalhado.

Desenho:

Trata-se de um estudo transversal, a ser realizado com estudantes de graduação adultos, portadores de Transtorno de Espectro Autista, conforme diagnóstico médico, da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), por meio de questionários online, estruturados com questões sociodemográficas, antropométricas, clínicas, questões específicas sobre a abordagem médico parental e, versões adaptadas, de quociente do espectro autista (grau de suporte), neofobia alimentar e seletividade alimentar em adultos. Os dados coletados permitirão a análise da associação entre a orientação médico-parental sobre o grau de neofobia e seletividade alimentar, e sua estratificação conforme o grau de suporte.

Resumo:

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma síndrome que afeta o neurodesenvolvimento do

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - PROPPi, Centro de Convergência, Campus Universitário
Bairro: Morro do Cruzeiro **CEP:** 35.400-000
UF: MG **Município:** OURO PRETO
Telefone: (31)3559-1368 **E-mail:** cep.proppi@ufop.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



Continuação do Parecer: 6.275.645

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2155678.pdf	17/07/2023 11:44:33		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	17/07/2023 11:43:57	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
Outros	tcle_limpo.pdf	17/07/2023 11:43:44	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	17/07/2023 11:43:29	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
Outros	brochura_limpa.pdf	17/07/2023 10:26:10	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	17/07/2023 10:25:18	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	17/07/2023 10:23:52	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/07/2023 10:23:39	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
Brochura Pesquisa	questionarios.docx	17/07/2023 10:22:48	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoLeandro.pdf	07/06/2023 10:52:31	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisador.pdf	07/06/2023 10:52:14	JULIA CRISTINA CARDOSO CARRARO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - PROPPi, Centro de Convergência, Campus Universitário
Bairro: Morro do Cruzeiro **CEP:** 35.400-000
UF: MG **Município:** OURO PRETO
Telefone: (31)3559-1368 **E-mail:** cep.proppi@ufop.edu.br

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO:**Caracterização e Avaliação Socioeconômica****Dados:**

E-mail:

Qual a sua data de nascimento? ___/___/___

Qual o seu sexo biológico?

 1- Feminino 2- Masculino**Avaliação Socioeconômica:**

Qual é o seu estado civil?

 1- Solteiro(a) 2- Casado(a) 3- União estável 4- Viúvo(a) 5- Divorciado(a) 6- Outro: _____

Levando em consideração a casa de seus pais/responsáveis, qual é o grau de instrução da pessoa mais próxima em relação a seus cuidados de saúde?

 1- Analfabeto 2- Fundamental I incompleto 3- Fundamental I completo 4- Fundamental II incompleto 5- Fundamental II completo

- 6- Médio incompleto
- 7- Médio completo
- 8- Superior incompleto
- 9- Superior completo

Qual é a renda total da sua família?

- 1- Menos de 1 salário mínimo (menos de R\$ 998,00)
- 2- De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 954,00 – 1.996,00)
- 3- De 2 a 3 salários mínimos (R\$ 1.996,00 – 2.994,00)
- 4- De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 2.994,00 – 3.992,00)
- 5- Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 3.992,00)

Quantas pessoas dependem financeiramente desta renda? _____

Você depende dos seus pais/ responsáveis ou familiares financeiramente?

- 1- Não 2- Sim

Em relação à sua moradia atual, como você mora? (Considere a moradia atual como aquela em que você reside a maior parte da semana).

- 1- Sozinho(a)
- 2- Com meus pais (pai e mãe)
- 3- Com meu pai
- 4- Com minha mãe
- 5- Na casa de um outro familiar/parente
- 6- Com o/a cônjuge/parceiro(a) e/ou filho(a)(s)
- 7- Divido apartamento/casa com outras pessoas
- 8- Em pensão/hotel/hostel/pousada

- 9- Em república federal
- 10- Em república particular
- 11- Em alojamento estudantil
- 12- Outro: _____

Dados antropométricos e história clínica

Qual é o seu peso atual? (Caso você não saiba o seu peso exato, preencha com um valor aproximado).

_____ Kg.

Qual a sua altura atual? (Caso você não saiba a sua altura exata, preencha com um valor aproximado).

_____ metros.

Você já foi diagnosticado com alguma(s) das condições de saúde abaixo?

- Hipertensão
- Diabetes
- Dislipidemias
- Depressão
- Ansiedade
- Transtornos alimentares (Anorexia, Bulimia, Transtorno da Compulsão de Alimentar e etc)
- Outras: _____

Com qual idade você foi diagnosticado com TAE? _____

Você realiza ou já realizou algum tipo de tratamento acompanhamento em relação ao TAE?

- () Sim, realizo atualmente
- () Já estive em acompanhamento mas parei
- () Não, nunca estive em acompanhamento

Se sim (realiza ou realizou):

Por quanto tempo? _____

Avaliação sobre aspectos da abordagem médica e apoio parental relacionados ao consumo alimentar

Sobre a abordagem médica:

a) Durante a infância, você teve acesso a um auxílio médico (ou de outro profissional) para tratar de aspectos do Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

Categorias de resposta: Sim / Não

b) Nas consultas médicas realizadas durante a infância para tratar de aspectos do Transtorno do Espectro Autista (TEA), a sua alimentação era um tema discutido recorrentemente?

Categorias de resposta: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Sempre

c) Nas consultas médicas realizadas durante a infância para tratar de aspectos do Transtorno do Espectro Autista, houve estímulo do profissional para que você consumisse alimentos de diferentes grupos alimentares (tubérculos, leguminosas, cereais, vegetais, entre outros), diferentes texturas e consistências, diferentes sabores (doce, salgado, amargo, entre outros) e com diferentes apresentações (diferentes formatos, conjuntura de cores, entre outros)?

Categorias de resposta: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Sempre

d) Nas consultas médicas realizadas durante a infância para tratar de aspectos do Transtorno do Espectro Autista, houve estímulo do profissional para que você participasse de eventos sociais (festas de aniversário, confraternizações na creche/escola, entre outros e, caso tivesse comida, se alimentasse durante tais eventos)?

Categorias de resposta: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Sempre

Sobre o apoio parental:

e) Durante a sua infância, a sua alimentação era um tópico debatido e conversado por seus pais ou responsáveis?

Categorias de resposta: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Sempre

f) Durante a sua infância, houve estímulo (por meio da preparação refeições ou aquisição de alimentos) por parte de seus pais ou responsáveis para que você consumisse alimentos de diferentes grupos alimentares (tubérculos, leguminosas, cereais, vegetais, entre outros), diferentes texturas e consistências, diferentes sabores (doce, salgado, amargo, entre outros) e com diferentes apresentações (diferentes formatos, conjuntura de cores, entre outros)?

Categorias de resposta: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Sempre

g) Durante a sua infância, houve estímulo por parte de seus pais ou responsáveis para que você participasse de eventos sociais (festas de aniversário, confraternizações na creche/escola, entre outros) e, caso tivesse comida, se alimentam neles?

Categorias de resposta: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Sempre

h) Durante a sua infância, houve estímulo (por meio da preparação refeições ou aquisição de alimentos) por parte de seus pais ou responsáveis para que você consumisse alimentos novos?

Categorias de resposta: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Sempre

i) Atualmente, você recebe apoio familiar em relação à sua alimentação?

Categorias de resposta: Sim / Não

j) Se sim, de qual tipo? (pode marcar mais de uma opção)

Financeiro

Preparo

Escolhas

Orientações

Outros. Quais? _____

Avaliação de comportamentos neofóbicos - *Food Neophobia Scale (FNS)*

Categorias de resposta: Discordo totalmente / Discordo / Discordo um pouco / Nem discordo e nem concordo / Concordo um pouco / Concordo / Concordo totalmente

- 1 - Estou constantemente experimentando alimentos novos e diferentes.
- 2 - Não confio em novos alimentos.
- 3 - Se eu não sei o que há em um alimento/preparação, não o experimento.
- 4 - Eu gosto de comidas de diferentes países.
- 5- Comidas de outras culturas/etnias me parecem muito estranhas para comer.
- 6- Em eventos sociais, experimento uma comida nova.
- 7- Tenho medo de comer coisas que nunca comi antes.
- 8 -Eu sou muito específico sobre os alimentos que vou comer.
- 9 - Eu como de quase tudo.

Avaliação de comportamentos seletivos - *Adult Picky Eating Questionnaire (APEQ)*

Categorias de resposta: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Sempre

1.1 Apresentação da Refeição (AR-1)

- a. Tenho uma forte preferência por apresentações específicas de alimentos.

2.1 Variedade de Alimentos (VA-1)

- a. Eu como um número limitado de alimentos de cada grupo alimentar.

3.1 Desinteresse com a Refeição (DR-1)

- a. Frequentemente fico descomprometido/não envolvido quando me sento à mesa para as refeições.

4.1 Aversão ao Gosto (AG-1)

a. Eu rejeito alimentos amargos, mesmo que sejam apenas ligeiramente amargos.

1.2 Apresentação da Refeição (AR-2)

a. Prefiro alimentos de uma determinada cor.

2.2 Variedade de Alimentos (VA-2)

a. Minha dieta habitual carece de uma variedade de grupos de alimentos

3.2 Desinteresse com a Refeição (DR-2)

a. Normalmente sinto que tenho algo melhor para fazer do que comer

4.2 Aversão ao Gosto (AG-2)

a. Eu rejeito alimentos ácidos.

1.3 Apresentação da Refeição (AR-3)

a. Eu fico apavorado, choro ou engasgo depois de ver ou comer certos alimentos.

2.3 Variedade de Alimentos (VA-3)

a. Eu não gosto de experimentar novos alimentos.

3.3 Desinteresse com a Refeição (DR-3)

a. Eu evito as refeições.

1.4 Apresentação da Refeição (AR-4)

a. Fico triste ou desapontado quando a comida não é preparada/cozida da "maneira certa".

2.4 Variedade de Alimentos (VA-4)

a. Eu como uma variedade muito limitada de alimentos (menos de 10 alimentos diferentes).

1.5 Apresentação da Refeição (AR-5)

a. Desconfio imediatamente da comida e sinto a necessidade de inspecionar cuidadosamente a maioria dos alimentos.

1.6 Apresentação da Refeição (AR-6)

a. Eu como alimentos em uma sequência específica.

1.7 Apresentação da Refeição (AR-7)

a. Eu não vou comer uma comida se eu tiver visto que alguém a tocou.

4.3 Aversão ao Gosto (AG-3)

a. Eu prefiro texturas duras, secas ou crocantes.

4.4 Aversão ao Gosto (AG-4)

a. Eu evito alimentos que são moles ou escorregadios.

4.5 Aversão ao Gosto (AG-5)

a. Eu prefiro apenas alimentos em forma de purê ou lisos

4.6 Aversão ao Gosto (AG-6)

a. Eu prefiro apenas alimentos doces ou salgados que não tenham uma quantidade significativa de outros sabores