UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE NUTRIÇÃO
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

MARIA LUIZA MENESES DE QUEIROZ DUARTE

DIFICULDADES ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ATENDIDAS PELO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

Cuité – PB
2026

MARIA LUIZA MENESES DE QUEIROZ DUARTE

DIFICULDADES ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ATENDIDAS PELO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo

Coorientadora: Prof.ª Dr.ª Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa

Cuité – PB

2026

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Sistema de Bibliotecas - SISTEMOTECA
Catalogação de Publicação na Fonte. UFCG - Biblioteca Central

D812d Duarte, Maria Luiza Meneses de Queiroz.
Dificuldades alimentares de crianças com transtorno do espectro autista atendidas pelo Atendimento Educacional Especializado / Maria Luiza Meneses de Queiroz Duarte. – 2026.
72 f.

Monografia (bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2026.
"Orientação: Profa. Dra. Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo, Profa. Dra. Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa".
Referências.

1. Nutrição. 2. Autismo. 3. Seletividade Alimentar. 4. Neurodesenvolvimento. I. Bertozzo, Camila Carolina de Menezes Santos. II. Barbosa, Mayara Queiroga Estrela Abrantes. III. Título.

UFCG/BC CDU 612.39:616.896-053.2(04)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225

MARIA LUIZA MENESES DE QUEIROZ DUARTE

DIFICULDADE ALIMENTARES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ATENDIDAS PELO ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 04 / 08 / 2026

BANCA EXAMINADORA

gov.br Documento assinado digitalmente
CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTI
Data: 07/08/2026 15:59:59-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dr.ª Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo
Universidade Federal de Campina Grande – Orientadora

gov.br Documento assinado digitalmente
MAYARA QUEIROGA ESTRELA ABRANTES BARBO
Data: 10/08/2026 08:06:29-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dr.ª Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa
Universidade Federal de Campina Grande – Coorientadora

gov.br Documento assinado digitalmente
ERINEIA DA SILVA SANTOS
Data: 08/08/2026 08:21:57-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Drª. Erinéia da Silva Santos
Secretaria Municipal da Educação – Examinadora externa

Cuité – PB

2026

Dedico este trabalho à minha família, por ser meu alicerce, meu refúgio e minha maior fonte de amor e incentivo em todos os momentos desta caminhada.

À todas as famílias atípicas, que diariamente enfrentam desafios com amor, coragem e perseverança, lutando para garantir uma vida mais inclusiva e cheia de oportunidade para seus filhos autistas. Em especial, aos meus primos Arthur, Paulo Neto e Rafael, que inspiram não apenas esta pesquisa, mas também um olhar mais sensível, humano e comprometido com essa causa.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que foi durante esses quatro anos, e é, minha maior força, sustento, e parte mais linda da minha história. Antes mesmo dos meus sonhos existirem, Ele já conhecia cada um deles. Foi Sua mão que me sustentou nos momentos em que achei que iria desistir, foi Seu acalento e cuidado que me trouxe até aqui. Em cada crise, cada momento de incerteza, medo ou dúvidas, encontrei força na certeza de que nunca caminhei sozinha. Se hoje concluo essa etapa, é porque fui conduzida pela graça daquEle que sempre esteve à frente da minha vida. À minha mãe Santíssima, Nossa Senhora das Graças, por sua intercessão e amparo em dias difíceis, por ser minha advogada e defensora, por seu colo e abrigo que nunca me deixou faltar.

Aos meus pais Silvia (Silvinha) e Railson, que sob muito sol, fizeram-me chegar até aqui, na sombra. Eles que transformaram todo esforço, abdicação, batalhas, dificuldades, em amor e incentivo. Que por muitas vezes, não tinham nem pra eles, mas nunca deixaram faltar nada para mim e nunca demonstraram tristeza, angústia ou preocupação para não me deixar abalar. Pelo contrário, se sentiam felizes e orgulhosos por estarem realizando meus sonhos que se tornou o deles também. Muito obrigada mãe e pai por acreditarem em mim, por nunca me deixar desistir e por nunca ter medido esforços para me ver realizando todos os meus sonhos. Saibam que tudo isso é por vocês, para que futuramente, eu possa proporcionar o melhor dessa vida para aqueles que sempre estiveram ao meu lado. Todo esforço, dedicação e perseverança são por vocês!

À minha mãe em especial, maior incentivadora da minha trajetória, que nunca mediu esforços para a realização da minha formação e por ser o maior motivo da minha dedicação. Mainha que é meu amparo, refúgio e fortaleza, minha primeira e última mensgaem do dia, sempre com uma palavra de conforto e o "Deus te abençoe, minha filha", nunca me faltou. Mãe, sem a senhora eu não teria chegado até aqui, sempre que pensei em largar tudo, eu antes pensava no quanto queria te proporcionar uma vida boa e retribuir por todo sacrifício feito por mim, que não foram poucos. Obrigada por ser minha luz, guia e paz, por muitas vezes, mesmo sem a senhora saber, me salvou indiretamente só por ouvir sua voz! Por todas suas orações que me mantiveram firme e de pé. Toda recompensa será pouco para o que a senhora merece. Obrigada infinitamente!

Aos meus irmãos José Henrique (Zé) e Luiz Gustavo (Gu), por serem meus protetores e amigos, que sempre estão comigo independente de onde estejam, e mesmo que

indiretamente. Eles que são os melhores irmãos que eu poderia ter, os quais eu amo com o amor mais genuíno que existe. Zé, me lembro de todas as vezes que você me ajudou mesmo sem poder, por me emprestar 20, 30, ou até 100 reais pra ajudar nos custos de Cuité, todas as vezes não media esforços mesmo sem eu poder recompensar. Gu, apesar de todas as nossas diferenças, brigas e arengas, tudo que faço é para que futuramente, você tenha uma vida tranquila e que seja um homem íntegro de princípios e valores. Meu muito obrigada, vocês também fazem parte disso, é tudo por vocês.

Às minhas avós materna e paterna, Dona Socorro e Dona Lourdes, que sempre estiveram comigo nessa caminhada. Vocês são meus maiores exemplos de força e garra, mulheres virtuosas que enfrentaram tantos desafios e provações, mas nunca recuaram, nunca reclamaram, e estão sempre ali para estender a mão, cumprindo o papel de melhores avós do mundo! Meu muito obrigada, isso também é por vocês.

Ao meu namorado e companheiro de vida Renan, que sempre me apoiou, me incentivou e esteve comigo desde o início. Obrigada meu amor, por ter vivido comigo todo o processo da distância, da saudade e das lutas diárias. Por sempre me apoiar, entender meus momentos de angústias e ser meu maior incentivador e melhor amigo. Por sempre ter me esperado aos fins de semana, aguardando ansiosamente pra viver cada minuto ao meu lado. Por ter compreendido com tanta delicadeza todas as vezes que precisei abdicar de tempos de qualidade juntos para passar noites em claro e finais de semana estudando. Você faz parte de tudo isso. Obrigada por ter me presenteado com o maior amor do mundo, nossa filha Maria Helena, mais um e maior motivo para continuarmos lutando e batalhando juntos por uma vida próspera e tranquila. Obrigada por sempre estar ao meu lado, eu te amo!

Aos meus tios e tias que foram meu apoio em toda essa jornada, em especial ao meu tio Zeca e tia Gorett, vocês não imaginam a importância da vida de vocês para mim. Sempre serei grata por tudo que fizeram direta e indiretamente pra me ver realizando esse sonho, serei grata por toda vida e sempre me lembrarei de tudo com muito carinho e amor! Muito obrigada por tudo.

As minhas irmãs de alma e coração que tive o privilégio de conhecer e ter comigo durante esses anos, Ana Júlia, Sofhia, Rayane, Alessandra, Sabrina, Stefannie. Sou imensamente feliz e grata por ter tido vocês para dividir essa caminhada. Por todas as vezes que compartilhamos nossas dores, alegrias e frustações, em todas as refeições na mesa daquela cozinha da casa n° 185, sempre juntas, compartilhando todo o peso desse processo, que no final valeu a pena, eu viveria tudo de novo, mas só se tivesse vocês comigo! Amo vocês para sempre, obrigada por tudo! A Luiz, Laura, Vinícius, Neto, por ter conhecido vocês

e por ter compartilhado tantos momentos felizes, levarei vocês sempre comigo e agradeço por terem feito parte dessa jornada! A Thainá, minha amiga desde o ensino médio, por ter dividido comigo o peso desse processo, por todas as vezes que fizemos dos nossos momentos de academia ser nossa terapia, sempre voltávamos para casa mais leves. Sou feliz por ter tido você comigo, obrigada!

Agradeço a Mayara, minha parceira de casa, vida e trajetória acadêmica. Sou imensamente grata por ter me acolhido, por todos os conselhos, por todas as vezes que esclareceu minhas dúvidas, todas as vezes que me deu aula às 22h da noite em nossa casa, quando o juízo nem funcionava mais, sempre muito sábia e inteligente. Você faz parte de tudo isso, obrigada por tudo!

A minha orientadora Camila, que, além disso, é minha família, prima, "mãe emprestada", amiga, conselheira e tantos outros adjetivos. Nunca irei esquecer tudo que você fez por mim durante a minha caminhada, por ter me acolhido desde o primeiro dia em Cuité, e está presente em todos os momentos especiais, inclusive nesse. Saiba que todas as conquistas que adquiri durante toda a minha jornada acadêmica, foi graças a você. Obrigada por sempre me guiar, me dá os melhores conselhos, me levar sempre junto a você para que eu sempre pudesse viver as melhores oportunidades dentro da universidade. Meu crescimento pessoal e acadêmico tem muito de você! Obrigada por tudo Kaká, você faz parte de tudo isso!

Ao Núcleo de Estudo e Pesquisas em Neurociências (NEPNEURO), meu sincero agradecimento por ter sido muito mais do que um núcleo de estudos durante minha graduação. Fazer parte desse grupo foi uma experiência transformadora, que despertou ainda mais meu interesse pela pesquisa e me proporcionou aprendizados que levarei para toda a vida. Sou grata por cada oportunidade, pelos conhecimentos compartilhados, pelas trocas e por todas as pessoas que fizeram parte dessa caminhada, contribuindo de forma tão especial para minha formação acadêmica e pessoal.

À Erineia e à Mayara, agradeço por aceitarem fazer parte da banca examinadora deste trabalho. É um honra contar com a leitura, contribuições e o olhar sábio de profissionais que admiro. Muito obrigada pela disponibilidade e por colaborarem com este momento tão importante da minha formação.

À Secretaria Municipal de Educação de Cuité, meu sincero agradecimento pela parceria, receptividade e colaboração durante a realização desta pesquisa. O apoio e a disponibilidade da equipe foram fundamentais para a coleta dos dados e para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os professores que fizeram parte da minha trajetória na graduação, meu sincero agradecimento por cada ensinamento, orientação e incentivo ao longo desses anos. Cada um contribuiu de alguma forma, para a profissional e pessoa que estou me tornando. Levarei comigo os conhecimentos, os exemplos e as experiências compartilhadas durante essa caminhada.

Por último, mas não menos importante, agradeço a mim mesma, por não ter desistido diante dos desafios e por ter permanecido firme durante toda essa caminhada. Foram anos de dedicação, renúncias e muito aprendizado. Hoje, tenho orgulho da pessoa que me tornei e da trajetória que construí até aqui. Que este seja apenas o início de muitas outras conquistas.

"É justo que muito custe o que muito vale."

(Santa Teresa D'Ávila)

DUARTE, M. L. de Q. **Dificuldades alimentares de crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas pelo Atendimento Educacional Especializado.** 2026. 88 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2026.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por déficits persistentes na comunicação e na interação social, déficits em reciprocidade social e comportamentos não verbais de comunicação. As crianças neuroatípicas tendem a ter uma prevalência maior de dificuldades alimentares, como exemplo a seletividade alimentar, um dos problemas alimentares mais comuns em crianças com TEA. O presente estudo tem como objetivo avaliar o comportamento alimentar de crianças com diagnóstico de TEA, ou em investigação, da rede de ensino do município de Cuité-PB. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, quantitativa, transversal, realizada com 102 pais/responsáveis de crianças acompanhadas pelo Atendimento Educacional Especializado (AEE), das quais, 79 crianças com diagnóstico de TEA ou em investigação, utilizando questionários sociodemográficos e a Escala Labirinto de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA. Os resultados demonstram que a maioria das crianças é do sexo masculino, com 71,6% na faixa de 8,4 ± 3,2 anos e 48% apresentavam o diagnóstico de TEA. Quanto aos pais/responsáveis, 95,1% eram do sexo feminino, com média de idade de 37,4 ± 8,7 anos, a maioria residia em Cuité-PB com 82,4%. Com relação aos resultados obtidos com as crianças com TEA ou em investigação, no que se refere ao comportamento alimentar, observou-se maior predominância no fator seletividade alimentar, sendo que 60,8% evita comer verduras e legumes, 63,3% retira o tempero da comida, e 58,2% evita comer frutas. Conclui-se que as crianças com TEA apresentam importantes alterações no comportamento alimentar, com destaque nos aspectos relacionados à seletividade alimentar. Esses achados reforçam a necessidade de acompanhamento nutricional precoce e contínuo, bem como intervenções interdisciplinares que envolvam família, escola e serviços de saúde. Além da necessidade de implantação de políticas púbicas e intervenções nutricionais para a população do município de Cuité-PB.

Palavras-chaves: Neurodesenvolvimento; Autismo; Seletividade alimentar.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by persistent deficits in communication and social interaction, including deficits in social reciprocity and non-verbal communication behaviors. Neurodivergent children tend to exhibit a higher prevalence of feeding difficulties, such as food selectivity—one of the most common feeding issues among children with ASD. This study aims to evaluate the feeding behavior of children diagnosed with ASD, or currently under investigation for it, within the school system of Cuité, Paraíba (PB). It is a descriptive, quantitative, cross-sectional field study involving 102 parents or guardians of children receiving Specialized Educational Support (AEE); of these children, 79 had a diagnosis of ASD or were under investigation. Data were collected using sociodemographic questionnaires and the "Labirinto" Scale for Assessing Feeding Behavior in ASD. Results show that the majority of the children were male (71.6%), with a mean age of 8.4 ± 3.2 years, and 48% had a confirmed ASD diagnosis. Regarding the parents/guardians, 95.1% were female, with a mean age of 37.4 ± 8.7 years, and 82.4% resided in Cuité, PB. Concerning the feeding behavior of children with ASD or those under investigation, a high prevalence of food selectivity was observed: 60.8% avoided eating vegetables and greens, 63.3% removed seasonings from their food, and 58.2% avoided eating fruit. The study concludes that children with ASD exhibit significant alterations in feeding behavior, particularly regarding food selectivity. These findings underscore the need for early and continuous nutritional monitoring, as well as interdisciplinary interventions involving families, schools, and health services. Furthermore, there is a need to implement public policies and nutritional interventions for the population of Cuité, PB.

Keywords: Neurodevelopment; Autism; Selective eating.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Níveis de suporte do TEA das crianças participantes do estudo.....36
Gráfico 2 – Fatores avaliados pela Escala Labirinto.....37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pais/responsáveis das crianças que participaram do estudo..... 35

Tabela 2 – Caracterização das crianças participantes do estudo.....37

Tabela 3 – Perfil nosológico das crianças acompanhadas pelo AEE.....38

Tabela 4 – Escala Labirinto referente aos dados da motricidade na mastigação (fator um) em crianças com TEA.....40

Tabela 5 – Escala Labirinto referente aos dados da seletividade alimentar (fator dois) em crianças com TEA.....40

Tabela 6 – Fator três referente às habilidades nas refeições.....41

Tabela 7 – Fator quatro referente ao comportamento inadequado nas refeições..... 42

Tabela 8 – Fator cinco referente aos comportamentos rígidos..... 43

Tabela 9 – Fator seis referente aos comportamentos opositores..... 43

Tabela 10 – Resultados do fator referente aos sintomas gastrointestinais.....44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 20

2 OBJETIVOS 22

2.1 OBJETIVO GERAL 22

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22

3 REFERENCIAL TEÓRICO 23

3.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) 23

3.1.2 TEA no contexto escolar 24

3.1.3 Atendimento Educacional Especializado (AEE) 26

3.2 DIFICULDADES ALIMENTARES 27

3.2.1 Seletividade Alimentar no TEA 29

4 MATERIAL E MÉTODOS 31

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 31

4.2 LOCAL DA PESQUISA 31

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 31

4.4 COLETA DE DADOS 32

4.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS 32

4.5.1 Questionário sociodemográfico 32

4.5.2 Escala Labirinto de avaliação do comportamento alimentar no TEA 33

4.6 ANÁLISE DOS DADOS 34

4.7 ASPECTOS ÉTICOS 34

5 RESULTADOS 35

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS 36

5.2 DADOS DA ESCALA LABIRINTO 40

6 DISCUSSÃO 47

6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PAIS/RESPONSÁVEIS.....47
6.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS CRIANÇAS 49
6.3 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR 52
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....55
REFERÊNCIAS 57
APÊNDICE.....64
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido 65
APÊNDICE B - Questionário sociodemográfico.....66
ANEXO.....69
ANEXO A.....70
ANEXO B.....71

1 INTRODUÇÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) caracteriza o Transtorno do Espectro Autista (TEA) por déficits persistentes na comunicação e na interação sociais em múltiplos contextos, incluindo déficits em reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do TEA requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2023).

Globalmente, cerca de 1 em cada 100 crianças são afetadas. Ao mesmo tempo, dados dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) em 2023 descrevem que cerca de 1 em cada 36 crianças nos Estados Unidos é diagnosticada com TEA. (Nogueira-de-Almeida CA, 2025).

No Brasil, há um aumento significativo do número de crianças diagnosticadas com TEA. O Censo Demográfico 2022 identificou 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA), o que corresponde a 1,2% da população brasileira, esse dado foi divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2022). Esses dados revelam não apenas a expressividade do TEA na população brasileira, mas também a necessidade de aprofundar investigações sobre seus impactos e demandas sociais.

A complexidade do TEA e suas manifestações na primeira infância geram demandas específicas de cuidado para as famílias. Tais demandas exigem tempo, energia e dedicação quase exclusiva à criança e, renúncia a diferentes aspectos da vida pessoal ou profissional para proporcionar o melhor cuidado possível à criança (Bonfim, 2023).

Desse modo, para uma melhor abordagem terapêutica, a educação infantil pode trazer benefícios para as crianças com TEA, uma vez que possui objetivos que vão ao encontro dos déficits nas áreas de comunicação social e comportamentos apresentados pelos indivíduos dentro do espectro (Brasil, 1996; Nunes; Araújo, 2014).

No entanto, os prejuízos sociocomunicativos, a presença de comportamentos disruptivos, as alterações sensoriais, a insistência em seguir padrões e a rigidez de pensamento são algumas características pontuadas na literatura (Martins, 2023).

Dentre os sintomas existentes no TEA, as crianças neuroatípicas tendem a ter uma prevalência maior de problemas alimentares do que crianças com desenvolvimento neurotípico (De Almeida, 2025). A seletividade alimentar é um dos problemas alimentares mais comuns em crianças com TEA e é uma importante causa de preocupação devido ao seu impacto negativo na adequação nutricional (Kral et al., 2015 ; Sharp et al., 2013) e nos parâmetros antropométricos (Criado et al., 2018 ; Sharp et al., 2018;) (López,2021).

Vale ressaltar que, os impactos negativos desencadeados por esta alteração alimentar afetam tanto a criança portadora quanto sua família. Estes relatam existir preocupação em relação aos hábitos alimentares e crescente estresse associado ao entendimento do risco de deficiência nutricional resultante de uma dieta limitada (Tanner et al, 2015).

A relevância deste estudo decorre da necessidade de ampliar o conhecimento científico sobre o TEA, condição de impacto crescente na saúde pública. Além de repercutir no bem-estar das famílias, o TEA demanda políticas específicas de cuidado e inclusão. No município de Cuité-PB, a ausência de dados locais reforça a importância da pesquisa, que pode subsidiar serviços de saúde e orientar a formulação de estratégias públicas mais efetivas.

Diante do crescente aumento de crianças diagnosticadas com TEA e de seus respectivos sintomas, destacando a seletividade alimentar, como se caracteriza o perfil alimentar de crianças com TEA do município de Cuité-PB?

Crianças com TEA no município de Cuité-PB podem apresentar padrões alimentares seletivos e restritivos, os quais podem comprometer a adequação nutricional e impactar negativamente sua saúde e desenvolvimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o comportamento alimentar das crianças com diagnóstico de TEA, matriculadas na rede de ensino do município de Cuité-PB, atendidas pelo Atendimento Educacional Especializado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico das famílias destas crianças;
- Caracterizar o perfil nosológico das crianças;
- Identificar os aspectos comportamentais relacionados à alimentação dessas crianças.
- Avaliar a motricidade à mastigação, sucção e deglutição de alimentos;
- Avaliar a presença de seletividade alimentar;
- Avaliar as habilidades relacionadas ao ato de alimentar-se de forma independente durante as refeições;
- Avaliar os aspectos comportamentais inadequados, rígidos e opositores relacionados às refeições;
- Avaliar a ocorrência de sintomas gastrointestinais relacionados a alergias e intolerâncias alimentares.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

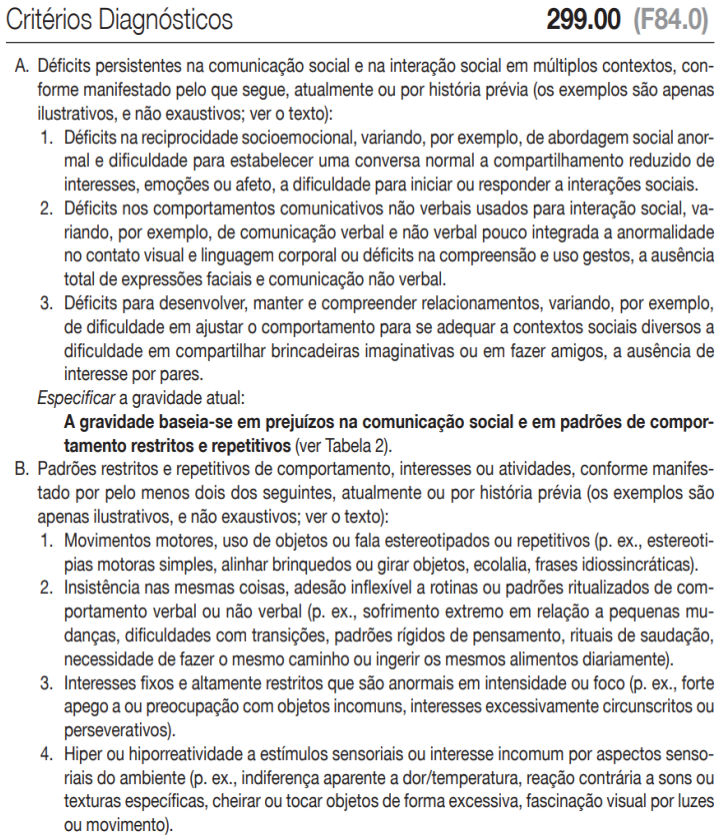
Segundo o DSM-V, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) trata-se de um transtorno de neurodesenvolvimento caracterizado por uma gama de déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, sendo: Déficits na reciprocidade socioemocional, déficits nos comportamentos comunicativos não verbais, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Somado a isso, indivíduos com TEA também apresentam padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, sintoma considerado comum nesse transtorno. (APA, 2023).

Segundo a American Psychiatric Association (2023), o TEA apresenta etiologia multifatorial, não sendo atribuída uma única causa. Desse modo, fatores genéticos, associados a condições ambientais, como idade parental avançada, baixo peso ao nascer e exposição intrauterina ao ácido valpróico, podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento do transtorno. O diagnóstico do TEA é predominantemente clínico, fundamentando-se na observação do comportamento da criança, na coleta de informações junto aos responsáveis e na utilização de instrumentos específicos para avaliação, conforme os critérios estabelecidos.

A classificação do nível de interferência sintomatológica é apresentada em três níveis de suporte que o indivíduo com TEA precisa para se desenvolver: a) nível 3: quando o indivíduo requer suporte muito substancial por apresentar nível grave de interferência na díade de sintomas primários; b) nível 2: quando o indivíduo requer suporte substancial por apresentar nível moderado e c) nível 1: quando o indivíduo requer suporte por apresentar nível leve (APA, 2023).

Os critérios diagnósticos do TEA segundo a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), são divididos em dois domínios principais: presença de déficits persistentes na comunicação e interação social (Critério A) e presença e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). A criança deve apresentar pelo menos seis sintomas de uma lista de doze sintomas apresentada pelo DSM-5-TR, conforme apresentado na Figura 1, visto que pelo menos dois dos sintomas devem estar na área de interação social e pelo menos um na área de comportamentos repetitivos e padrões restritos.

Figura 1: **Critérios diagnósticos do TEA conforme o DSM-5-TR**



Critérios Diagnósticos **299.00** (F84.0)

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
   1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
   2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
   3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

   Especificar a gravidade atual:
   A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos (ver Tabela 2).

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):
   1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
   2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
   3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
   4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

Fonte: DSM-5-TR

No âmbito alimentar, portadores desse transtorno são os que mais apresentam comportamentos alimentares atípicos, que incluem seletividade alimentar, postura perturbadora durante as refeições, repertório alimentar limitado, ingestão restrita ou exagerada dificuldade em permanecer à mesa durante as refeições, entre outros. Embora distúrbios alimentares sejam comuns na população pediátrica, eles atingem cerca de 51% a 89% das crianças com TEA (Lemes, 2023).

É muito comum que crianças autistas apresentem deficiências nutricionais, pois a maioria tem uma alimentação monótona, devido a fatores como seletividade alimentar e neofobia alimentar. Portanto, os dados sugerem que as crianças autistas têm duas a três vezes mais probabilidade de serem obesas do que a população neurotípica (Caetano e Gurgel, 2018).

3.1.2 TEA no contexto escolar

A escola é o âmbito principal para melhor desenvolvimento infantil, a qual exerce papel fundamental na aprendizagem, na interação e na construção da autonomia. Para muitas

crianças, especificamente aquelas com TEA, o ambiente escolar representa o principal espaço de convivência com seus pares, favorecendo o desenvolvimento de habilidades sociais, da comunicação e do sentimento de pertencimento à comunidade escolar, aspectos diretamente relacionados ao bem-estar e à qualidade de vida (Buchanan et al, (2022).

Evidências recentes demonstram que o apoio de professores e colegas exerce influência significativa sobre o sentimento de pertencimento, o desempenho acadêmico e a participação escolar de estudantes autistas, sendo considerado um dos principais fatores associados às experiências educacionais positivas. Em um estudo longitudinal realizado durante três anos, Cook e Boddy (2026) observaram que estudantes com TEA que recebiam suporte especializado no contexto da escola regular apresentavam maior percepção de apoio docente, maior sentimento de pertencimento e melhores resultados acadêmicos quando comparados àqueles matriculados em escolas regulares sem esse suporte.

Desse modo, a educação especial é vista internacionalmente como um direito essencial de todas as crianças, principalmente aquelas com transtornos de neurodesenvolvimento. As recomendações das Nações Unidas reforçam que os sistemas educacionais devem assegurar não apenas o acesso à escola, mas também condições que garantam a participação efetiva, a aprendizagem e o desenvolvimento integral dos estudantes com deficiência em ambientes inclusivos (Watkins, 2014).

As dificuldades associadas à comunicação, interação social e à flexibilidade comportamental podem afetar a participação das atividades acadêmicas e sociais da escola. Keen et al. (2023) verificaram que jovens autistas apresentam maior dificuldade para acompanhar o currículo escolar, menor motivação para participar das atividades de aprendizagem, níveis mais elevados de estresse durante a realização das tarefas e maior probabilidade de baixo desempenho acadêmico.

Além disto, vale ressaltar a importância que a qualidade da participação escolar depende também das condições oferecidas pelo ambiente educacional. Corroborando essa evidência, Li et al. (2024) demonstraram que fatores relacionados à escola, como acessibilidade, organização do ambiente, suporte oferecido pelos professores e oportunidades de interação social, apresentam forte associação com a participação de estudantes autistas nas atividades escolares, indicando que a eliminação de barreiras ambientais pode favorecer sua inclusão e permanência na escola.

Nesse sentido, a literatura atual recomenda que a inclusão escolar ultrapasse a perspectiva da inserção física dos estudantes na escola, contemplando práticas pedagógicas que favoreçam o desenvolvimento das habilidades sociais, o acompanhamento contínuo do

progresso sociocomunicativo e a participação ativa nas atividades escolares desde a educação infantil (Tsamitrou, 2024).

Considerando a complexidade das necessidades educacionais dos estudantes com TEA, torna-se imprescindível a oferta de recursos e serviços especializados que complementem o ensino desenvolvido na sala de aula comum.

3.1.3 Atendimento Educacional Especializado (AEE)

No Brasil, a garantia do direito à educação das pessoas com deficiência foi fortalecida a partir da Constituição Federal de 1988, que assegurou o Atendimento Educacional Especializado (AEE), preferencialmente na rede regular de ensino, como estratégia para promover o acesso e a permanência desses estudantes na escola comum (BRASIL, 1988). Posteriormente, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n° 9.394/1996) reafirmou esse direito ao estabelecer a educação especial como modalidade transversal a todos os níveis e etapas de ensino, consolidando o compromisso do sistema educacional brasileiro com a educação inclusiva.

Esse compromisso foi ampliado com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, e especialmente, com a Resolução CNE/CEB n° 4, de 2 de outubro de 2009, que definiu o AEE como parte integrante do processo educacional. O AEE constitui um serviço da educação especial destino à organização, ao planejamento e à implementação de recursos de acessibilidade, tecnologias assistivas e estratégias pedagógicas que favoreçam a eliminação das barreiras à aprendizagem e à participação dos estudantes (Pavão, 2026). Diferentemente do ensino desenvolvido na sala de aula comum, o AEE possui caráter complementar para estudantes com deficiência e TEA e suplementar para aqueles com altas habilidades ou superdotação, não substituindo a escolarização regular, mas oferecendo suporte especializado para atender às necessidades educacionais específicas desses estudantes (BRASIL, 2025).

No contexto do TEA, o AEE assume papel estratégico ao favorecer o desenvolvimento de habilidades comunicativas, cognitivas, sociais e adaptativas, contribuindo para a ampliação da autonomia e da participação dos estudantes nas atividades escolares. Considerando que o TEA se caracteriza pela alteração nesses fatores, torna-se necessária a adoção de estratégias pedagógicas individualizadas, recursos específicos e adaptações que promovam o desenvolvimento pleno e a efetiva inclusão escolar (Souza, 2024).

Nos últimos anos, observa-se crescimento expressivo da demanda pelos serviços de educação especial e, consequentemente, pelo AEE. Dados do Censo Escolar de 2024 indicam aumento de 17,2% nas matriculas da educação especial entre 2023 e 2024, passando de aproximadamente 1,8 milhão para 2,1 milhões de estudantes (INEP, 2025). Além disso, análises da série histórica entre 2013 e 2024 evidenciam crescimento superior a 500% nas matrículas da educação especial na educação infantil, especialmente em creches e pré-escolas, demonstrando a necessidade de ampliação da infraestrutura, qualificação dos profissionais e fortalecimento das políticas públicas voltadas à consolidação do AEE (Mendes, 2025).

Reforçando esse cenário, foi publicado o Decreto n° 12.686, de 20 de outubro de 2025, que instituiu a Política Nacional de Educação Especial Inclusiva (PNEEI). O novo marco normativo reafirma o dever do Estado de garantir um sistema educacional inclusivo para estudantes com deficiência, TEA e altas habilidades ou superdotação, assegurando igualdade de oportunidades, adaptações razoáveis, recursos de tecnologia assistiva, medidas individualizadas de apoio e a transversalidade da educação especial em todos os níveis de ensino. Dessa forma, a política fortalece o papel do AEE como instrumento essencial para a promoção da acessibilidade, da participação e da aprendizagem dos estudantes público-alvo da educação especial ao longo de toda trajetória escolar (BRASIL, 2025.

3.2 DIFICULDADES ALIMENTARES

As dificuldades alimentares constituem uma das manifestações clínicas mais prevalentes em crianças com TEA e estão diretamente relacionadas às alterações no processamento sensorial, um dos aspectos centrais do transtorno. Crianças com TEA predominantemente apresentam respostas sensoriais atípicas aos estímulos do ambiente, as quais podem comprometer o desempenho das atividades de vida diária, o autocuidado e a interação social (Chen et al, 2024). As dificuldades alimentares são comumente relatadas na primeira infância, quando, durante as refeições, as crianças pequenas exploram os alimentos através dos sentidos, adquirindo gradualmente maior autoconsciência por meio das experiências sensoriais de paladar, tato e olfato (Bourne, 2022). Nesse contexto, a avaliação do perfil sensorial torna-se fundamental para compreender as respostas individuais aos diferentes estímulos e subsidiar estratégias terapêuticas capazes de favorecer o desenvolvimento e a participação dessas crianças em suas atividades cotidianas (Watkyns et al., 2024).

Entre as atividades mais influenciadas pelas alterações sensoriais está a alimentação. Nesse sentido, a revisão sistemática de Elsayed et al. (2022), que reuniu 27 estudos, demonstrou associação consistente entre alterações no processamento sensorial e dificuldades alimentares em crianças com TEA, destacando que as alterações no processamento sensorial oral foram as mais frequentemente relacionadas aos problemas alimentares. Do mesmo modo, Page et al. (2022), ao sintetizarem evidências de 29 estudos, observaram que dificuldades alimentares apresentam correlação consistente com alterações sensoriais, rigidez comportamental e comportamentos desafiadores, podendo persistir ao longo do desenvolvimento quando não manejadas adequadamente. Esses achados reforçam que as dificuldades alimentares no TEA resultam da interação entre fatores sensoriais, comportamentais e ambientais, exigindo uma avaliação abrangente para subsidiar intervenções individualizadas.

Kerzner et al. (2015) definem as dificuldades alimentares como um termo abrangente (“guarda-chuva”), que engloba diferentes manifestações relacionadas ao comportamento alimentar, incluindo diminuição ou ausência de apetite, recusa alimentar, medo ou desinteresse por determinados alimentos, rigidez durante as refeições, distração, agitação e preocupações dos cuidadores.

A literatura tem demonstrado que as alterações no processamento sensorial desempenham papel central na origem e manutenção dessas dificuldades alimentares. A presença de comportamentos alimentares atípicos vem sendo descrita desde as primeiras caracterizações do transtorno realizadas por Kanner, em 1943, e permanece amplamente documentada na literatura científica. Estudos mais recentes evidenciam a elevada frequência dessas alterações, como observado por Maes e Zickgraf (2022), que identificaram comportamento alimentar atípico em 70,4% dos indivíduos com TEA avaliados, e por De Paula et al. (2020), que relataram esse comportamento em toda a amostra estudada. Esses achados reforçam que as dificuldades alimentares constituem uma característica recorrente do TEA e demandam investigação clínica criteriosa. Nesse contexto, o DSM-5-TR destaca a importância do diagnóstico diferencial, considerando que condições como doenças gastrointestinais, alergias e intolerâncias alimentares também podem interferir no comportamento alimentar da criança e devem ser cuidadosamente investigadas durante a avaliação clínica (APA, 2023).

3.2.1 Seletividade Alimentar no TEA

Alterações no comportamento alimentar constituem uma das comorbidades mais frequentes entre crianças com TEA, podendo manifestar-se desde os primeiros anos de vida e persistir até a adolescência e a idade adulta (APA, 2022). A alimentação nessa população é considerada um fenômeno complexo e multifatorial, envolvendo aspectos comportamentais, cognitivos, sensoriais, motores e gastrointestinais que interferem diretamente na aceitação alimentar, no estado nutricional e na qualidade de vida das crianças e de suas famílias (Margari et al, 2020).

Entre as alterações alimentares observadas no TEA, a seletividade alimentar destaca-se como manifestação mais predominante. Uma revisão de literatura conduzida por Margari et al, (2020) identificou prevalência variando entre 9,8% e 83% entre crianças autistas, evidenciando ampla variabilidade entre os estudos em função das diferentes definições e instrumentos utilizados para sua avaliação. Mais recentemente, uma meta-análise realizada por Ferrara et al, (2025) confirmou que crianças com TEA apresentam prevalência significativamente maior de problemas alimentares e seletividade alimentar quando comparada às crianças com desenvolvimento típico, ressaltando o potencial impacto dessas alterações sobre o estado nutricional e o risco de deficiências nutricionais clinicamente relevantes.

A seletividade alimentar caracteriza-se pela aceitação restrita de alimentos e pela recusa recorrente daqueles que apresentam características diferentes das já aceitas pela criança. Em indivíduos com TEA, essa condição costuma manifestar-se por preferência acentuada por alimentos específicos quanto à textura, cor, temperatura, marca, formato, embalagem ou utensílios utilizados durante as refeições, levando à constituição de uma dieta pouco variada e nutricionalmente limitada (Mirizzi et al, 2025; Olson et al, 2025). Em casos mais graves, algumas crianças restringem sua alimentação a um número extremamente reduzido de alimentos, aceitando apenas cinco ou menos itens em sua rotina alimentar (Bourne et al, 2022). Além disso, a resistência à experimentação de novos alimentos (neofobia alimentar) e até mesmo pequenas alterações na apresentação ou no preparo dos alimentos podem desencadear recusa alimentar, reforçando a rigidez característica do comportamento alimentar observado nessa população (De Almeida et al, 2022).

A literatura demonstra que a seletividade alimentar no TEA resulta da interação de múltiplos fatores. Entre os principais mecanismos envolvidos destacam-se as alterações no processamento sensorial, especialmente a hipersensibilidade aos estímulos relacionados à

textura, sabor, odor, temperatura e aparência dos alimentos, considerada um dos principais determinantes desse comportamento alimentar (Suarez et al, 2014; Esposito et al, 2023; Mirizzi et al, 2025). Além das alterações sensoriais, características próprias do transtorno, como rigidez comportamental, dificuldades cognitivas e limitações nas habilidades adaptativas, também influenciam negativamente o comportamento alimentar. Considerando que aproximadamente 37,9% das pessoas com TEA apresentam deficiência intelectual, limitações relacionadas à autoalimentação, mastigação, deglutição e coordenação motora oral podem contribuir para o agravamento dessas dificuldades (CDC, 2023). Adicionalmente, alterações gastrointestinais frequentemente observadas nessa população podem intensificar os comportamentos alimentares seletivos, tornando a alimentação um processo ainda mais desafiador (Margari et al, 2020).

Desse modo, torna-se necessário a compreensão da seletividade alimentar como uma condição multifatorial que extrapola preferências alimentares comuns na infância, exigindo avaliação interdisciplinar e abordagem individualizada.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza descritiva e quantitativa, transversal analítica, utilizando questionários estruturados para caracterizar o perfil alimentar de crianças com diagnóstico de TEA ou em investigação, atendidas pelo atendimento educacional especializado da rede de ensino do município de Cuité-PB.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 102 pais/responsáveis de crianças acompanhadas pelo Atendimento Educacional Especializado (AEE), das quais 79 crianças com diagnóstico de TEA, matriculadas na rede de ensino do município de Cuité-PB, localizado na região do Curimataú paraibano, estado da Paraíba. Cuité possui área territorial de 733,818 km². A população residente foi de 19.719 habitantes no Censo Demográfico de 2022, com estimativa populacional para 2025 de 20.208 habitantes (IBGE, 2026; 2022).

O município destaca-se por atuar como sede da 4ª Região Administrativa de Ensino do Estado (4° GRE), órgão da Secretaria de Estado da Educação da Paraíba responsável pela gestão e acompanhamento da rede estadual de ensino em 12 municípios da região: Baraúna, Barra de Santa Rosa, Cubati, Cuité, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Picuí, São Vicente do Seridó e Sossego, desempenhando papel estratégico na organização de políticas educacionais e na oferta de serviços educacionais estaduais (Paraíba, 2025).

Cuité é constituída por 21 escolas da rede pública, sendo seis escolas municipais e três creches na zona urbana, e nove escolas e três creches na zona rural. As redes municipais contam com a educação especial, com um total de 232 crianças sendo acompanhadas, das quais 229 estão em atendimento pelo Atendimento Educacional Especializado (AEE) em escolas da zona urbana. Ressalta-se que esse quantitativo ainda se encontra em processo de atualização.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população-alvo da pesquisa compreendeu as crianças com diagnóstico de TEA, matriculadas na rede de ensino do município de Cuité, atendidas pelo AEE, e seus respetivos pais/cuidadores. No entanto, na primeira etapa, referente aos dados sociodemográficos, foram incluídas todas as crianças acompanhadas pelo AEE.

Critérios de inclusão: (1) Crianças entre 3 e 14 anos regularmente matriculadas na rede de ensino do município de Cuité cadastradas na Secretaria Municipal de Educação acompanhadas pelo AEE; (2) Aquelas que apresentaram o diagnóstico de TEA ou que estavam em investigação; (3) Crianças em que os pais/responsáveis aceitaram participar da pesquisa.

Critérios de exclusão: (1) Aquelas que possuíam cadastrado incompleto; (2) Pais/responsáveis que, após os esclarecimentos sobre o estudo, se recusaram a participar.

4.4 COLETA DE DADOS

A amostra foi, inicialmente, obtida por conveniência, a partir da relação dos alunos fornecida pelos professores do AEE. A abordagem com os pais/responsáveis realizou-se por meio do contato presencial, mediante agendamento prévio, no início do turno de aula nas escolas ou nas creches. Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE 1) o qual continha os objetivos da pesquisa, os instrumentos foram aplicados conforme combinado com cada participante, sendo feito no ambiente escolar, garantiu-se privacidade e sigilo.

4.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

4.5.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído pelos pesquisadores (APÊNDICE 2) fundamentado na literatura, com o intuito de identificar os aspectos sociodemográficos dos pais/responsáveis e das crianças matriculadas na rede de ensino municipal.

A primeira parte propôs-se à caracterização do entrevistado, considerando variáveis de identificação e contexto social. Foram coletadas informações sobre sexo, idade, localidade e escolaridade. Analisaram-se também estado civil, tipo de moradia, quantidade de pessoas que moravam na residência e a quantidade de pessoas com deficiência ou transtorno. Além disso, investigaram-se os programas inseridos, vínculo com a criança e problemas de saúde. Assim

como perguntas de com quem eles podiam contar quando precisavam de ajuda e se era o responsável da família.

A segunda parte destinou-se nos dados sociodemográficos das crianças, incluindo informações sobre idade, sexo, nascimento da criança e idade gestacional do nascimento. Além de informações como escolaridade e modalidade de ensino. O questionário abordou ainda os dados sobre os diagnósticos da criança, tipos de medicamento, e dados sobre os atendimentos em que a criança era inclusa. Vale ressaltar que desses dados de caracterização, foram utilizados apenas uma parte para a realização do presente estudo.

4.5.2 Escala Labirinto de avaliação do comportamento alimentar no TEA

A escala labirinto de avaliação do comportamento alimentar no TEA foi o segundo instrumento utilizado, validado por Lázaro, Siquara e Pondé (2019), para identificar as dimensões dos aspectos comportamentais relacionados à alimentação da criança com TEA, para que possa haver um direcionamento mais específico em relação à terapêutica. O instrumento é dividido em sete fatores (domínios), os quais são avaliados por perguntas referentes a cada domínio.

O primeiro fator é representado pela motricidade na mastigação, que busca avaliar problemas ligados ao processo de mastigação, sucção e deglutição dos alimentos. O fator dois é associado à seletividade alimentar, avaliando problemas na diversificação alimentar, caracterizados pela ingestão restrita de tipos de alimentos. Já o fator três é caracterizado pelas habilidades nas refeições, com a finalidade de analisar dificuldades relacionadas ao ato de alimentar-se de forma independente.

Quanto aos fatores quatro, cinco e seis, buscam considerar problemas manifestados ou decorrentes no período das refeições ou relacionadas à ingestão, representado pelo comportamento inadequado, comportamentos rígidos e comportamento opositor, respectivamente. Já nos fatores seis e sete, são avaliados os problemas manifestados ou decorrentes no período das refeições ou relacionados à ingestão, caracterizado pelos aspectos comportamentais, e os problemas relacionados ao trato gastrointestinal sem a presença de uma doença base analisando os sintomas gastrointestinais, respectivamente.

Os dados obtidos por meio da aplicação da Escala Labirinto foram inicialmente conferidos quanto ao preenchimento completo dos itens e à consistência das respostas. Em seguida, realizou-se a codificação das respostas conforme as orientações do manual da escala, atribuindo-se os valores correspondentes a cada alternativa. Posteriormente, calculou-se o

escore de cada domínio avaliado, bem como o escore total, quando previsto pelo instrumento. Os resultados foram obtidos por meio da soma ou da média dos itens que compuseram cada domínio, respeitando-se as orientações específicas do instrumento, incluindo a recodificação de itens, quando aplicável.

Vale salientar que, a escala labirinto não possui fim diagnóstico, mas é utilizada como ferramenta de rastreamento, permitindo identificar características do autismo e comorbidades como dificuldades sensoriais, emocionais e de flexibilidade cognitiva.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas, as médias e desvios-padrão para variáveis paramétricas, a partir do programa estatístico Jamovi (versão 2.7.31.0). Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido na Plataforma Brasil, que foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CES (CEP/CES), sendo o número do CAAE: 89683825.5.0000.0154. Os dados só foram coletados após o parecer legal do colegiado. Os aspectos éticos necessários para a elaboração do estudo foram assegurados aos participantes de acordo com a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispões sobre os direitos, deveres e proibições das realizações de pesquisa com seres humanos.

Não houve nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas e sociais dos indivíduos que participaram do estudo na primeira etapa, constituída pela pesquisa a partir dos cadastros da Secretaria Municipal de Educação. De acordo com a resolução 466/2012, o presente estudo possuía riscos mínimos, incluindo os riscos envolvidos no manuseio dos cadastros, com possíveis avarias, perdas ou extravios e o risco de quebra de sigilo. Dessa forma, foi assegurado o zelo pelo sigilo dos dados e pelo armazenamento adequado das informações coletadas, garantindo o anonimato.

Quanto à segunda etapa, a aplicação dos instrumentos, os riscos para os participantes incluíam desconforto causado pelo tempo gasto na resposta aos questionários e constrangimento devido à sensibilidade em algumas perguntas. Caso ocorresse qualquer tipo de desconforto, o participante poderia interromper a pesquisa e o mesmo tinha o direito de se

recusar a responder qualquer questão. Todos os dados mantiveram-se confidenciais, sendo mantido anonimato.

Em relação aos benefícios diretos aos participantes, foi possível demonstrar e expor a vivência como pais/responsáveis de uma criança com TEA, incluindo as dificuldades enfrentadas na rotina, o que é considerado um fator positivo, visto pelo lado emocional. Quanto aos benefícios indiretos, será pelo fato de que, os dados obtidos na pesquisa irão servir para a implementação de futuras intervenções e para o fortalecimento de políticas públicas voltadas para as crianças com TEA no município e região circunvizinha, beneficiando tanto o público-alvo do estudo como todas as famílias neuroatípicas

5 RESULTADOS

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Em relação ao perfil sociodemográfico dos pais/responsáveis, apresentados na tabela 1, participaram do estudo 102, com uma média de idade de 37,4 ± 8,7 anos, sendo 97 (95,1%) do sexo feminino e cinco (4,9%) do sexo masculino. A maioria residia na zona urbana do município de Cuité, representando 84 (82,4%), enquanto 18 residiam (17,6%) na zona rural. Quanto ao estado civil, 48 (47,1%) eram casados(as) com companheiro(a), 42 (41,2%) solteiros(as), onze (10,8%) separados(as) ou divorciados(as) e apenas uma (1%) viúvo(a). Em relação ao vínculo com a criança, 95 (93,1%) eram mães e/pais, enquanto seis (5,9%) tinham vínculo como avô(ó), e apenas um (1%) era irmão(a). No que diz respeito à escolaridade, para facilitar a interpretação dos dados, foi agrupada em três categorias: baixa escolaridade (sem escolarização ou até o ensino fundamental), média escolaridade (ensino médio ou técnico) e alta escolaridade (ensino superior ou pós-graduação). Com isso, 56 (54,9%) relataram ter escolaridade média, 40 (39,2%) possuíam baixa escolaridade e apenas seis (5,9%) apresentavam alta escolaridade.

Quanto ao auxílio financeiro, 60 (58,81%) recebe auxílio governamental, 19 (18,6%) trabalham de forma autônoma, sete (6,9%) recebem aposentadoria/pensão, doze (11,8%) são servidores públicos ou trabalham sem carteira assinada, cinco (4,9%) trabalham com carteira assinada, e quatro (3,9%) não possuem renda. Em relação às fontes de renda das famílias, os participantes indicaram mais de uma alternativa, por ser de múltipla escolha. Dessa forma, as frequências apresentadas referem-se ao número de participantes que relataram cada fonte de renda, não sendo as categorias mutuamente exclusivas.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pais/responsáveis das crianças que participaram do estudo (n=102)

Variáveis	**Média ± desvio padrão**	
Idade dos responsáveis	37,4 ± 8,7 anos	
Variável	**(n)**	**%**
Sexo		
Feminino	97	95,1%
Masculino	5	4,9%

Localidade de residência		
Zona urbana	84	82,4%
Zona rural	18	17,6%
Estado civil		
Casado(a)/com companheiro(a)	48	47,1%
Solteiro(a)	42	41,2%
Separado(a)/divorciado(a)	11	10,8%
Viúvo(a)	1	1,0%
Vínculo com a criança		
Pai/Mãe	95	93,1%
Avô/Avó	6	5,9%
Irmão(ã)	1	1,0%
Escolaridade		
Baixa escolaridade	40	39,2%
Média escolaridade	56	54,9%
Alta escolaridade	6	5,9%
Fonte de renda		
Auxílio governamental	60	58,8%
Trabalho autônomo	19	18,6%
Trabalho sem carteira assinada	7	6,9%
Aposentadoria ou pensão	7	6,9%
Trabalho como servidor público	6	5,9%
Trabalho CLT	5	4,9%
Desempregado/sem renda	4	3,9%

Fonte: Autoria própria, 2026.

Quanto ao perfil sociodemográfico das crianças, a amostra foi composta por 102 atendidas pelo AEE nas escolas municipais de Cuité, com idade média de 8,4 ± 3,2 anos, sendo a maioria do sexo masculino com 73 (71,6%) e 29 (29,4%) do sexo feminino. Quanto à escolaridade das crianças, foi agrupada de acordo com as etapas da Educação Básica. Observou-se maior predominância de crianças matriculadas no ensino fundamental – anos inicias (1° ao 5° ano) (59,8%; n=61), em seguida no ensino fundamental – anos finais (do 6° ao 9° ano) (21,6%; n=22), e as crianças matriculadas na educação infantil (pré I e pré II) corresponderam a 18,6% (n=19) da amostra, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 2 – Caracterização das crianças participantes do estudo. (n=102)

Variáveis	Média ± desvio padrão	
Idade das crianças	8,4 ± 3,2	
Variável	**n**	**%**
Sexo		
Masculino	73	71,6%
Feminino	29	28,4%
Escolaridade		
Educação Infantil	19	18,6%
Ensino Fundamental – Anos Iniciais	61	59,8%
Ensino Fundamental – Anos Finais	22	21,6%

Fonte: Autoria própria, 2026.

Quanto ao perfil nosológico das crianças, disposto na tabela 2, 77 (75,5%) crianças apresentam o diagnóstico de TEA. Foram ainda identificados diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em 31 (30,4%) participantes, seguido da Deficiência Intelectual com 10 (9,8%) e do Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) com 6 (5,9%) crianças diagnosticadas. Além disso, também foram observados transtornos específicos da aprendizagem (3,9%), e outros diagnósticos incluindo transtorno de ansiedade,

epilepsia, hidrocefalia, neurofibromatose, craniossinostose, alterações cromossômicas, transtorno de leitura, disautonomia, paralisia cerebral, microcefalia, malformações congênitas e outras condições clínicas, todos com frequência de um, totalizando 10,8%. Em investigação verificou-se 2 crianças. Vale salientar que alguns participantes apresentaram apenas um diagnóstico, outros apresentaram mais de uma comorbidade, portanto a soma das frequências é superior ao número total da amostra.

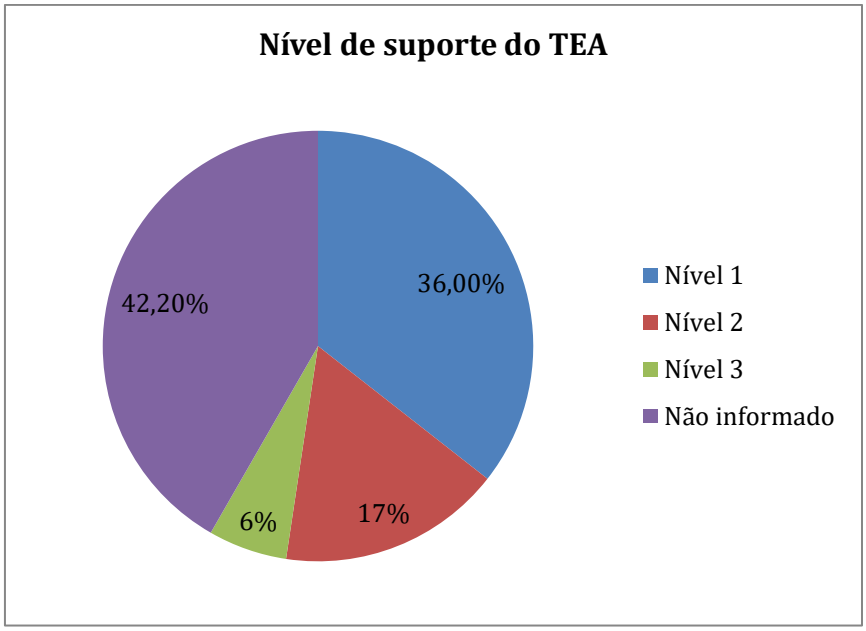
Tabela 3 - Perfil nosológico das crianças acompanhadas pelo AEE (n=102)

Diagnóstico	(n)	%*
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	77	75,5%
Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	33	32,4%
Deficiência Intelectual	10	9,8%
Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)	6	5,9%
Transtornos específicos da aprendizagem	4	3,9%
Outras comorbidades**	11	10,8%
Em investigação	2	2,0%

Fonte: Autoria própria, 2026

Em relação às crianças com diagnóstico de TEA, os níveis de classificação também foram investigados, e estão apresentados no gráfico 1. Os pais/responsáveis responderam que 36 (36%) estão classificados no nível de suporte um, 17 (17%) no nível de suporte dois, seis (6%) apresentavam nível de suporte três, e 43 (42,2%) deixaram evidente que não possuíam informação sobre o nível de suporte ou estavam em investigação. Vale salientar que os dados sobre o diagnóstico tanto dos transtornos ou deficiências, como dos níveis de suporte do TEA foram autodeclarados pelos entrevistados, não tendo sido exigido o laudo.

Gráfico 1 – Níveis de suporte do TEA das crianças participantes do estudo

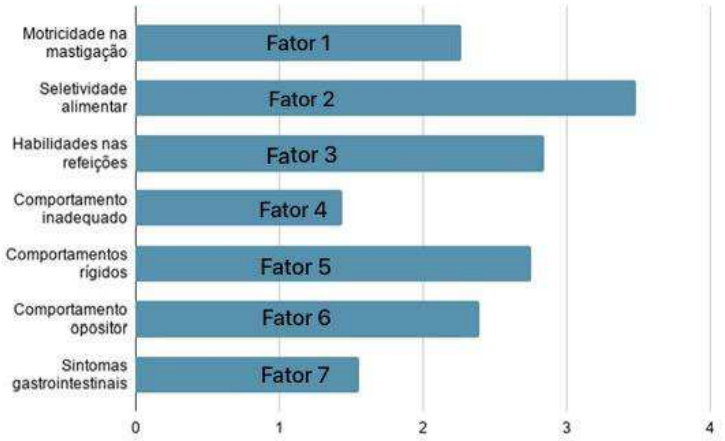


Fonte: **Autoria própria, 2026**

5.2 DADOS DA ESCALA LABIRINTO

Entre os sete fatores que compõem o questionário da escala labirinto, o fator que indicou maior média (± desvio padrão) foi o fator dois, que caracteriza a seletividade alimentar, com 3,48 (± 1,05), enquanto os demais apresentaram as seguintes médias: fator um com média de 2,27 (± 0,91); fator três com 2,84 (± 0,84); fator quatro com 1,44 (± 0,60); fator cinco 2,75 (± 0,86); fator seis com 2,39 (± 0,89) e por fim, o fator sete com média 1,56 (± 0,71) conforme observado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Fatores avaliados pela Escala Labirinto



Nota: Dados apresentados como média ± desvio padrão (n=79)

Fonte: Autoria própria, 2026)

Além da comparação entre os escores médios de cada fator, foram obtidas as frequências de respostas para cada fator, individualmente, a partir de uma escala Likert, que a cada comportamento descrito, o responsável respondia se a criança não apresentava esse comportamento, se apresentava raramente, às vezes, frequentemente ou sempre apresentava.

Quanto ao fator um, que caracteriza a motricidade na mastigação, avaliando problemas ligados ao processo de mastigação, sucção e deglutição dos alimentos, observou-se que a maioria das crianças não apresentava dificuldades de mastigação, com 48 (60,8%) respostas, dificuldades para movimentar o alimento da boca, com 45 (57,0%) respostas e 47 (59,5%) não mastigam o alimento de boca aberta. Já em relação à velocidade com que a criança engole a comida, a maioria respondeu que a criança engole rápido, correspondendo a 66 (57%) respostas, sendo a mais prevalente "às vezes" (20 – 25,3%).

Tabela 4 – Caracterização das Habilidades e Motricidade da mastigação de crianças com TEA (n=79)

	Frequência				
Fator 1 – Motricidade na mastigação	**Não n (%)**	**Raramente n (%)**	**Às vezes n (%)**	**Frequentemente n (%)**	**Sempre n (%)**
Dificuldade de mastigar	48 (60,8%)	5 (6,3%)	14 (17,7)	5 (6,3%)	7 (8,9%)
Engole rápido a comida	34 (43,0%)	5 (6,3%)	20 (25,3%)	5 (6,3%)	15 (19,0%)
Dificuldade para movimentar o alimento na boca	45 (57,0%)	6 (7,6%)	6 (7,6%)	3 (3,8%)	19 (24,1%)
Mastiga os alimentos de boca aberta	47 (59,5%)	1 (1,3%)	17 (21,5%)	1 (1,3%)	13 (16,5%)

Fonte: Autoria própria, 2026

No que se refere ao fator dois, referente à seletividade alimentar, que objetiva avaliar problemas na diversificação alimentar, caracterizados pela ingestão restrita de alimentos, notou-se que a maioria sempre evita comer verduras e legumes, com 48 (60,8%) respostas, retira o tempero da comida com 50 (63,3%) respostas. Em relação ao comportamento de

evitar alimentos, a maioria respondeu que evita comer frutas, com 67 (58,2%) respostas, sendo a mais prevalente “sempre” (24 – 30,4%). Os dados dispostos na tabela 4.

Tabela 5 – Caracterização dos aspectos relacionados à seletividade alimentar em crianças com TEA (n=79)

	Frequência				
Fator 2 – Seletividade alimentar	Não n (%)	Raramente n (%)	Às vezes n (%)	Frequentemente n (%)	Sempre n (%)
Evita comer verduras e legumes	12 (15,2%)	3 (3.8%)	11 (13,9%)	5 (6,3%)	48 (60,8%)
Retira o tempero da comida	21 (26,6%)	1 (1,3%)	6 (7,6%)	1 (1,3%)	50 (63,3%)
Evita comer frutas	33 (41,8%)	2 (2,5%)	19 (24,1%)	1 (1,3%)	24 (30,4%)

Fonte: Autoria própria, 2026

Quanto ao fator três representado pelo domínio das habilidades nas refeições (tabela 6), que avalia dificuldades relacionadas ao ato de alimentar-se de forma independente, observou-se que a maioria das crianças não apresentava dificuldades para utilizar talheres e outros utensílios com 40 (50,6%) respostas e, não bebia, comia ou lambia substâncias ou objetos estranhos com 55 (69,5%) respostas. Por outro lado, verificou-se também, elevada frequência de inquietação ou agitação que dificulta sentar e permanecer sentada à mesa, e também de derramar muito a comida na mesa ou roupa na hora da refeição, sendo a resposta “sempre” a mais prevalente com 38 (48,1%) respostas.

Tabela 6 – Caracterização das Habilidades nas refeições de crianças com TEA (n=79)

Fator 3 – Habilidades nas refeições	**Não n (%)**	**Raramente n (%)**	**Às vezes n (%)**	**Frequentemente n (%)**	**Sempre n (%)**
Possui inquietação que dificulta sentar-se à mesa	21 (26,6%)	3 (3,8%)	13 (16,5%)	4 (5,1%)	38 (48,1%)
Dificuldade de sentar-se à mesa	27 (34,2%)	3 (3,8%)	11 (13,9%)	8 (10,1%)	30 (38,0%)
Dificuldade de utilizar os talheres/utensílios	40 (50,6%)	4 (5,1%)	10 (12,7%)	-	25 (31,6%)
Derrama muito a comida na mesa/roupa quando come	24 (30,4%)	3 (3,8%)	16 (20,3%)	4 (5,1%)	32 (40,5%)
Bebe, come, lambe substâncias/objetos estranhos	55 (69,6%)	3 (3,8%)	9 (11,4%)	4 (5,1%)	8 (10,1%)

Fonte: Autoria própria, 2026

Quanto ao fator quatro, que se refere ao comportamento inadequado nas refeições, com a finalidade de avaliar os problemas manifestados ou decorrentes no período das refeições ou relacionados à ingestão, observou-se que a maioria das crianças não apresentava o comportamento de vomitar durante, imediatamente ou após as refeições com 57 (72,2%) respostas, e também ao ato de golfar e mastigar, com 73 (92,4%).

Tabela 7 – Caracterização dos comportamentos inadequados nas refeições de crianças com TEA (n=79)

Fator 4 – Comportamento inadequado nas refeições	**Não n (%)**	**Raramente n (%)**	**Às vezes n (%)**	**Frequentemente n (%)**	**Sempre n (%)**
Vomita, durante ou imediatamente após as refeições	57 (72,2%)	3 (3,8%)	9 (11,4%)	6 (7,6%)	4 (5,1%)
Durante ou imediatamente após as refeições, golfa e mastiga	73 (92,4%)	-	4 (5,1%)	2 (2,5%)	-

Fonte: Autoria própria, 2026

O fator cinco é caracterizado pelos comportamentos rígidos, que avalia o mesmo que o fator quatro. Notou-se que a maioria das crianças sempre desejava consumir os mesmos alimentos, com 42 (53,2%) respostas, sempre realizavam as refeições no mesmo local, com 40 (50,6%) respostas, e sempre utilizavam os mesmos utensílios durante as refeições com 36 (45,6%) respostas. Já em relação ao comportamento de preferência de cores e marcas de alimentos e rituais para comer, a maioria dos pais respondeu que a criança não apresentava esses hábitos, com 60 (75,9%) respostas, 41 (51,9%) e 47 (59,5%), respectivamente.

Tabela 8 – Caracterização dos comportamentos rígidos relacionadas à alimentação de crianças com TEA. (n=79)

Fator 5 – Comportamentos rígidos	**Não n (%)**	**Raramente n (%)**	**Às vezes n (%)**	**Frequentemente n (%)**	**Sempre n (%)**
Come sempre com os mesmos utensílios	35 (44,3%)	5 (6,3%)	3 (3,8%)	-	36 (45,6%)
Come sempre no mesmo lugar	23 (29,1%)	2 (2,5%)	12 (15,2%)	2 (2,5%)	40 (50,6%)
Quer comer sempre os mesmos alimentos	26 (32,9%)	1 (1,3%)	8 (10,1%)	2 (2,5%)	42 (53,2%)
Prefere alimentos com cor semelhante	60 (75,9%)	1 (1,3%)	3 (3,8%)	3 (3,8%)	12 (15,2%)
Quer comer alimentos da mesma marca/embalagem/personagem	41 (51,9%)	3 (3,8%)	8 (10,1%)	6 (7,6%)	21 (26,6%)

Possui ritual para comer	47 (59,5%)	4 (5,1%)	4 (5,1%)	3 (3,8%)	21 (26,6%)

Fonte: Autoria própria, 2026

Quanto aos comportamentos opositores à alimentação (tabela 9), observou-se que a maioria das crianças não pegava a comida de outras pessoas durante a refeição, com 63 (79,7%) respostas, come uma grande quantidade de alimento em pouco tempo com 38 (48,1%) respostas. Já em relação ao comportamento de consumir alimentos fora dos horários das refeições, a maioria respondeu que a criança pega comida sem permissão fora do horário, correspondendo a 73 (65,8%) das respostas, sendo a mais prevalente "às vezes" (10 – 12,7%).

Tabela 9 – Caracterização dos comportamentos opositores em relação à alimentação de crianças com TEA (n=79)

Fator seis – Comportamentos opositores	**Não n (%)**	**Raramente n (%)**	**Às vezes n (%)**	**Frequentemente n (%)**	**Sempre n (%)**
Sem permissão, pega comida fora do horário das refeições	33 (41,8%)	3 (3,8%)	10 (12,7%)	6 (7,6%)	27 (34,2%)
Sem permissão, pega a comida de outras pessoas durante a refeição	63 (79,7%)	1 (1,3%)	3 (3,8%)	5 (6,3%)	7 (8,9%)
Come uma grande quantidade de alimento em pouco tempo	38 (48,1%)	1 (1,3%)	13 (16,5%)	4 (5,1%)	23 (29,1%)

Fonte: Autoria própria, 2026

No que diz respeito ao fator sete, referente aos sintomas gastrointestinais, que busca avaliar problemas relacionados ao trato gastrointestinal sem a presença de uma doença base, observou-se que a maioria das crianças não apresentava intolerância ao glúten (n=71; 89,9%), alergia alimentar (n=64; 81%) ou intolerância à lactose (n=65; 82,3%).

Tabela 10 – Caracterização dos sintomas gastrointestinais de crianças com TEA (n=79)

Fator 7 – Sintomas gastrointestinais	**Não n (%)**	**Raramente n (%)**	**Às vezes n (%)**	**Frequentemente n (%)**	**Sempre n (%)**
Intolerância ao glúten	71 (89,9%)	2 (2,5%)	1 (1,3%)	2 (2,5%)	3 (3,8%)
Alergia alimentar	65 (82,3%)	-	2 (2,5%)	-	12 (15,2%)
Intolerância à lactose	65 (82,3%)	-	2 (2,5%)	-	12 (15,2%)

Fonte: Autoria própria, 2026.

6. DISCUSSÃO

6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Em relação às características dos pais e responsáveis, observou-se predominância expressiva do sexo feminino (95,1%), além da média de idade de 37,4 ± 8,7 anos. A elevada participação de mulheres como respondentes provavelmente reflete a centralidade da figura materna no cuidado de crianças com TEA, resultado constantemente descrito na literatura. Nesse contexto, Faro et al. (2019), destacam que as mães assumem múltiplas responsabilidades relacionadas ao acompanhamento da criança, incluindo os cuidados cotidianos, o seguimento terapêutico e o acompanhamento escolar, o que pode contribuir para uma sobrecarga física, emocional e social.

Essa realidade também é influenciada por fatores socioculturais e pela organização das políticas de assistência, que assiduamente atribuem à família, e especialmente às mulheres, a principal responsabilidade pelo cuidado. Segundo Silva (2019), a insuficiência do suporte institucional e a persistência da divisão desigual dos papéis de gênero contribuem para concentrar nas mães grande parte das demandas relacionadas ao cuidado dos filhos. Corroborando essa perspectiva, Tinoco et al. (2022) ressaltam que, na maioria das famílias de crianças com TEA, a mãe permanece como principal cuidadora, tornando-se mais suscetível aos impactos psicossociais decorrentes das exigências contínuas impostas pelo transtorno.

Quanto à localidade de residência, verificou-se predominância de participantes residentes na zona urbana. Esse achado pode estar relacionado à maior concentração dos serviços especializados de saúde e reabilitação nos centros urbanos, o que favorece o acesso dessas famílias ao diagnóstico, ao acompanhamento multiprofissional e à participação em pesquisas. Além disso, famílias residentes em áreas rurais frequentemente enfrentam maiores dificuldades para acessar serviços especializados, devido à distância geográfica, à menor disponibilidade de profissionais e às barreiras relacionadas ao transporte e à organização da rede de atenção à saúde.

Quanto ao estado civil, observou-se predominância de pais e responsáveis casados (as) ou em união estável. Em relação ao vínculo com a criança, a grande maioria era constituída pelos próprios pais e mães. Embora parcela expressiva dos participantes tenha informado viver com companheiro (a), verificou-se, conforme discutido anteriormente, prevalência de respondentes do sexo feminino. Esse resultado é condizente com a literatura, que evidencia que, mesmo em famílias biparentais, o cuidado cotidiano de crianças com necessidades

específicas de saúde tende a ser assumido predominantemente pela figura materna. Estudos mostram que a figura paterna permanece mais constante vinculada às atividades laborais, participando em menor proporção das demandas diárias relacionadas ao acompanhamento terapêutico, escolar e aos cuidados diretos da criança, o que contribui para a concentração dessas responsabilidades sobre as mães (Portes; Vieira, 2020; Fiorini; Crepaldi, 2020; Da costa et al., 2017).

No que se refere à escolaridade, notou-se predominância de pais/responsáveis com escolaridade média, ou seja, ensino médio ou técnico. Esse perfil também tem sido descrito em estudos envolvendo famílias de crianças com TEA, indicando que a escolaridade constitui um importante determinante para o acesso às informações sobre o transtorno e aos serviços especializados. Sharabi e Marom-Golo (2018) destacam que cuidadores com maior nível educacional tendem a utilizar com maior frequência redes de apoio formais e informais, enquanto Miniarikova et al. (2023) apontam que esses responsáveis apresentam maior facilidade para buscar informações qualificadas, compreender orientações profissionais e acessar recursos que auxiliam no manejo cotidiano da criança.

Nesse contexto, a escolaridade pode favorecer a participação ativa da família no processo terapêutico e educacional, contribuindo para uma tomada de decisão mais informada e para maior adesão às intervenções propostas.

Quanto à principal fonte de renda, observou-se prevalência de famílias que dependiam de auxílio governamental, evidenciando a importância dos programas de assistência social para a manutenção das condições de vida e do cuidado às crianças com TEA. Resultado semelhante foi observado por Leitão et al. (2020), que identificaram que 42,9% dos usuários atendidos em um serviço especializado eram beneficiários do Programa Bolsa Família. Da mesma forma, Silva et al. (2021), em estudo realizado no município de Campina Grande (PB), verificaram que 57,6% das famílias recebiam algum benefício social, sendo o Bolsa Família o mais frequente. Corroborando essa perspectiva, em estudo de Marques (2021), realizado com famílias de crianças com TEA, 37,2% eram beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Embora a condição socioeconômica não seja considerada um fator casual para o desenvolvimento do TEA, a literatura destaca que ela pode influenciar o acesso ao diagnóstico e às intervenções especializadas. Desse modo, os programas de transferência de renda assumem papel fundamental ao reduzir parte das dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias e favorecer o acesso aos cuidados necessários (Dodds et al., 2011).

6.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS CRIANÇAS

A média de idade das crianças avaliadas neste estudo foi de 8,4 ± 3,2 anos, matriculadas na rede municipal de ensino, local este, que reúne indivíduos nessa faixa etária e desempenha papel crucial na identificação de alterações do neurodesenvolvimento e no monitoramento de estudantes com TEA.

Sendo assim, a revisão sistemática de Van't Hof et al. (2021), que reuniu dados de 56 estudos conduzidos em 40 países, analisou que a idade média para o diagnóstico de TEA é de aproximadamente cinco anos, evidenciando que grande parte das crianças passa a ser acompanhada de forma criteriosa durante a idade escolar. Corroborando esse cenário, as análises de vigilância epidemiológica da Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network, publicados por Maenner et at. (2023) e Shaw et al. (2025), adotam crianças de oito anos como referência para estimar a prevalência e caracterizar o perfil clínico do TEA, uma vez que, nessa idade, a maioria dos casos já foi identificada pelos serviços de saúde e educação. No contexto brasileiro, Bandeira et al. (2024), em um estudo caso-controle envolvendo mais de mil crianças e adolescentes, também identificaram predominância de participantes em idade escolar, destacando a influência do ambiente educacional ao acesso ao diagnóstico e ao acompanhamento especializado.

No que se refere ao sexo, observou-se predominância do sexo masculino entre as crianças avaliadas, achado que corrobora os resultados descritos na literatura nacional e internacional. Evidências da literatura apontam que o TEA apresenta maior frequência de diagnóstico em indivíduos do sexo masculino, com estimativas que indicam uma proporção de aproximadamente quatro meninos para cada menina diagnosticada (American Psychiatric Association, 2014; Rocha et al., 2019; Tomazelli; Fernandes, 2021; Tomazelli; Girianelli; Fernandes, 2022). Essa organização também foi observada no Censo Demográfico de 2022, que estimou cerca de 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico de TEA no Brasil, correspondendo a 1,2% da população. Entre os indivíduos diagnosticados, a prevalência foi de 1,5% no sexo masculino e de 0,9% no sexo feminino, com diagnóstico realizado algum profissional de saúde. (IBGE, 2023).

A maior frequência de diagnósticos em meninos pode estar relacionada tanto a fatores biológicos quanto às diferenças na manifestação clínica do transtorno. Meninos tendem a apresentar com maior frequência comportamentos externalizantes, como impulsividade, hiperatividade, agressividade e dificuldades no contexto escolar, características que favorecem a identificação precoce e o encaminhamento para avaliação especializada (Leitão

et al., 2020). Por outro lado, meninas frequentemente manifestam sinais mais sutis, sobretudo nos domínios de interação social, comunicação e comportamento, além de desenvolverem estratégias de mascaramento social que podem dificultar o reconhecimento do transtorno (Kazek et al., 2021). Corroborando essa perspectiva, Brickhill et al (2023) destacam que preconceitos implícitos e explícitos que associam o TEA predominantemente ao sexo masculino também podem influenciar o processo diagnóstico, favorecendo a subidentificação de casos no sexo feminino.

No que se refere à etapa da escolaridade das crianças, constatou-se que a maioria (59,8%) era matriculada nos anos iniciais do Ensino Fundamental (1° ao 5° ano), seguidas pelos anos finais e pela Educação infantil. Esse achado é compatível com a distribuição etária da amostra, uma vez que a maior parte das crianças encontrava-se em idade correspondente a essa etapa de ensino. De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2022, a maior parte dos estudantes com diagnóstico de TEA matriculados na educação básica brasileira frequenta o ensino fundamental regular, correspondendo a 66,8% do total, enquanto apenas 12,3% encontram-se no ensino médio. Esses achados indicam que a trajetória escolar de estudantes com TEA está concentrada nas etapas iniciais da educação básica (IBGE, 2023). Achados semelhantes foram descritos por Reis et al. (2021), em pesquisa transversal e descritiva, realizada por meio da observação de informações presentes em prontuários de 100 pacientes com TEA atendidos em um Centro Especializado em Reabilitação no estado do Pará, o qual analisou que quase metade dos participantes (49%) na faixa etária de 5 a 8 anos, frequentavam o ensino fundamental, enquanto 33% estavam na pré-escola e 18% não estudavam.

A prevalência de crianças nessa etapa de ensino pode ser explicada pelo fato de que os anos inicias do ensino fundamental, correspondem a um período em que as demandas acadêmicas, sociais e comportamentais se tornam mais complexas, a qual favorece a identificação de sinais do transtorno e evidencia a necessidade de suporte educacional especializado.

Quanto ao perfil nosológico das crianças, o TEA constituiu o diagnóstico mais prevalente. Nos Estados Unidos, por exemplo, as estimativas passaram de aproximadamente 3 casos para cada 10.000 crianças na década de 1980 para cerca de 1 caso a cada 44 crianças em 2018 (Maenner et al., 2021). Ainda nos EUA, os dados passaram de aproximadamente um caso para 68 crianças em 2010 para um caso a cada 59 crianças em 2014 e um caso a cada 54 crianças em 2016, evidenciando um crescimento contínuo do número de diagnósticos. Dados mais recentes, referentes ao período de 2019 a 2020, indicam prevalência aproximada de um

caso de TEA para cada 30 crianças entre 3 e 17 anos, reforçando a tendência de aumento observada internacionalmente (CDC, 2010; Baio et al., 2018 Maenner et al., 2020; Li et al., 2022).

No contexto brasileiro, a produção de dados epidemiológicos sobre o TEA permaneceu limitada por alguns anos, em razão da ausência de informações específicas nos censos demográficos. Apenas com a promulgação da Lei n° 13.861/2019, que alterou a Lei n° 7.853/1989, tornou-se obrigatória a inclusão de informações referentes ao TEA nos levantamentos realizados pelo IBGE, possibilitando, a partir do Censo Demográfico de 2022, uma caracterização mais precisa dessa população (Alves, 2022). Como resultado, o Censo Demográfico de 2022 identificou aproximadamente 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico de TEA no Brasil, correspondendo a 1,2% da população brasileira.

No entanto, esse aumento expressivo não deve ser interpretado exclusivamente como crescimento da incidência do transtorno. Evidências sugerem que fatores como maior reconhecimento dos profissionais de saúde, ampliação dos critérios diagnósticos, maior sensibilidade dos instrumentos de rastreamento, expansão do acesso aos serviços especializados e conscientização da população sobre a importância do diagnóstico precoce contribuíram significativamente para o aumento de número de casos identificados (Paula et al., 2011; Thurm et al., 2019; Tomazelli; Fernandes, 2021).

Em relação aos níveis de suporte do TEA, autodeclarados pelos responsáveis das crianças, observou-se predominância no nível 1, seguido dos níveis 2 e 3. Segundo o DSM-5-TR, os níveis de suporte refletem a intensidade do apoio necessário para que o indivíduo desempenhe atividades relacionadas, principalmente, à comunicação social e aos comportamentos restritivos e repetitivos, não devendo ser interpretados como uma medida fixa de gravidade do transtorno (American Psychiatric Association, 2022).

Vale ressaltar que no nível de suporte 1 (leve), as dificuldades estão relacionadas a interações sociais com pares, problemas de planejamento e organização relacionada às funções executivas. Já o nível 2 (moderado), além dos anteriores, apresentam atraso na comunicação verbal e não verbal, comportamentos estereotipados, interesses restritos e comportamentos rígidos. Por fim, o nível 3 (grave) apresenta todos os critérios de diagnóstico. A literatura aponta que a maioria das pessoas com TEA apresenta comprometimento nível 2 ou 3, porém os resultados apontaram para o nível 1 e sem comorbidade. Esse resultado pode estar relacionado com vários fatores, dentre eles as intervenções realizadas, assim como a busca de mais informações e suporte recebidos pela família (CDC, 2021).

No entanto, a classificação em níveis deve ser interpretada com cuidado, uma vez que o TEA apresenta elevada heterogeneidade clínica, com ampla variabilidade na apresentação dos sintomas, nas habilidades adaptativas e nas necessidades individuais de apoio. Dessa forma, indivíduos classificados no mesmo nível podem apresentar perfis funcionais bastante distintos, reforçando a importância de avaliações individualizadas para o acompanhamento terapêutico e educacional (Lord et al., 2020; Hyman et al., 2020).

Outro achado relevante foi a elevada proporção de crianças cujos níveis de suporte não estavam registrados ou os responsáveis não souberam informar essa classificação. A ausência dessa informação pode comprometer o planejamento terapêutico e educacional, uma vez que os níveis de suporte propostos pelo DSM-5-TR orientam a identificação da intensidade das dificuldades apresentadas pela criança nos domínios da comunicação social e dos comportamentos restritivos e repetitivos, subsidiando a definição das intervenções mais adequadas às suas necessidades individuais (APA, 2022).

6.3 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

No presente estudo, entre os sete fatores avaliados pela Escala Labirinto, o fator 2, correspondente à seletividade alimentar, apresentou a maior média dos escores entre as crianças com TEA, ou seja, frequentemente ou sempre apresentam características de seletividade. Esse estudo corrobora os achados de Silva (2024), que, ao avaliar o comportamento alimentar por meio da mesma escala, identificou que o domínio da seletividade alimentar apresentou a maior média de pontuação (3,48 ± 1,05) entre os fatores analisados. Nessa perspectiva, Rocha et al. (2019) evidenciaram uma tendência à repetição dos mesmos alimentos e dificuldades relacionadas à textura, enquanto De Paula et al. (2020) também verificaram maior comprometimento no domínio da seletividade alimentar em indivíduos com TEA. Rodrigues et al. (2023) destacam que crianças com TEA apresentam maior seletividade alimentar quando comparadas aos pares com desenvolvimento típico, sendo a hipersensibilidade oral e as alterações no processamento sensorial os fatores mais frequentemente associados à recusa e restrição alimentar.

Ao analisar os domínios que compõe o fator de seletividade alimentar, observou-se maior frequência dos comportamentos de evitar o consumo de vegetais crus e/ou cozidos, retirar o tempero dos alimentos e evitar o consumo de frutas. Esses achados demonstram que crianças com TEA apresentam maior rejeição a alimentos cujas características sensoriais variam amplamente, como frutas e hortaliças, em razão de diferenças de textura, sabor, odor,

temperatura e aparência. Rodrigues et al. (2023), em revisão sistemática, evidenciaram que crianças com TEA apresentam menor consumo de frutas e vegetais quando comparadas às crianças com desenvolvimento típico, destacando que a hipersensibilidade oral e as alterações no processamento sensorial constituem os principais fatores associados à recusa alimentar. A elevada frequência de comportamentos como evitar o consumo de vegetais observada no presente estudo também foi descrita por Soares (2024), que avaliou 90 crianças brasileiras com TEA, entre 2 e 10 anos de idade, utilizando uma escala de comportamento alimentar, e identificou a seletividade alimentar como a alteração mais prevalente (57,8%), associada significativamente ao não consumir vegetais.

De forma semelhante, Esposito et al. (2023) descrevem que a seletividade alimentar nessa população é fortemente influenciada por alterações sensoriais e pela rigidez comportamental, favorecendo a preferência por alimentos familiares e previsíveis e a rejeição daqueles com características sensoriais mais complexas ou variáveis. Completando esses achados, Breda et al. (2025) ressaltam que indivíduos com TEA frequentemente apresentam aversão a sabores intensos, alimentos condimentados e odores marcantes, o que pode justificar comportamentos como retirar o tempero da comida e restringir a aceitação de preparações com maior complexidade sensorial.

Ao observar esses comportamentos específicos presentes na rotina das crianças analisadas, entende-se que tais hábitos podem repercutir negativamente sobre a qualidade da alimentação. Desse modo, Al-Beltagi (2023) destaca que indivíduos com TEA constantemente restringem alimentos ricos em fibras, especialmente frutas, vegetais e cereais integrais, devido às suas características sensoriais, o que pode comprometer o aparecimento de sintomas gastrointestinais. Da mesma forma, Siddiqi et al. (2019) observaram que a limitada variedade alimentar em crianças com TEA estava associada ao baixo consumo de frutas e verduras e, consequentemente, à menor ingestão de micronutrientes, aumentando o risco de deficiências nutricionais.

Dessa forma, os achados do presente estudo reforçam que a seletividade alimentar é uma das principais alterações do comportamento alimentar em crianças com TEA. Esses comportamentos estão relacionados às alterações no processamento sensorial e à rigidez comportamental características do transtorno, como vistos na literatura, podendo limitar a variedade alimentar e comprometer a ingestão adequada de nutrientes essenciais.

A identificação precoce dos padrões de seletividade alimentar e das dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar em crianças com TEA possui importante relevância clínica, uma vez que subsidia o planejamento de intervenções individualizas e mais efeitivas.

O reconhecimento dos fatores que impactam a aceitação alimentar, especificamente aqueles relacionados às alterações no processamento sensorial e à rigidez comportamental, garante que as estratégias terapêuticas sejam direcionadas às necessidades individuais de cada criança, favorecendo a ampliação gradual do repertório alimentar, a melhoria do estado nutricional e a prevenção de deficiências nutricionais. Corroborando essa perspectiva, Seleri et al (2023) ressaltam que a elevada frequência de seletividade alimentar observada em crianças com TEA torna indispensável o acompanhamento do nutricionista, responsável por avaliar o estado nutricional, orientar os familiares e elaborar um plano alimentar individualizado que favoreça a adequação da ingestão de nutrientes e contribua para a melhoria da qualidade de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu a caracterização do comportamento alimentar de crianças com TEA matriculadas na rede pública de ensino do município de Cuité-PB, assim como também possibilitou identificar os principais fatores associados às dificuldades alimentares apresentadas por essa população. O estudo indica que as alterações no comportamento alimentar evidenciam uma condição frequente em crianças com TEA, destacando a elevada predominância de seletividade alimentar, alterações comportamentais durante as refeições e dificuldades relacionadas às habilidades alimentares, o que reforça o caráter multifatorial dessas manifestações.

No que se refere aos domínios avaliados, referente aos fatores que estima o comportamento alimentar atípico, a seletividade alimentar apresentou maior comprometimento, caracterizada principalmente pela recusa de frutas, vegetais e determinados alimentos preparados, além da preferência por alimentos específicos e da resistência à introdução de novos alimentos. Esses achados afirmam que a seletividade alimentar é uma das manifestações mais prevalentes do comportamento alimentar em indivíduos com TEA, estando associada à hipersensibilidade sensorial, à rigidez cognitiva e comportamental, à necessidade de previsibilidade e à resistência às mudanças na rotina alimentar, corroborando com a literatura.

No contexto escolar, os achados evidenciam a importância da articulação entre escola, família e serviços de saúde que pode favorecer a construção de estratégias que promovam maior aceitação alimentar, autonomia durante as refeições e experiências alimentares positivas, respeitando as particularidades de cada criança. Além disso, este estudo também contribui para a ampliação do conhecimento sobre o comportamento alimentar de crianças com TEA do município, realidade ainda pouco explorada. Através da utilização de uma escala validade para avaliar o comportamento alimentar dessas crianças, os resultados fornecem evidências que podem subsidiar o planejamento de ações de promoção de saúde, assistência nutricional e implementação de políticas direcionadas à população neurodivergente.

Apesar das limitações referentes ao delineamento transversal e pela amostragem não probabilística, os achados contribuem para o avanço de produções científicas e políticas públicas relacionadas ao comportamento alimentar de crianças com TEA no município. Diante disso, recomenda-se que estudos futuros adotem delineamentos longitudianis, incluam amostras representativas de diferentes regiões e investiguem a efetividade de intervenções nutricionais e interdisciplinares voltadas à redução da seletividade alimentar. Espera-se que os

resultados dessa pesquisa contribuam para o fortalecimento das práticas assistenciais e para o desenvolvimento de estratégias de cuidado cada vez mais qualificadas e baseadas em evidências científicas para essa população.

REFERÊNCIAS

KERZNER, B.; MILANO, K.; MACLEAN JUNIOR, W. C.; BERALL, G.; STUART, S.; CHATOOR, I. **A practical approach to classifying and managing feeding difficulties**. *Pediatrics*, v. 135, n. 2, p. 344–353, 2015. DOI: 10.1542/peds.2014-1630. Disponível em: https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630

AGÊNCIA EUROPEIA PARA AS NECESSIDADES ESPECIAIS E A EDUCAÇÃO INCLUSIVA. *Evidências da ligação entre educação inclusiva e inclusão social: uma revisão da literatura*. Ed. Simoni Symeonidou. Odense, Dinamarca: Agência Europeia para as Necessidades Especiais e a Educação Inclusiva, 2018. Disponível em: https://www.european-agency.org/resources/publications/evidence-literature-review

ALVES, Beatriz & Capelli, Jane & Monteiro, Luana & Sperandio, Naiara & Oliveira, Cinara & Viviani, Ana & Jevaux, Giullia & Paes, Carina. (2024). Seletividade alimentar e perfil sociodemográfico de crianças com transtorno do espectro autista de um movimento social de Macaé, Rio de Janeiro. Segurança Alimentar e Nutricional. 30. e023035. 10.20396/san.v30i00.8673758.

AMERICAN Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5a Ed). Artmed.

BAIO J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalência do transtorno do espectro autista em crianças d e 8 anos: Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências do Desenvolvimento, 11 locais, Estados Unidos, 2014. MMWR Surveill Summ. 2018;67(6):1–23.

BANDEIRA, L. V. S.; et al. Autism spectrum disorder association with socioeconomic and demographic factors: a case-control study. Portuguese Journal of Public Health , Basel, v. 42, n. 1, p. 15–24, 2024. DOI: https://doi.org/10.1159/000534840.

BONFIM, T. de A. et al. Assistance to families of children with Autism Spectrum Disorders: Perceptions of the multiprofessional team. Revista Latin o-americana De Enfermagem , 31, e3780 2023. https://doi.org/10.1590/1518-8345.5694.3780

BOURNE L, Mandy W, Bryant -Waugh R. Transtorno alimentar restritivo/evitativo e seletividade alimentar grave em crianças e jovens com autismo: uma revisão de escopo. Dev Med Child Neurol. 2022;64:691–700. doi: 10.1111/dmcn.15139.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 12.686, de 20 de outubro de 2025. Institui a Política Nacional de Educação Especial Inclusiva e a Rede Nacional de Educação Especial Inclusiva. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, 21 out. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)].Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRICKHILL, R., Atherton, G., Piovesan, A., & Cross, L. (2023). Autism, thy name is man: Exploring implicit and explicit gender bias in autism perceptions. PLOS ONE, 18(8), e0284013. doi: 10.1371/journal.pone.0284013

CDC). Prevalência do transtorno do espectro autista em crianças de 8 anos: Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências do Desenvolvimento, 11 locais, Estados Unidos, 2010. MMWR Surveill Summ. 2014;63(2):1–21.

CHEN, Y., Xi, Z., Saunders, R., Simmons, D., Totsika, V., & Mandy, W. (2024). A systematic review and meta -analysis of the relationsh ip between sensory processing differences and internalising/externalising problems in autism. Clinical Psychology Review , 114, 102516. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102516.

CLÁUDIA. Ana. Oliveira Pavão, Nathália Meneghine dos Santos Rodrigues e Rita Vieira de Figueiredo; organização: Francisca Geny Lustosa, Francisca Sueli Farias Nunes e Maria Simone da Silva. – Fortaleza: Imprensa Universitária, 2026. 52 p. : il. color. (Cadernos Pedagógicos: Política Nacional de Educação Especial Inclusiva; v. 2).

COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. SANARE - Revista de Políticas Públicas, [S. l.] , v. 20, n. 2, 2021. DOI: 10.36925/sanare.v20i2.1436. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1436. Acesso em: 9 jul. 2026.

COOK, Anna; BODDY, Alice. The impact of specialist resource centres on autistic pupils' experience of mainstream school . Autism, v. 30, n. 4, p. 1088 –1107, 2026. DOI: 10.1177/13623613261426099. Disponível em: https://doi.org/10.1177/13623613261426099. Acesso em: 14 jul. 2026.

DA COSTA, CrístoferB.;MACHADO, Mariana R.;SCHNEIDER, Mariana C.,&MOSMANN, Clarisse P. Subsistema coparental: revisão sistemática de estudos empíricos. Psico, 48(4), 339- 351, 2017.DOI: https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.4.25386.

DISABILITIES; SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL, Dodds L, Caiu DB, Karité S,Armson BA,Allen AC,BrysonS. O papel dos fatores pré -natais, obstétricos e neonatais no desenvolvimento do autismo. .J Transtorno do Desenvolvimento do Autismo.2011;41(7):891–902.

DOI: https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7402a1.

ELSAYED, H. E.; THOMPSON, K. L.; CONKLIN, J. L.; WATSON, L. R. Systematic review of the relation between feeding problems and sensory processing in children with autism spectrum disorder. American Journal of Speech-Language Pathology, Rockville, v. 31, n. 6, p. 2875–2899, 2022. DOI: 10.1044/2022_AJSLP-21-00401.

FARO, Katia Carvalho Amaral; SANTOS, Rosita Barral; BOSA, Cleonice Alves; WAGNER, Adriana; SILVA, Simone Souza da Costa. Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. Psico, [S. l.] , v. 50, n. 2, p. e30080, 2019. DOI: 10.15448/1980-8623.2019.2.30080. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/30080. Acesso em: 9 jul. 2026.

GRANIERI, JE, Mulcahy, CA, Grosso, M., & Mattson, JMG (2025). Práticas de inclusão para alunos autistas do ensino fundamental: uma revisão sistemática. Inclusion , 13 (2), 63 – 86. https://doi.org/10.1352/2326-6988-13.2.63.

HYMAN, S. L.; LEVY, S. E.; MYERS, S. M.; COUNCIL ON CHILDREN WITH
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE,2022.

INEP. Censo Escolar da Educação Básica 2024: resumo técnico. Brasília, DF: INEP, 2025

INSTITUTO RODRIGO MENDES. Panorama da educação especial no Brasil: edição 2024.São Paulo: Instituto Rodrigo Mendes, 2025

INVESTIGADORES Principais da Rede de Monitoramento de Deficiências do Desenvolvimento, Ano de Vigilância de 2010; Centros de Controle e Prevenção de Doenças

JI, Binbin; PENG, Xinyi; HONG, Lu; SHIMPUKU, Yoko; TERAMOTO, Chie; CHEN, Sanmei. Does Attending Mainstream School Improve the Social Inclusion of Children on the Autism Spectrum and their Parents? A Cross -Sectional Study in China . Journal of Autism and Developmental Disorders , 2025. DOI: 10.1007/s10803-025-06774-3. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10803-025-06774-3. Acesso em: 14 jul. 2026.

JOÃO Victor S Rodrigues, Maria Clara F Poli, Pedro H Petrilli, Rita Cássia M Dornelles, Karina H Turcio, Leticia H Theodoro, Seletividade alimentar e neofobia em crianças com transtorno do espectro autista e desenvolvimento neurotípico: uma revisão sistemática, Nutrition Reviews, Volume 81, Edição 8, Agosto de 2023, Páginas 1034 – 1050, https://doi.org/10.1093/nutrit/nuac112

KANNER L. Distúrbios autistas de contato afetivo.; Nerv. Criança. 1943 2 :217 –250. Disponível online: https://bpbuse1.wpmucdn.com/blogs.uoregon.edu/dist/d/16656/files/2018/11/Kanner-AutisticDisturbances-of-Affective-Contact-1943-vooiwn .pdf

KERZNER, B., Milano, K., MacLean Junior, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015).

KRAL TV, Souders MC, Tompkins VH, Remiker AM, Eriksen WT, Pinto -Martin JA. Child Eating Behaviors and Caregiver Feeding Practices in Children with Autism Spectrum Disorders. Public Health Nurs. 2015 Sep-Oct;32(5):488-97. doi: 10.1111/phn.12146.

LEI nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Recuperado em 12 de Fevereiro de 2018 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm.

LEITÃO, I. B. et al. Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. Psicologia USP, v. 31, p. e190011, 2020.

LI, Boya; HEYNE, David; SCHEEREN, Anke; BLIJD-HOOGEWYS, Els; RIEFFE, Carolien. School participation of autistic youths: The influence of youth, family and school factors. Autism, v. 28, n. 9, p. 2295 –2310, 2024. DOI: 10.1177/13623613231225490. Disponível em: https://doi.org/10.1177/13623613231225490. Acesso em: 14 jul. 2026.

LIMA, A. C.; CASTAN, J. U.; LIMA, F. M. Características clínicas e sociodemográficas dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil em Porto Alegre a partir do Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON). Clinical and Biomedical Research, v. 43, n. 2, p. 136-141, 2023.

LORD, C.; BRUGHA, T. S.; CHARMAN, T.; et al. Autism spectrum disorder. Nature Reviews Disease Primers, London, v. 6, n. 1, p. 1 –23, 2020. DOI: 10.1038/s41572-019-0138-4.

LÁZARO, C. P.; Siquara, G. M.; Pondé, M. P. Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação. Jo rnal Brasileiro de Psiquiatria, v. 68, n. 4, p. 191–199, out. 2019.

MAENNER MJ, Shaw KA, Baio J; EdS1; Washington A, Patrick M, et al. Prevalência do transtorno do espectro autista em crianças de 8 anos: rede de monitoramento de autismo e deficiências do desenvolvimento, 11 locais, Estados Unidos, 2016. MMWR Surveill Summ. 2020;69(4):1–12.

MAENNER, M. J.; et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. MMWR Surveillance Summaries, Atlanta, v. 72, n. 2, p. 1–14, 2023. DOI: https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1.

MARQUES, João Paulo Carneiro; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; MELO, Stephany Morais; MAZZA, Verônica De Azevedo; DA SILVA, Maria Adelane Monteiro; ROSA, Benedita Shirley Carlos. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS

MARSACK, CN, & Perry, TE (2018). Envelhecimento no próprio lar em todas as comunidades: experiências de exclusão social de pais de filhos adultos com transtorno do espectro autista. Pesquisa sobre Envelhecimento, 40 (6), 535–557. https://doi.org/10.1177/0164027517717044.

NOGUEIRA-de-Almeida CA, et al. Nutritional Factors and Therapeutic Interventions in Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review. Children (Basel). 2025 Feb 8;12(2):202. doi: 10.3390/children12020202.

MARTINS, J. dos S., & Camargo, S. P. H.. A adaptação de crianças com autismo na pré-escola: estratégias fundamentadas na Análise do Comportamento Aplicada. Revista Brasileira De Estudos Pedagógicos, 2023. https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.104.5014.

MAYES, Susan Dickerson; ZICKGRAF, Hana. Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development . Research in Autism Spectrum Disorders, v. 64, p. 76–83, 2019. DOI: 10.1016/j.rasd.2019.04.002 Li Q, Li Y, Liu B, Chen Q, Xing X, Xu G, et al. Prevalência do transtorno do espectro au tista entre crianças e adolescentes nos Estados Unidos de 2019 a 2020. JAMA Pediatr. 2022;176(9):943–5.

MENDES, E. G., Cia, F., & Tannús -Valadão, G. (2015). Organização e Funcionamento do Atendimento Educacional Especializado. In E. G. Mendes, F. Cia, & G. Tannús -Valadão (Orgs.), Inclusão escolar em foco: Organização e funcionamento do Atendimento Educacional Especializado (Série Observatório Nacional de Educação Especial, v. 4, pp. 25 -36). ABPEE: Marília.

NIEUWENHUYZEN, A.; DANIELS, A. M.; DEEN, M.; HOEK, H. W.; ESTER, W. A. Age at autism spectrum disorder diagnosis: a systematic review and meta -analysis from 2012 to 2019. Autism, London, v. 25, n. 4, p. 862 –873, 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/1362361320971107.

NUNES, D. R. P.; ARAÚJO, E. R. Autismo: a educação infantil como cenário de intervenção. Arquivos Analíticos de Políticas Educativas, [S. l.], v. 22, ago. 2014.

OLIVEIRA, S. L. A; TOMAZ, E. B; SILVA, R. J. M. Práticas educativas para alunos com

PAGE, S. D., Souders, M. C., Kral, T. V. E., Chao, A. M., & Pinto-Martin, J. (2022). Correlates of feeding difficulties among children with autism spectrum disorder: a systematic review. Journal of Autism and Developmental Disorders , 52(1), 255 -274. https://doi.org/10.1007/s10803-021-04947-4
PARAÍBA. Secretaria de Estado da Educação. 4ª Gerência Regional de Educação – Cuité. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br. Acesso em: 28 jun. 2026.

PAULA, Fernanda M. de; SILVÉRIO, Gabriela B.; JORGE, Renata P. C.; FELÍCIO, Priscila.

PEDIATRICS. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. Pediatrics, Itasca, v. 145, n. 1, e20193447, 2020. DOI: 10.1542/peds.2019-3447.

PORTES, João Rodrigo Maciel; VIEIRA, Mauro Luís. Coparentalidade no contexto familiar de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Maringá -PR: 1. Psicologia em estudo, 2020, v. 25. DOI: https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44897.

ROCHA, C. C., Souza, S. M. V. D., Costa, A. F., & Portes, J. R. M. (2019). O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Rea bilitação de uma cidade do Sul do Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 29(4), e290412. doi: 10.1590/s0103-73312019290412.

SANTOS, V. (2017). Análise de Indicadores Educacionais Censitários da Política de Inclusão Escolar: Uma proposta metodológica (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

SCHULTZ, T., Castro, K., & Lione, V. de O. F.. (20 26). Aspectos sensoriais envolvidos nas dificuldades alimentares no transtorno do espectro autista. Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional, 34, e3749. https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto288737491

SELERI, Andrômeda Thalia Pereira; BORGA, Rosmeri Gris Ferreira; WERNER, Marina. INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS E SUA INFLUÊNCIA NA TERAPIA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, *[S. l.]*, v. 9, n. 2, p. 346–357, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i2.8467. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8467.

SHARP W, Postorino V, McCracken C ... Ingestão alimentar, estado nutricional e parâmetros de crescimento em crianças com transtorno do espectro autista e seletividade alimentar grave: uma revisão de prontuários eletrônicos.Revista da Academia de Nutrição e Dietética, 2018; 118, 1943-1950

SHAW, K. A.; et al. Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 sites, United States, 2022. MMWR Surveillance Summaries, Atlanta, v. 74, n. 2, p. 1–20, 2025.

SILVA RV, Gomes DL. Eating Behavior and Nutritional Profile of Children with Autism Spectrum Disorder in a Reference Center in the Amazon. Nutrients. 2024 Feb 4;16(3):452. doi: 10.3390/nu16030452.

SILVA, M. C; DUHART, M. F. R; PEREIRA, P. C. S. Práticas pedagógicas inclusivas: Transtorno do Espectro Autista. Alfenas, 2019.

SOUZA, Fernanda Martins de; FIORINI, Milena Carolina; CREPALDI, Maria Aparecida. Coparentalidade e envolvimento parental em famílias binucleares: revisão sistemática. Costa Rica: Act ualidades en Psicología, 2020, v. 34, n. 129, p. 119 -140. DOI: http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.35334.

SOUZA, Rivamberg Virgulino De et al.. O autismo no contexto do atendimento educacional especializado: uma abordagem teórica sobre os desafios e perspectivas para inclusão . Anais do V CINTEDI... Campina Grande: Realize Editora, 2024. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/108710>.

TANNER, K., et al. Behavioral and physiological factors associated with selective eating in children with autism spectrum disorder. American Journal of Occupational Therapy, v. 69, n. 6, p. 690-699, 2015.

TEA: entre dificuldades e possib ilidades. Revista Educação Pública, v. 21, nº 3, 26 de janeiro de 2021.

TOMAZELLI, J., & Fernandes, C. (2021). Psychosocial Care Centers and the profile of pervasive developmental disorder cases in Brazil, 2014 -2017. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 31(2), e310221. doi: 10.1590/s0103-73312021310221.

TOMAZELLI, J., Girianelli, V. R., & Fernandes, C. S. (2022). Incidência de transtorno global do desenvolvimento em crianças: Características e análise a partir dos CAPSi. Psicologia USP, 34, 1-11. doi: 10.1590/0103-6564e210002.

TSAMITROU S, Plumet MH. The importance and challenges of observing social interactions in autistic preschoolers during inclusive educational settings: A scoping review. Autism Dev Lang Impair. 2024 Feb 28;9:23969415241227077. doi: 10.1177/23969415241227077.

V. P.; MELO, Letícia A.; BRAGA, Thaís; et al. Transtorno do espectro do autismo: impacto no comportamento alimentar. Brazilian Journal of Health Review , v. 3, n. 3, p. 5009 –5023, 2020.

VAN 'T HOF, M.; TISSEUR, C.; VAN BERCKELAER -ONNES, I.; VAN WATKINS A. (2014). Política modelo para TIC inclusivas na educação de pessoas com deficiência. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, França.

WATKYNS, A. F., Cloete, L. G., & Parham, L. D. (2024). Sensory reactivity assessment in children: A systematic review. Developmental Medicine and Child Neurology, 66(4), 422-439. https://doi.org/10.1111/dmcn.15758

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Centro de Educação e Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido sob responsabilidade da Profª. Drª. Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo, lotada na UANUTRI/CES. O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, nascido(a) em ___ / ___ / ____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a), juntamente com meu(minha) filho(a), do estudo "CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB". Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

I) O objetivo geral da pesquisa é realizar uma caracterização do perfil das crianças com diagnóstico de TEA ou em investigação matriculadas na rede de ensino do município de Cuité-Paraíba que não estão cadastradas no CAPSi;

II) Esta pesquisa justifica-se porque o mapeamento do TEA em Cuité não pode ser limitado ao CAPSi, pois há muitas crianças que não são atendidas no CAPSi. A pesquisa será feita por meio da aplicação de vários questionários validados;

III) A aplicação dos questionários não oferece riscos à integridade física dos participantes da pesquisa, no entanto, pode haver um desconforto devido ao grande número de perguntas e o risco de constrangimento devido à subjetividade das perguntas, mas para tanto, prepararemos um ambiente acolhedor e confortável no CAPSi para que tais sujeitos estejam à vontade, minimizando os possíveis danos. As respostas serão confidenciais; o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato, sendo os resultados usados apenas para divulgação científica; os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa. Vale salientar que os benefícios serão inúmeros, uma vez que os familiares contribuirão com um estudo que guiará estratégias de intervenção nas famílias a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para todos os familiares de indivíduos com TEA;

IV) Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição;

V) Caso seja necessário para divulgação das informações científicas, solicitamos a autorização da sua imagem e/ou áudio, conforme atestado:
( ) Autorizo uso de minha imagem e áudio
( ) Não autorizo uso de minha imagem e áudio

VI) Os pesquisadores (aluno e professora) estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa;
Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa:
( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa
( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Garantimos o recebimento de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com todas as páginas rubricadas e aposição de assinatura na última página, pelo pesquisador responsável;

VIII) Não haverá nenhuma despesa por parte dos participantes da pesquisa;

IX) Caso haja eventuais danos, os pesquisadores responsáveis garantem indenização aos participantes;

X) Caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Prof.ª Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), 1º andar, Sala 16. CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1835, E-mail: cep.ces.ufcg@gmail.com;

XI) Poderei também contactar o pesquisador responsável, localizado na Rua Prof.ª Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco dos professores (Bloco F), 1º andar, sala 40, CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1964, E-mail: camila.carolina@professor.ufcg.edu.br.

Cuité, ____ / ___ / 2026

_____
( )Participante da pesquisa /( )Responsável

gov.br
Documento assinado digitalmente
CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTI
Data: 13/02/2026 22:47:40-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Pesquisadora responsável pelo projeto
Profª. Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo
SIAPE 1767414

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
NEPNEURO – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Neurociências

DADOS GERAIS

Entrevistador:	**Local da entrevista:**	**DATA: / /**

I. DADOS DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA		
Nome (INICIAIS):		**CPF:**
Data de nascimento: ___/___/___	**Idade:**	**Sexo:** ( ) F ( ) M
Cidade:		**Profissão:**
Localidade: ( ) Zona rural ( ) Zona urbana		**Telefone:** ( )
Raça: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indígena ( ) Amarelo		

Escolaridade:

( ) Nunca estudei / não frequentei educação formal
( ) Educação infantil
( ) Ensino fund. 1 incompleto (1ª-4ª série / 1º- 5º ano)
( ) Ensino fund. 1 completo (1ª-4ª série / 1º - 5º ano)
( ) Ensino fund. 2 incompleto (5ª - 8ª série / 6º - 9º ano)
( ) Ensino fund. 2 completo (5ª - 8ª série / 6º - 9º ano)
( ) Ensino médio incompleto (2º grau)
( ) Ensino médio completo (2º grau)
( ) Ensino técnico incompleto
( ) Ensino técnico completo
( ) Ensino superior incompleto
( ) Ensino superior completo
( ) Pós-graduação

Estado civil:

( ) Solteiro(a) ( ) Separado(a) / divorciado(a)
( ) Casado(a)/com companheiro ( ) Viúvo(a)

Você é o(a) responsável pela família? ( ) Sim ( ) Não **- Quem é o responsável:**

Tipo de moradia:

( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Ocupação ( ) Outra _____

Quantidade de pessoas na residência:

Quantidade de pessoas da residência que trabalham:

Quantas tem DEFICIÊNCIA/TRANSTORNO ou está em processo de diagnóstico:

Qual sua principal fonte de renda:

( ) Estou desempregado/não tenho renda ( ) Trabalho como MEI ou pequena empresa
( ) Recebo auxílio governamental ( ) Trabalho sem carteira assinada
( ) Aposentadoria ou pensão ( ) Trabalho CLT (com carteira assinada)
( ) Trabalho como autônomo ( ) Trabalho como servidor público

Programas inseridos:

( ) BPC ( ) Cad. Único ( ) Criança Feliz ( ) SCFV (Fortalecimento de vínculo)
( ) INSS ( ) Bolsa Família ( ) CRAS ( ) Outro: _____

Vínculo com a criança:

( ) Pai/Mãe ( ) Avô(ó) ( ) Primo(a)
( ) Irmão(a) ( ) Tio(a) ( ) Outros familiares

Você é o único(a) que cuida de seu familiar? ( ) Sim ( ) Não
Se Não, quantas pessoas dividem o cuidado do seu familiar com você? _____

Com quem você pode contar quando precisa de ajuda?

( ) Ninguém ( ) Mãe/Pai ( ) Outros familiares ( ) Vizinhos
( ) Companheiro(a) ( ) Irmão ( ) Amigos ( ) Outro: _____

Você tem problemas de saúde? ( ) Sim ( ) Não. **Se SIM, Qual(is) que você usa medicamento para tal problema:**

( ) Diabetes Mellitus ( ) Problemas osteomusculares ( ) Outro: _____
( ) Hipertensão ( ) Depressão
( ) Ansiedade ( ) Problemas cardíacos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
NEPNEURO – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Neurociências

UBS cadastrado:

( ) Raimunda ( ) Luiza ( ) Ezequias ( ) Abílio ( ) Diomedes
( ) Melo ( ) Catolé ( ) Retiro ( ) Francisca ( ) Bombocadinho

II. DADOS DA CRIANÇA

Nome:			**Matrícula escolar:**
Data de nascimento: ___/___/___	**Idade:**	**Sexo:** ( ) F ( ) M	**Prontuário (CAPSi):**

Nascimento da criança: ( ) parto normal ( ) parto cesárea

Idade gestacional do nascimento:

( ) pré-termo (antes de 37 sem.) ( ) à termo (entre 37 e 42 sem.) ( ) pós-termo (depois de 42 sem.) ( ) não sabe

Escolaridade e a modalidade de ensino frequentada:

Nome da Instituição de Ensino Frequentada:	( ) Urbana ( ) Rural

A criança frequenta serviço de apoio pedagógico especializado:

( ) Nenhum
( ) Sala de recursos multifuncionais (A.E.E.)
( ) Cuidador(a) na sala regular
( ) Intérprete na sala regular
( ) Professor(a) de libras
( ) Atendimento domiciliar
( ) Atendimento hospitalar
( ) Outro:

III. DADOS SOBRE O DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico (CID/DSM-V):

Se diagnóstico de TEA (CID/DSM-V):

( ) Nível 1 ( ) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Não está indicado o nível ( ) Em investigação ( ) Não sabe dizer

Há quanto tempo tem o diagnóstico?

Quais sinais/sintomas chamaram sua atenção para busca do diagnóstico de TEA (DSM-V)?

A. Comunicação e interação social:
( ) A1- Limitações na reciprocidade socioemocional
( ) A2- Limitações nos comportamentos não-verbais
( ) A3- Limitações em desenvolver/manter relacionamentos

B. Comportamentos restritos e repetitivos:
( ) B1- Fala e movimentos estereotipadas
( ) B2- Adesão excessiva a rotinas
( ) B3- Interesses fixos e restritos
( ) B4- Hiper ou hipo-reatividade

Quais sinais/sintomas chamaram sua atenção para busca do diagnóstico (OUTRO que não seja TEA):

Quem desconfiou que tinha algo diferente com seu filho(a)?

( ) Mãe	( ) Tio (a)	( ) Professor	( ) Outro familiar _____
( ) Pai	( ) Irmão (a)	( ) Não lembro	( ) Médico. Qual _____

Após observar os primeiros sinais/sintomas, quanto tempo depois você procurou por auxílio profissional?

A confirmação do diagnóstico aconteceu por onde?
( ) Pública (SUS) ( ) Plano de saúde ( ) Rede particular ( ) Não sei/não lembro

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
NEPNEURO – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Neurociências

Já fez consultas com especialistas?
( ) Não ( ) Neurologista ( ) Psiquiatra ( ) Psicólogo ( ) Neuropsicólogo ( ) Outro _____

Qual foi o primeiro profissional e o serviço que você procurou quando suspeitou?

Se já fechou o diagnóstico, isso aconteceu com o primeiro profissional que procurou?
( ) Não ( ) Sim. **Depois de quanto tempo da primeira procura?**

Qual foi o profissional que deu o diagnóstico?

( ) Não tenho	( ) Psiquiatra	( ) Neurologista / neuropediatra	( ) Outro _____
( ) Pediatra	( ) Médico da família	( ) Psicólogo	( ) Não lembro

Quais as principais dificuldades enfrentadas no período de definição do diagnóstico?

Usa medicamento(s)? ( ) Sim ( ) Não. Passar para os dados sobre atendimentos.

IV. DADOS SOBRE OS MEDICAMENTOS:

Há quanto tempo usa medicamento?

Já houve mudança no tipo de medicamento tomado pela criança? ( ) Não ( ) Sim. Quais?

Descreva abaixo todos os medicamentos que a criança toma:
Nome genérico / Dose / Frequência:

V. DADOS SOBRE OS ATENDIMENTOS:

Faz acompanhamento médico regular? ( ) Sim ( ) Não

Faz terapia(s)? ( ) Sim ( ) Não
Em qual(is) local(is)? ( ) CAPSi ( ) Clínica particular ( ) Outro:

Indique a quantidade semanal:	Terapeuta Ocupacional ( ) x/semana
Psicólogo ( ) x/semana	Acompanhante Terapêutico ( ) x/semana
Psicopedagogo ( ) x/semana	Nutricionista ( ) _____
Fonoaudiólogo ( ) x/semana	Outro: _____ ( ) _____

Cidade(s) do(s) atendimento(s) terapêutico(s):
( ) Cuité ( ) Natal ( ) Campina Grande ( ) João Pessoa ( ) outra:

Local(is) do(s) atendimento(s) terapêutico(s):

( ) CAPSi	( ) Clínica particular
( ) FUNAD	( ) Outro:

Com que frequência se desloca para as terapias?

( ) 1x no mês	( ) 2x por semana	( ) 4x por semana
( ) 1x por semana	( ) 3x por semana	( ) 5x por semana

OBSERVAÇÕES:

ANEXO

ANEXO A – Escala labirinto de avaliação do comportamento alimentar no TEA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
NEPNEURO – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Neurociências

ESCALA LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA

Entrevistador:	**Local da entrevista:**	**DATA: / /**
Nome da criança (INICIAIS):	**Matrícula:**	**Prontuário (CAPSi):**
Data de nascimento: ___/___/___	**Idade:**	**Sexo:** ( ) F ( ) M
Responsável pela criança: ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Outro: _____		

FATOR 1: MOTRICIDADE NA MASTIGAÇÃO						
P1.	Dificuldades para mastigar os alimentos	1	2	3	4	5
P2.	Engole os alimentos sem mastigá-los o bastante	1	2	3	4	5
P3.	Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro da boca com a língua	1	2	3	4	5
P4.	Mastiga os alimentos com a boca aberta	1	2	3	4	5
FATOR 2: SELETIVIDADE ALIMENTAR						
P5.	Evita comer vegetais cozidos e/ou crus	1	2	3	4	5
P6.	Retira o tempero da comida (ex.: pedaços de coentro, cebolinha ou tomate)	1	2	3	4	5
P7.	Evita comer frutas	1	2	3	4	5
FATOR 3: HABILIDADES NAS REFEIÇÕES						
P8.	Possui inquietação/agitação motora que dificulta sentar-se à mesa	1	2	3	4	5
P9.	Tem dificuldades de sentar-se à mesa para fazer as refeições (ex.: almoça no chão, sofá, cama)	1	2	3	4	5
P10.	Tem dificuldades de utilizar os talheres e outros utensílios	1	2	3	4	5
P11.	Derrama muito a comida na mesa ou na roupa quando se alimenta	1	2	3	4	5
P12.	Bebe, come, lambe substâncias ou objetos estranhos (ex.: sabão, terra, plástico, chiclete)	1	2	3	4	5
FATOR 4: ASPECTOS COMPORTAMENTAIS - Comportamento inadequado relacionado às refeições						
P13.	Vomita, durante ou imediatamente após as refeições	1	2	3	4	5
P14.	Durante ou imediatamente após as refeições, golfa (trazendo de volta o alimento que engoliu à boca) e mastiga o alimento novamente	1	2	3	4	5
FATOR 5: ASPECTOS COMPORTAMENTAIS - Comportamentos rígidos relacionados à alimentação						
P15.	Come sempre com os mesmos utensílios (ex.: o mesmo prato, garfo, colher ou copo)	1	2	3	4	5
P16.	Come sempre no mesmo lugar	1	2	3	4	5
P17.	Quer comer sempre os mesmos alimentos (ex.: se comeu frango hoje, quer amanhã novamente)	1	2	3	4	5
P18.	Quer comer alimentos com cor semelhante (ex.: somente quer sucos amarelos – manga, maracujá, laranja)	1	2	3	4	5
P19.	Quer comer alimentos sempre da mesma marca, embalagem ou personagem (ex.: bebe suco somente de caixinha, quer somente produtos do Bob Esponja)	1	2	3	4	5
P20.	Possui ritual para comer (ex.: os alimentos devem ser arrumados no prato da mesma forma; se o ritual não for obedecido, seu filho se recusa a comer ou fica irritado ou perturbado)	1	2	3	4	5
FATOR 6: ASPECTOS COMPORTAMENTAIS - Comportamento opositor relacionado à alimentação						
P21.	Sem permissão, pega a comida fora do horário das refeições	1	2	3	4	5
P22.	Sem permissão, pega a comida de outras pessoas durante as refeições	1	2	3	4	5
P23.	Come uma grande quantidade de alimento num período de tempo curto)	1	2	3	4	5
FATOR 7: SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - Alergias e intolerância alimentar						
P24.	Intolerância ao glúten (o glúten está presente na farinha de trigo, aveia, centeio e cevada)	1	2	3	4	5
P25.	Alergia alimentar (ex.: amendoim, frutos do mar)	1	2	3	4	5
P26.	Tem intolerância à lactose	1	2	3	4	5

Fonte: Lázaro, Siquara, Pondé, 2019. *Adaptado* por Bertozzo, Barbosa, 2025.

ANEXO B – Aprovação do comitê de ética

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES/UFCG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB

Pesquisador: CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89683825.5.0000.0154

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.918.784

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora descreve a investigação como um estudo guarda-chuva, composto por 2 subprojetos cujo público-alvo são crianças com diagnóstico ou que estejam em investigação de Transtorno do Espectro Autista (TEA), matriculadas nas redes de ensino pública do município de Cuité-Paraíba.

O subprojeto 1 realizará um levantamento das informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Educação do município de Cuité-PB, a fim de mapear todas as crianças matriculadas na rede de ensino pública cadastradas pelos professores de educação especial. O subprojeto 2 é descrito como uma pesquisa de campo, de natureza descritiva e quantitativa, transversal e analítica, utilizando questionários estruturados para caracterizar as crianças com TEA ou em investigação captadas na etapa de mapeamento.

Na metodologia do estudo, a pesquisadora aponta que a população-alvo da pesquisa será composta além das crianças com diagnóstico de TEA, ou em investigação, matriculadas na rede de ensino do município de Cuité, seus respectivos pais/cuidadores. Entre os critérios de inclusão para selecionar os participantes da pesquisa foi elencado, crianças entre 0 e 12 anos regularmente matriculadas na rede de ensino e cadastradas na Secretaria Municipal de

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D¿Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES/UFCG

Continuação do Parecer: 7.918.784

Análise: pendência atendida.

Destaca-se que, como o projeto será reapreciado, é importante realizar a conferência e ajuste do cronograma no campo de preenchimento da plataforma e no projeto, de acordo com o calendário deste CEP.

Salienta-se que o pesquisador terá o prazo de trinta (30) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la.

É obrigatória a utilização do formulário modelo de resposta a pendências, disponível na página do CEP/CES/UFCG: https://www.ces.ufcg.edu.br/portal/cep#modelosdocumentosumissaodeprojetosss O não atendimento acarretará em pendência documental.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2581247.pdf	04/10/2025 19:04:02		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	04/10/2025 19:03:23	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CEP_modificado.pdf	04/10/2025 19:02:17	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TALE_assinado.pdf	04/10/2025 11:37:42	CAMILA CAROLINA DE MENEZES	Aceito

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D¿Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES/UFCG



Justificativa de Ausência	TALE_assinado.pdf	04/10/2025 11:37:42	SANTOS BERTOZZO	Aceito
Outros	Termo__de__autorizacao__de__pesquisa__em__arquivos_assinado.pdf	04/10/2025 11:27:55	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_assinado.pdf	04/10/2025 08:29:33	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_Solicitacao_dispensa_TCLE_assinado.pdf	04/10/2025 08:23:23	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Folha de Rosto	2025_Folha_de_rosto_completa_assinado_assinado.pdf	12/06/2025 17:51:01	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Outros	2025_Instrumentos_de_coletas_de_dados.pdf	12/06/2025 14:40:53	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Outros	2025_Termo_anuencia_institucional_Educacao_assinado.pdf	12/06/2025 14:38:19	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2025_Termo__de__compromisso__dos_pesquisadores_assinado_assinado.pdf	12/06/2025 14:36:57	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito

Situação do Parecer:
Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CUITE, 21 de Outubro de 2025

Assinado por:
MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sitio Olho D¿Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com