

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

JULIANA FERRAZ

**INTERVENÇÃO MEDIADA POR CUIDADORES NA SELETIVIDADE
ALIMENTAR E ESTRESSE FAMILIAR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA**

CURITIBA

2026

JULIANA FERRAZ

**INTERVENÇÃO MEDIADA POR CUIDADORES NA SELETIVIDADE
ALIMENTAR E ESTRESSE FAMILIAR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISTA**

Dissertação submetida à Banca de Defesa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Tuiuti do Paraná como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientador: Prof. Sidnei Rinaldo Priolo Filho

Co-orientadora: Rosane Sampaio Santos

CURITIBA

2026

TERMO DE APROVAÇÃO

JULIANA FERRAZ

Esta qualificação de dissertação foi julgada e aprovada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba ___ de _____ de 2026.

Prof. Dr. Sidnei Rinaldo Priolo Filho - Orientador/ Presidente
Universidade Tuiuti do Paraná (UTP)

Prof. Dra. Rosane Sampaio Santos – Membro Interno
Universidade Tuiuti do Paraná (UTP)

Prof. Dr. Janaína de Alencar Nunes - Membro Titular Interno
Universidade Federal do Espírito Santo

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sidnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

F368 Ferraz, Juliana.

Intervenção mediada por cuidadores na seletividade alimentar e estresse familiar em crianças com Transtorno do Espectro Autista / Juliana Ferraz; orientador Prof. Dr. Sidnei Priolo Filho; coorientadora Prof.^a Dra. Rosane Sampaio Santos. 60f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2026

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Seletividade alimentar. 3. Educação parental. 4. Estresse do cuidador. 5. Comportamento alimentar. I. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós- Graduação em Saúde da Comunicação Humana / Mestrado em Saúde da Comunicação Humana. II Título.

CDD – 616.85882

Bibliotecária responsável: Heloisa Jacques da Silva – CRB 9/1212

*“A vitalidade é demonstrada não apenas pela persistência, mas pela
capacidade de começar de novo.”*

F. Scott Fitzgerald

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas e instituições que tornaram possível a realização deste trabalho de mestrado.

Primeiramente, agradeço a Deus, cujas orientação, força e bênçãos iluminaram meu caminho e me sustentaram ao longo desta jornada. Sua presença constante foi a fonte de inspiração e perseverança que me permitiu superar todos os desafios.

Ao meu orientador, expresso meu sincero agradecimento pela orientação excepcional, apoio e paciência ao longo deste processo. Seu conhecimento especializado e suas orientações valiosas foram fundamentais para o amadurecimento e desenvolvimento deste estudo.

Agradeço imensamente às professoras colaboradoras e à coordenação do curso, cujas expertises e suporte técnico foram essenciais para o sucesso desta pesquisa e para a viabilização deste projeto acadêmico.

À Universidade Tuiuti do Paraná, manifesto meu imenso carinho e gratidão. Esta instituição proporcionou a base sólida e o estímulo necessários para o meu desenvolvimento, desde a formação inicial até o ingresso direto no mestrado. Agradeço a todos os docentes e colaboradores que contribuíram para um ambiente enriquecedor e desafiador.

Aos membros da banca avaliadora, agradeço pelas contribuições construtivas e pela revisão criteriosa, que certamente elevaram a qualidade deste trabalho.

Aos meus amigos, agradeço pela parceria e pelo incentivo constante. A amizade de vocês foi um pilar emocional indispensável durante todo este período de dedicação.

Ao meu esposo, agradeço pelo companheirismo, pela compreensão e por estar ao meu lado em cada etapa desta caminhada, oferecendo o suporte necessário para que eu pudesse focar nos meus objetivos.

Aos meus filhos, Julia e Vinícius, dedico esta conquista. Vocês são a minha maior motivação e a razão pela qual busco, a cada dia, superar meus limites e construir um futuro melhor.

Finalmente, agradeço à minha família. Seus sacrifícios, amor e encorajamento foram as bases que permitiram meu crescimento pessoal e acadêmico. Esta vitória é, também, de cada um de vocês.

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente apresenta alterações no processamento sensorial que intensificam a seletividade alimentar, atuando como fator de desordem no sistema familiar e gerando sobrecarga na saúde mental dos cuidadores. Diante da complexidade do manejo alimentar, torna-se fundamental investigar como a instrumentalização dos pais pode converter a reatividade emocional em mediação estratégica, reduzindo o estresse coletivo. **Objetivo:** Avaliar o impacto de uma intervenção mediada por cuidadores no comportamento alimentar de crianças com TEA e na redução do estresse e da percepção de autoeficácia dos cuidadores. **Método:** Estudo longitudinal, prospectivo e qualitativo-descritivo, realizado com uma amostra de 15 cuidadores brasileiros residentes em Toronto, Canadá, cujos filhos com TEA tinham entre 2,5 e 10 anos. A intervenção de seis semanas incluiu consultas semanais e o uso de diários de monitoramento. O Artigo 1 utilizou a escala *Brief Autism Mealtime Behavior Inventory* (BAMBI) em dois momentos (T0 e T1), com análise estatística por meio do teste de *Wilcoxon*. O Artigo 2 colheu as vivências dos cuidadores por meio de questionários de resposta livre, examinados sob a ótica da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** No Artigo 1, observou-se uma redução significativa na seletividade e na recusa alimentar ativa após seis semanas, indicando que a mediação parental contribuiu para a estabilização do comportamento alimentar durante as refeições, mesmo antes da ampliação da variedade alimentar. No Artigo 2, os achados iniciais (T0) revelaram um cotidiano marcado por culpa e exaustão; contudo, após o suporte técnico (T1), os relatos evidenciaram o resgate da autoeficácia parental e a reorganização dos ritos domésticos. A postura dos cuidadores evoluiu de uma "vigilância ansiosa" a uma atuação analítica e acolhedora. **Conclusão:** Ambos os estudos demonstram que a intervenção mediada por cuidadores, em ambiente real, é eficaz na promoção do equilíbrio familiar. Enquanto os dados quantitativos confirmam a melhora no comportamento da criança, os dados qualitativos consolidam a ideia de que a instrumentalização técnica é capaz de reduzir o desgaste acumulado dos pais, convertendo o estresse alimentar em um manejo estratégico e em bem-estar coletivo.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Seletividade Alimentar; Educação Parental; Estresse do Cuidador; Comportamento Alimentar.

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) often presents sensory processing alterations that intensify food selectivity, acting as a disruptive factor in the family system and generating a burden on caregivers' mental health. Given the complexity of feeding management, it is essential to investigate how parental empowerment can convert emotional reactivity into strategic mediation, reducing collective stress. **Objective:** To evaluate the impact of an intervention based on caregiver training on the feeding behavior of children with ASD and on the perception of parental self-efficacy and family stress. **Method:** A longitudinal, prospective, and qualitative-descriptive study was conducted with a sample of 15 Brazilian caregivers residing in Toronto, Canada, whose children with ASD were aged between 2.5 and 10 years. The six-week intervention included weekly consultations and food-monitoring diaries. Article 1 used the Brief Autism Mealtime Behavior Inventory (BAMBI) scale at two time points (T0 and T1), and statistical analysis used the Wilcoxon Test. Article 2 gathered caregivers' experiences through open-ended questionnaires and analyzed them using Bardin's content analysis framework. **Results:** In Article 1, a significant reduction in food selectivity and active food refusal was observed after six weeks, indicating that parental mediation stabilizes mealtime behavior even before the expansion of the nutritional repertoire. In Article 2, initial findings (T0) revealed a daily routine marked by guilt and exhaustion; however, after technical support (T1), reports indicated a recovery of parental self-efficacy and a reorganization of domestic rituals. The caregivers' posture evolved from "anxious vigilance" to an analytical and welcoming approach. **Conclusion:** Both studies show that caregiver-mediated intervention in real-world settings effectively promotes family balance. While quantitative data confirm improvements in the child's behavior, qualitative data corroborate that technical empowerment can reduce accumulated parental strain, converting feeding stress into strategic management and collective well-being.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Food Selectivity; Parental Education; Caregiver Burden; Feeding Behavior.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

Figura 1. Comparação dos escores de comportamentos específicos do TEA pré e pós-intervenção (Momento T0 vs T1).....30

Figura 2. Comparação dos índices de Recusa Alimentar (STRA) entre os momentos pré e pós-intervenção.....31

Figura 3. Estabilidade dos escores de Variedade Alimentar (STVL) entre os momentos pré e pós-intervenção..... 32

Figura 4. Comparação do Escore Total do inventário BAMBI entre os momentos pré e pós-intervenção (T0 vs T1)..... 33

ARTIGO 2

Figura 1. Cenário Pré-Intervenção (T0)49

Figura 2. Mapeamento do cenário pós-intervenção (T1)..... 50

Figura 3. Pilares da Instrumentalização Parental: Da Vulnerabilidade à Autoeficácia no Manejo da Seletividade Alimentar no TEA.....50

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Quadro 1- Fluxo Metodológico da Intervenção e Acompanhamento Longitudinal das seis semanas.....26

Tabela 1 - Comparação dos scores do inventário BAMBI entre os momentos Pré e Pós-intervenção (n=15)..... 28

ARTIGO 2

Tabela 1. Análise Comparativa das Percepções Parentais sobre a Dinâmica Alimentar: Baseline (T0) vs. Pós-Intervenção (T1)..... 48

LISTA DE SIGLAS

- ARFID – Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (Transtorno de Ingestão Alimentar Evitativo/Restritivo)
- BAMBI – Brief Autism Mealtime Behavior Inventory (Inventário Breve de Comportamento de Crianças com Autismo na Hora das Refeições)
- CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa
- CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª Edição)
- EAD – Ensino a Distância
- GFCF – Gluten-Free Casein-Free (Dieta Isenta de Glúten e Caseína)
- IIQ – Intervalo Interquartilico
- PT-F – Parent Training for Feeding (Treinamento Parental para Alimentação)
- QRS-F – Questionnaire on Resources and Stress Friedrich Short Form (Questionário de Recursos e Estresse – Forma Curta de Friedrich)
- STRA – Seletividade e Recusa Alimentar (Domínio da Escala BAMBI)
- STC-TEA – Características Específicas do TEA nas Refeições (Domínio da Escala BAMBI)
- STVL – Variedade Alimentar (Domínio da Escala BAMBI)
- T0 – Momento Inicial / Linha de Base (Pré-intervenção)
- T1 – Momento Final / Reavaliação (Pós-intervenção)
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TEA – Transtorno do Espectro Autista
- UTP – Universidade Tuiuti do Paraná
- AMP: Autism Meal Plan
- CRC- Rehab Corp. – Integrative Therapies
- TARE- Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO GERAL	15
REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL	17
ARTIGO 1.....	19
INTRODUÇÃO	20
MÉTODO.....	22
OBJETIVO.....	22
RESULTADOS.....	28
DISCUSSÃO	35
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ARTIGO 2.....	40
INTRODUÇÃO	41
OBJETIVO.....	43
RESULTADOS.....	46
DISCUSSÃO	52
CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXO 1- ESCALA BAMBI.....	57

APRESENTAÇÃO

Sou Juliana Ferraz, mestranda na Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Atualmente, resido no Canadá, país onde desenvolvi e conduzi meu estudo, o que me permitiu um olhar privilegiado sobre os desafios enfrentados por famílias brasileiras em contextos de transição cultural e de isolamento social. Minha linha de investigação dedica-se às complexas interações entre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o comportamento alimentar, com foco no desenvolvimento de estratégias que promovam o equilíbrio familiar. Meu trabalho destaca-se por uma abordagem integrativa, na qual não analiso apenas as dificuldades sensoriais e a seletividade alimentar sob a ótica da criança, mas também priorizo o papel fundamental da família por meio do Treinamento Parental (PT-F). Minha atuação acadêmica é movida pelo compromisso de transformar o conhecimento científico em ferramentas práticas que devolvam aos pais a percepção de autoeficácia, visando converter o estresse das refeições em momentos de conexão e harmonia no ambiente doméstico, independentemente de onde essas famílias estejam.

Quanto à composição desta dissertação, a parte introdutória abrange os temas de TEA na saúde, o diagnóstico e suas repercussões; em seguida, são descritos dois artigos científicos.

Artigo 1 - Estresse alimentar e seletividade alimentar em crianças com transtorno do espectro autista cujo objetivo foi avaliar o impacto de uma intervenção baseada no acompanhamento e instrumentalização de cuidadores sobre o comportamento alimentar de crianças com TEA, incluindo estratégias de perguntas e organização das refeições

Artigo 2 - Percepções de cuidadores sobre o estresse alimentar em crianças com Transtorno do Espectro Autista: análise qualitativa antes e após intervenção parental. O objetivo desta pesquisa, de natureza qualitativa e descritiva, foi investigar as vivências de cuidadores diante do estresse alimentar e da dinâmica das refeições.

Por fim, apresentam-se as considerações finais desta dissertação.

INTRODUÇÃO GERAL

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento de etiologia multifatorial, caracterizada por dificuldades persistentes na comunicação e na interação social, bem como por padrões comportamentais rígidos, interesses restritos e repetitivos (1). Essas características geram impactos variáveis na autonomia da criança e em suas atividades diárias, manifestando-se de forma diversa conforme o indivíduo e o ambiente em que está inserido (1). No domínio do processamento sensorial, indivíduos com TEA frequentemente apresentam respostas atípicas a estímulos ambientais, manifestando quadros de hipersensibilidade ou hipossensibilidade que influenciam diretamente as experiências corporais e a interação com o meio, o que representa desafios significativos em atividades como o sono e a alimentação (2-6).

Dentre as manifestações associadas ao espectro, a seletividade alimentar destaca-se como uma característica de alta prevalência e relevância clínica, modulada por uma rede de fatores sensoriais, biológicos e psicológicos (7, 8). A resistência à introdução de novos alimentos e as preferências restritas são frequentemente mediadas por um processamento oral atípico, no qual a sensibilidade ao paladar e ao olfato distingue crianças com TEA das com desenvolvimento típico (1, 9, 10). Estudos recentes sugerem, inclusive, uma sobreposição significativa entre a seletividade no TEA e o Transtorno de Ingestão Alimentar Evitativo/Restritivo (ARFID), em que a evitação baseada em sensações e o medo de consequências aversivas prejudicam severamente a qualidade de vida social (11, 12).

Para além do impacto nutricional, a dinâmica alimentar no TEA ultrapassa o âmbito biológico da nutrição, consolidando-se como um dos principais fatores de vulnerabilidade ao equilíbrio sistêmico da família (13, 14). O momento da refeição, originalmente associado à interação social, passa a ser vivenciado como um evento de estresse crônico, caracterizado por episódios de irritabilidade e comportamentos inflexíveis (15, 16). Apesar de a literatura focar na mensuração da seletividade com base nos comportamentos da criança, nota-se uma escassez de investigações sobre a perspectiva do cuidador, cuja saúde

mental é diretamente afetada por essa disfunção (15, 16). A sobrecarga decorrente desse processo é intensificada pelo isolamento e pela percepção de incompetência parental, cenário substancialmente agravado em contextos de transição cultural, como o das famílias brasileiras que migraram para o exterior (9, 15).

Nesse cenário, a relação entre o comportamento alimentar da criança e as estratégias parentais é complexa e bidirecional (17). Quando o estresse familiar torna-se crônico, estabelecem-se dinâmicas relacionais de difícil ruptura: a ansiedade do cuidador durante as refeições é transferida para a criança, o que potencializa a recusa alimentar e instaura um ciclo de hipervigilância mútua (16, 17). Práticas parentais que variam entre a permissividade e a insistência impositiva acabam, involuntariamente, por reforçar a rigidez comportamental da criança e agravar o isolamento social da família (9, 18).

Sob essa perspectiva, intervenções centradas exclusivamente no comportamento infantil, que negligenciam a regulação emocional do adulto, tendem a apresentar baixa sustentabilidade no ambiente doméstico. Tornar os pais protagonistas da intervenção, instrumentalizando-os para converter a reatividade emocional em mediação estratégica, é o caminho mais promissor para aliviar o peso emocional e devolver ao núcleo familiar a percepção de autoeficácia (19-21). Desta forma, os presentes estudos justificam-se pela necessidade de investigar como o suporte técnico e a capacitação parental podem transformar o estresse alimentar em um manejo estratégico, promovendo a estabilização comportamental da criança e o bem-estar coletivo.

REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO GERAL

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Ausderau K, Furlong M, Sideris J, Bulluck J, Little LM, Watson LR, et al. National Survey of Sensory Features in Children with ASD: Factor Structure of the Sensory Experience Questionnaire (3.0). *J Autism Dev Disord*. 2014;44(4):915-25.
3. Mezzelani A, Landini M, Facchiano F, Raggi ME, Villa L, Molteni M, et al. Environment, dysbiosis, immunity and sex-specific susceptibility: a translational hypothesis for regressive autism pathogenesis. *Nutrients*. 2014;6(6):2203-61.
4. Miyajima A, Tateyama K, Fuji S, Nakaoka K, Hirao K, Higaki K. Development of an Intervention Programme for Selective Eating in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Phys Ther Sci*. 2014;26(12):1979-84.
5. Kirby AV, White TJ, Baranek GT. Caregiver strain and sensory features in children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Am J Occup Ther*. 2015;69(5):6905185040p1-9.
6. McCormick C, Hepburn S, Young GS, Rogers SJ. Sensory symptoms in children with autism spectrum disorder, other developmental disorders and typical development: A longitudinal study. *Autism*. 2016;20(6):756-69.
7. Bearss K, Burrell TL, Stewart CE, Scahill L. Effect of Parent Training on Adaptive Behavior in Children With Autism Spectrum Disorder and Disruptive Behavior: Results of a Randomized Clinical Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(11):884-92.
8. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(5):549-55.
9. Aguiar MCM, Pondé MP. Autism: impact of the diagnosis in the parents. *J Bras Psiquiatr*. 2020;69(3):149-55.
10. Smith B, Rogers SL, Blissett J, Ludlow AK. The relationship between sensory sensitivity, food fussiness and food preferences in children with neurodevelopmental disorders. *Appetite*. 2017;119:108-15.
11. Bourne L, Mandy W, Bryant-Waugh R. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(6):691-700.
12. Calisan Kinter R, Ozbaran B, Inal Kaleli I, Kose S, Bildik T, Ghaziuddin M. The Sensory Profiles, Eating Behaviors, and Quality of Life of Children with Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatr Q*. 2024;95(1):85-106.
13. Cupertino APR, Magalhães LC. Seletividade alimentar e o perfil sensorial em crianças com transtorno do espectro autista. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2019;30(1):1-9.

14. Leader G, Tuohy E, Chen JL, Mannion A, Gilroy SP. Feeding Problems, Gastrointestinal Symptoms, and Binge Eating in Children and Adolescents with Autism Spectrum. *J Autism Dev Disord*. 2020;50(2):635-48.
15. Curtin C, Hubbard K, Anderson SE, Mick E, Must A, Bandini LG. Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(10):3308-17.
16. Zobel-Lachiusa J, Andrianopoulos MV, Mailloux Z, Cermak SA. Sensory Differences and Mealtime Behavior in Children With Autism. *Am J Occup Ther*. 2016;70(2):7002220010p1-8.
17. Thorsteinsdottir SA, Olsen AA, Olafsdottir AA. Fussy Eating among Children and Their Parents: Associations in Parent-Child Dyads, in a Sample of Children with and without Neurodevelopmental Disorders. *Nutrients*. 2021;13(7):2196.
18. Oliveira JSF, Pondé MP. Seletividade alimentar em crianças com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão de literatura. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200674.
19. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
20. Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL. The Autism MEAL Plan: a parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism*. 2014;18(6):712-22.
21. Lázaro CP, Pondé MP. Narratives of mothers of children with autism spectrum disorders: focus on eating behavior. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(3):180-7.

ARTIGO 1

ESTRESSE ALIMENTAR E SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) frequentemente apresenta alterações no processamento sensorial e no comportamento, o que pode intensificar a seletividade alimentar e aumentar o estresse familiar durante as refeições. **Objetivo:** Avaliar o impacto de uma intervenção mediada por cuidadores, baseada em acompanhamento sistemático e na instrumentalização parental, sobre o comportamento alimentar de crianças com TEA, incluindo estratégias de manejo, mediação comunicativa e organização do contexto das refeições. **Metodologia:** Estudo qualitativo, quantitativo e observacional, realizado com uma amostra de 15 crianças brasileiras (n=15), com idades entre 2,5 e 10 anos, residentes em Toronto, Canadá. A intervenção de seis semanas incluiu consultas semanais (presenciais e por teleatendimento) e o uso de diários de monitoramento alimentar. Utilizou-se a escala *Brief Autism Mealtime Behavior Inventory* (BAMBI) em dois momentos (T0 e T1), com um intervalo de 6 semanas entre eles. **Resultados:** A análise estatística foi realizada por meio do teste de Wilcoxon, e observou-se redução significativa na seletividade e na recusa alimentar. **Implicações:** Os achados indicam que a mediação parental reduz a recusa alimentar ativa no curto prazo (6 semanas), antes mesmo da expansão do repertório alimentar. Além disso, reforçam que o manejo do estresse familiar e do comportamento à mesa deve ser considerado uma etapa inicial importante na terapia alimentar no TEA. **Conclusão:** Conclui-se que a intervenção mediada por cuidadores foi eficaz na redução da recusa alimentar e na melhoria do ambiente das refeições em crianças com TEA, mesmo no curto prazo. Os achados sugerem que mudanças comportamentais ocorrem antes da ampliação da variedade alimentar, o que destaca a importância do fortalecimento e da instrumentalização parental no manejo das dificuldades alimentares.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Seletividade Alimentar; Educação Parental; Comportamento Alimentar.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e na interação social, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Essas manifestações variam em intensidade e em impacto funcional, de acordo com o perfil individual e o ambiente no qual a criança está inserida (1,2). No domínio do processamento sensorial, indivíduos com TEA frequentemente apresentam respostas atípicas a estímulos ambientais, expressas como hipersensibilidade ou hipossensibilidade a sons, luzes, cheiros, gostos e, especialmente, texturas alimentares (2–4). Tais particularidades sensoriais afetam diretamente as experiências corporais e a interação com o meio, representando desafios significativos em atividades da vida diária, como o sono e a alimentação (5,6).

A seletividade alimentar constitui uma das manifestações mais prevalentes no TEA (7,8). Essa condição caracteriza-se por repertório alimentar restrito, recusa à introdução de novos alimentos e forte preferência por determinadas texturas, temperaturas ou apresentações, o que reflete uma complexa interação entre fatores sensoriais, comportamentais e ambientais (6–8). Estudos recentes indicam uma sobreposição entre a seletividade alimentar no TEA e o Transtorno de Ingestão Alimentar Evitativo/Restritivo (ARFID), no qual a evitação alimentar baseada em sensações desagradáveis ou no medo de consequências adversas pode comprometer significativamente a saúde e a qualidade de vida (9,10). Bourne et al. (2022) destacam que crianças com TEA que preenchem critérios diagnósticos para ARFID apresentam escores mais elevados nas subescalas de baixo apetite e de restrição alimentar, além de maior prejuízo na vida social (9). Malhi et al. (2021) observaram que estímulos ambientais, como ruídos de conversas ou de talheres durante as refeições, podem desencadear reações exacerbadas em crianças com TEA, levando à rejeição alimentar e à ruptura de padrões habituais, enquanto Farag et al. (2021) relataram preferência acentuada por carboidratos em detrimento de frutas e vegetais, resultando em dietas nutricionalmente pobres (11,12).

Além das implicações nutricionais, as dificuldades alimentares no TEA estão intimamente associadas à dinâmica familiar, constituindo frequentemente uma fonte significativa de estresse para os cuidadores (13–15). Pais de crianças com TEA apresentam níveis significativamente mais elevados de estresse do que os pais de crianças com desenvolvimento típico, sobretudo diante de comportamentos alimentares persistentes de recusa e de rigidez (16,17). A relação entre o comportamento alimentar da criança e as estratégias parentais é dinâmica e bidirecional (18). Atitudes que variam entre a permissividade e a insistência excessiva podem, inadvertidamente, reforçar a monotonia alimentar e o isolamento social da família (9,19). Esse ciclo interacional retroalimenta o estresse familiar e intensifica as dificuldades nas refeições.

Nesse contexto, intervenções centradas exclusivamente na modificação do comportamento da criança tendem a apresentar eficácia limitada no ambiente doméstico, uma vez que não contemplam o papel ativo do cuidador na mediação alimentar (17,18). Em contraste, intervenções mediadas por cuidadores, especialmente as baseadas em programas estruturados de treinamento parental, demonstram resultados significativos na redução de comportamentos disruptivos durante as refeições e na melhora do manejo emocional dos pais (20–22). Ainda assim, permanecem escassos os estudos que examinam simultaneamente os efeitos dessas intervenções sobre o comportamento alimentar infantil e as variáveis psicossociais dos cuidadores, como a percepção de autoeficácia e o estresse, especialmente em contextos culturais diversos, como o das famílias brasileiras residentes no exterior (9,17). Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção mediada por cuidadores sobre o comportamento alimentar de crianças com TEA, investigando também seu impacto na dinâmica familiar e na percepção de autoeficácia dos cuidadores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo piloto, longitudinal, quase experimental, com delineamento pré- e pós-intervenção, sem grupo de comparação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná (CAAE 92628225.1.0000.8040) e conduzido de acordo com as diretrizes da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da participação no estudo.

OBJETIVO

Objetivo Geral: Avaliar a eficácia de uma intervenção estruturada, baseada em antecedentes e mediada por cuidadores, na redução da seletividade alimentar e do estresse do sistema familiar em crianças com TEA.

Objetivos Específicos: Comparar a variabilidade longitudinal e a magnitude da mudança dos escores de comportamento alimentar infantil entre o baseline (T0) e o período pós-intervenção (T1), utilizando o instrumento BAMBI. Verificar se a estratificação por idade cronológica dos participantes (2 a 5 anos versus 6 a 10 anos) atua como variável interveniente na responsividade clínica ao protocolo implementado.

Participantes

O recrutamento inicial incluiu 21 famílias elegíveis para a pesquisa. Todavia, a amostra final foi delimitada a 15 participantes que completaram integralmente o protocolo de intervenção e as avaliações pré- e pós-teste. Ocorreu uma perda amostral de 6 participantes, motivada por incompatibilidade de horários, dificuldades de adesão contínua às sessões ou desistência ao longo do processo.

Para verificar a influência da idade na resposta à intervenção, os indivíduos foram categorizados em dois grupos etários: de 2 a 5 anos e de 6 a 10 anos. A análise comparativa entre esses grupos foi realizada com base nos escores de diferença (Delta), calculados pela subtração dos valores obtidos no momento inicial (T0) e no final (T1) de cada domínio do instrumento BAMBI (22). Dada a natureza da amostra e a distribuição dos dados, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney U* para comparar as variações entre as faixas etárias. Todas as análises foram conduzidas no software JAMOVI (versão 2.4) (23, 24), adotando-se um nível de significância de 5%.

Critérios de inclusão

Foram incluídas crianças com diagnóstico clínico de TEA confirmado por laudo médico ou multiprofissional, que apresentavam dificuldades alimentares caracterizadas por recusa alimentar, repertório alimentar restrito ou preferências sensoriais atípicas, conforme relato dos cuidadores e triagem clínica inicial.

Critérios de exclusão

Foram excluídas crianças com síndromes genéticas, condições neurológicas graves e aquelas submetidas a dietas restritivas específicas, como a dieta isenta de glúten e caseína (GFCF). A exclusão visou reduzir fatores de confusão relacionados a restrições dietoterápicas prévias ou condições médicas que pudessem influenciar o comportamento alimentar.

Instrumento

Foi aplicado o Inventário BAMBI, inspirado em medidas de avaliação familiar, como o *Questionnaire on Resources and Stress – Friedrich Short Form* (QRS-F) (25), reforçando sua relevância para a compreensão do comportamento alimentar no contexto familiar sistêmico. Embora seja focado no comportamento da criança durante as refeições, suas subescalas permitem inferir impactos na dinâmica emocional dos cuidadores. O inventário BAMBI é composto por 18 itens, mensurados por meio de uma escala *Likert* de 5 pontos, cujos escores variam de 1 (“nunca”) a 5 (“sempre”). A estrutura do instrumento organiza-se em três domínios fundamentais que permitem uma análise multidimensional do

comportamento alimentar. A primeira é a seletividade alimentar, que avalia a restrição do repertório alimentar e as preferências por características sensoriais específicas. A segunda é a recusa alimentar, que mensura comportamentos de oposição e resistência ativa da criança à participação na refeição de forma funcional; por fim, os comportamentos disruptivos nas refeições identificam padrões de rigidez, rituais e reações emocionais exacerbadas associados às interações alimentares.

A relevância clínica deste último domínio reside na sua correlação direta com a dimensão da sobrecarga familiar, fundamentada no QRS-F (25). Ao analisar esses aspectos, o instrumento ajuda a compreender como a reatividade da criança intensifica a sobrecarga emocional e o estresse no ambiente doméstico. Dessa forma, o estudo não se limita a observar o que a criança come, mas também documenta a redução da tensão e do desgaste emocional de quem cuida. Esses fatores são fundamentais para que as mudanças alcançadas se mantenham no dia a dia e para que a saúde mental de toda a família seja preservada no contexto do TEA.

Procedimentos

A intervenção foi conduzida ao longo de seis semanas, em modalidade híbrida (presencial e teleatendimento), com acompanhamento sistemático dos cuidadores conforme descrito no Quadro 1. O protocolo foi estruturado de forma progressiva, contemplando etapas de psicoeducação, organização do ambiente alimentar, fortalecimento da interação cuidador-criança, estratégias de autorregulação e introdução gradual de novos alimentos.

A escolha da duração de seis semanas fundamentou-se em evidências de estudos sobre intervenções psicológicas e comportamentais de baixa intensidade, que demonstram que os maiores ganhos clínicos costumam ocorrer nas primeiras semanas de implementação (26). Esses estudos apontam uma relação dose-resposta não linear, indicando que mudanças significativas tendem a emergir precocemente, enquanto protocolos prolongados estão mais sujeitos à evasão e à fadiga dos participantes. Assim, optou-se por um ciclo breve, porém intensivo, capaz de capturar respostas comportamentais iniciais e maximizar a

adesão das famílias, preservando a validade ecológica e a viabilidade do acompanhamento em contextos multiculturais.

Os cuidadores foram orientados a registrar diariamente as refeições em um diário alimentar, incluindo informações sobre a aceitação dos alimentos, os comportamentos observados e o contexto das refeições. Esses registros foram utilizados como suporte ao monitoramento da intervenção e à análise qualitativa do processo. A aplicação do BAMBI ocorreu em dois momentos: antes do início da intervenção (T0) e ao final das seis semanas (T1), permitindo a comparação dos escores e a avaliação das mudanças no comportamento alimentar ao longo do período.

Síntese do Protocolo Operacional

Quadro 1. Fluxo Metodológico da Intervenção e Acompanhamento Longitudinal

Etapa / Período	Foco da Intervenção	Objetivos Terapêuticos e Atividades	Instrumentos e Registros
Etapa 1 (T0)	Baseline e Triagem	Triagem inicial e assinatura do TCLE. Definição do perfil comportamental e dos desafios alimentares basais.	Escala BAMBI (Pré)
Semana 1	Psicoeducação e Ambiente	Organização do cenário alimentar; retirada de distratores; estabelecimento de previsibilidade e de limites claros.	Diário de Registro Alimentar
Semana 2	Aliança Terapêutica	Fortalecimento do vínculo e das interações responsivas. Foco na redução da reatividade autonômica e do estresse basal.	Diário de Registro Alimentar
Semana 3	Prontidão Sensória	Exercícios de autorregulação e de aquecimento lúdico. Introdução à Comunicação Alternativa (CAA) para a agência da criança.	Diário de Registro Alimentar
Semana 4	Implementação Prática	Treinamento em estratégias de contingência e de aproximação sucessiva. Início da exposição gradual a novos alvos alimentares.	Diário de Registro Alimentar
Semana 5	Refinamento de Linguagem	Modelagem de linguagem assertiva, uso de elogios específicos e de perguntas abertas para fomentar o diálogo à mesa.	Diário de Registro Alimentar
Semana 6	Alta e Sustentabilidade	Síntese das estratégias eficazes e do plano de manutenção para a rotina doméstica. Reforço da autoeficácia parental.	Diário de Registro Alimentar
Etapa 2 (T1)	Avaliação Pós-Intervenção	Reaplicação do instrumento para mensurar variações nos escores e analisar o impacto na dinâmica familiar.	Escala BAMBI (Pós)

A organização cronológica apresentada reflete o planejamento estruturado do suporte oferecido, garantindo que o avanço entre as fases do protocolo respeite o ritmo de progressão e a flexibilidade de cada família. Esse encadeamento gradual foi fundamental para que as estratégias parentais fossem aplicadas com segurança, permitindo a transformação de orientações teóricas em práticas integradas à rotina alimentar. A associação entre o acompanhamento semanal e os diários de registro domiciliar viabilizou a constituição de um banco de dados consistente, capaz de demonstrar o impacto direto do suporte técnico nos avanços observados ao final das seis semanas. Esse monitoramento longitudinal garantiu que cada etapa da intervenção fosse assimilada de forma segura e sistemática por cuidadores e crianças.

Análise estatística

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, utilizando o software jamovi (versão 2.4) (23), baseado na linguagem R (versão 4.1) (24). Considerando o tamanho reduzido da amostra e a distribuição não paramétrica dos dados, aplicou-se o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, com o objetivo de comparar os escores do BAMBI entre os momentos pré-intervenção (T0) e pós-intervenção (T1). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A análise comparativa entre as faixas etárias não revelou diferenças estatisticamente significativas na magnitude da mudança dos escores entre os momentos T0 e T1 (Tabela 1). Tanto para o Score Total quanto para os domínios específicos Seletividade e Recusa Alimentar (Delta_STRA), Comportamento Alimentar (Delta_STCTEA) e Variedade Alimentar (Delta_STVL), observou-se que indivíduos de 2 a 5 anos e de 6 a 10 anos apresentaram respostas semelhantes à intervenção ($p > 0,05$). Esses achados sugerem que a eficácia da instrumentalização dos cuidadores na redução da seletividade alimentar não foi influenciada pela idade cronológica dos indivíduos na faixa etária estudada.

Tabela 1- Comparação da evolução dos escores (Delta) entre as faixas etárias

	Grupo	N	Média	Mediana	IIQ	p
Delta_STRA	2 a 5 anos	8	-2.75	-1.00	4.25	0.559
	6 a 10 anos	7	-3.429	-2.00	4.00	
Delta_STCTEA	2 a 5 anos	8	1.13	1.00	3.25	0.724
	6 a 10 anos	7	0.714	1.00	2.00	
Delta_STVL	2 a 5 anos	8	-1.50	1.00	6.75	0.770
	6 a 10 anos	7	0.429	0.00	2.50	
Delta_Score	2 a 5 anos	8	-3.13	-3.50	9.50	0.728
	6 a 10 anos	7	-2.286	-2.00	7.50	

Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas

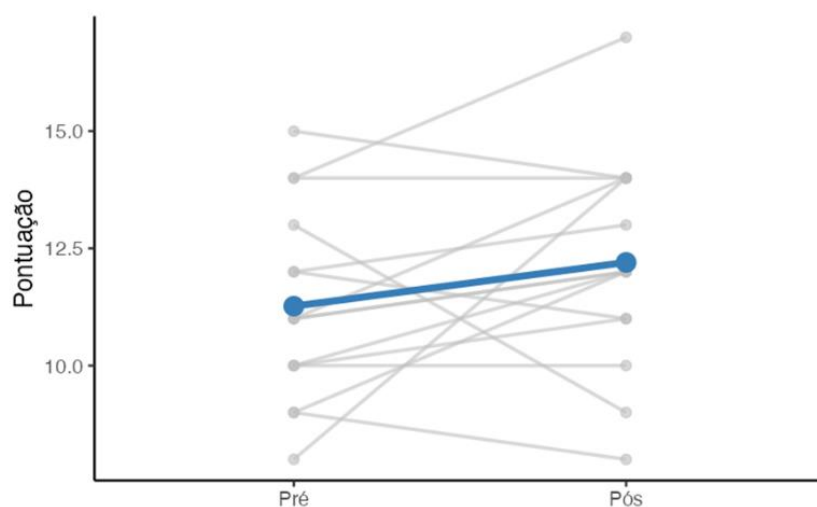
(*) Significância estatística para $p < 0,05$.*

A análise visual dos gráficos evidencia uma variação descendente consistente no domínio STRA, o que reflete a redução da recusa ativa. Essa tendência foi observada em cerca de 80 % dos participantes, o que reforça a efetividade do componente de treinamento parental. Nos demais domínios, predominaram pequenas flutuações, sem um padrão homogêneo de melhora. Esses resultados sugerem que intervenções de curta duração, centradas na mudança da postura parental, são suficientes para promover ajustes iniciais na aceitação alimentar, mesmo antes da expansão sensorial e nutricional.

Para facilitar a compreensão dos dados colhidos e do impacto emocional da intervenção, os resultados foram apresentados por meio de gráficos que ilustram a trajetória de cada participante. As linhas cinzas representam a jornada individual de cada família, conectando o seu estado inicial (Pré) ao momento final (Pós), capturando a redução da carga de estresse parental à medida que a linha de recusa alimentar declina. A linha colorida central sintetiza a média do grupo, indicando a direção principal da mudança: o declínio desta linha em STRA reflete não apenas uma mudança numérica, mas também uma melhora clínica na qualidade de vida e no bem-estar do núcleo familiar em Toronto.

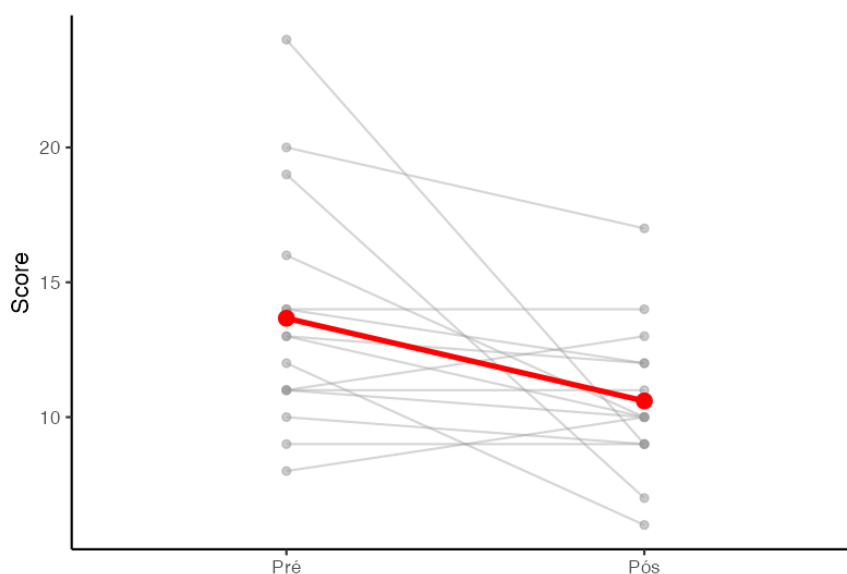
A Figura 1 apresenta a evolução das características específicas do TEA durante as refeições. A linha azul, que se eleva do momento pré-intervenção ao pós-intervenção, destaca o progresso médio do grupo rumo a comportamentos mais funcionais. Ao observarmos as linhas cinzas, que conectam cada paciente individualmente, percebemos as trajetórias únicas dessas famílias: cada subida representa uma pequena vitória na flexibilização de rituais e na redução da rigidez. Esse movimento ascendente simboliza que, com o suporte parental, as crianças passaram a lidar de forma mais adaptativa com as demandas do ambiente alimentar.

Figura 1. Comparação dos escores de comportamentos específicos do TEA pré- e pós-intervenção (Momento T0 vs T1).



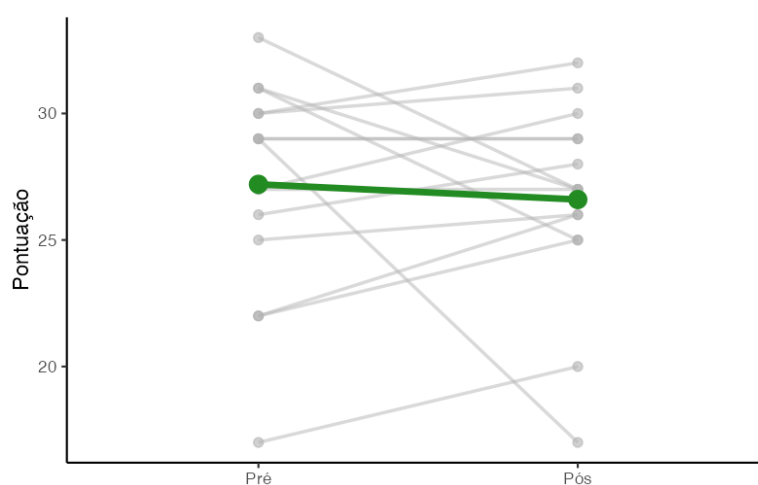
A Figura 2 ilustra a mudança mais sensível observada no cotidiano das famílias: a redução da recusa alimentar. A linha vermelha, que inicia em um patamar elevado no pré-treinamento e desce significativamente no pós-treinamento, é o retrato visual de um ambiente que se tornou menos resistente. Essa “descida” representa o momento em que as estratégias de manejo dos pais começam a surtir efeito, transformando o ato de recusar o alimento em uma postura de maior aceitação. As trajetórias individuais ao fundo reforçam que, embora cada criança tenha seu tempo, a tendência do grupo foi de uma melhora clara na harmonia à mesa.

Figura 2. Comparação dos índices de Recusa Alimentar (STRA) entre os momentos pré- e pós-intervenção.



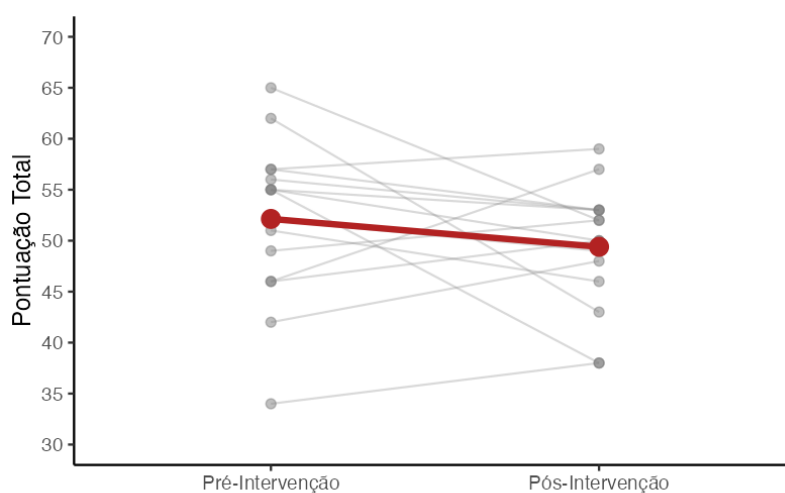
Na Figura 3, a linha verde representa a média do grupo ao longo de uma trajetória linear, com pouca variação. Esse dado revela que o incremento do cardápio e a aceitação de novos alimentos são processos complexos que exigem um tempo de intervenção e de exposição mais prolongado. Embora a análise individualizada mostre que algumas crianças iniciaram um processo de melhora, a proximidade entre as avaliações pré- e pós-intervenção reflete a estabilidade inicial dos quadros de seletividade alimentar. Consequentemente, os dados demonstram que, enquanto os comportamentos disruptivos durante as refeições diminuíram, a aceitação e o interesse por novos alimentos ainda se encontram em fase incipiente de desenvolvimento.

Figura 3. Estabilidade dos escores de Variedade Alimentar (STVL) entre os momentos pré- e pós-intervenção.



A Figura 4 sintetiza a jornada das famílias de forma global. A linha vermelha, que inicia em um patamar superior e declina no período pós-intervenção, representa a redução da carga total de comportamentos atípicos à mesa. Esse resultado reflete o fortalecimento dos pais como mediadores: ao somarmos os pequenos ganhos em cada domínio, observamos uma melhora clínica no bem-estar alimentar da criança. As trajetórias individuais ao fundo (linhas cinzas) confirmam que, para além da média do grupo, a intervenção promoveu um ambiente doméstico mais equilibrado e funcional para a maioria dos participantes.

Figura 4. Comparação do Escore Total do Inventário BAMBI entre os momentos pré- e pós-intervenção (T0 vs T1).



A análise integrada dos dados apresentados revela que a intervenção mediada pelos pais promoveu mudanças mensuráveis na dinâmica alimentar. Enquanto a elevação da linha azul (Figura 1) e o declínio da linha vermelha (Figuras 2 e 4), embora não estatisticamente significativos, evidenciam ganhos no comportamento adaptativo e na redução da resistência ativa, a estabilidade observada na linha verde (Figura 3) indica que a expansão do repertório alimentar em crianças com TEA é um processo gradual e de longo prazo. Em termos clínicos, esses resultados sugerem que o fortalecimento das competências parentais pode transformar o ambiente das refeições,

frequentemente marcado pelo estresse, em um ambiente mais previsível e funcional. O movimento das médias de grupo, corroborado pelas trajetórias individuais, confirma a eficácia do treinamento de cuidadores como estratégia para reduzir barreiras comportamentais e estabelecer bases sólidas para o desenvolvimento alimentar.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou as mudanças no comportamento alimentar de crianças com TEA após uma intervenção de curta duração, mediada por cuidadores, com duração de seis semanas. Os resultados indicaram melhora significativa no domínio STRA, sugerindo redução da resistência ativa durante as refeições, sem mudanças expressivas na variedade alimentar ou nos comportamentos disruptivos.

Tais achados corroboram a evidência de que o treinamento parental pode promover ajustes comportamentais precoces em crianças com TEA, especialmente quando direcionado ao manejo das interações durante as refeições (13,17,18). De forma semelhante, programas estruturados de capacitação parental mostram que a participação ativa dos cuidadores na mediação do comportamento alimentar contribui para o aumento da aceitação e para a redução de comportamentos de oposição (18,21).

A melhora observada no STRA reforça a hipótese de que a mudança inicial ocorre na modulação emocional do ambiente alimentar, antes da expansão efetiva do repertório alimentar. Essa fase de estabilização comportamental é fundamental, pois reduz o estresse parental e cria condições mais favoráveis para intervenções sensoriais ou nutricionais subsequentes.

O delineamento de seis semanas mostrou-se adequado para captar mudanças de curto prazo associadas à reatividade comportamental, o que confirma observações anteriores de que respostas clínicas relevantes podem emergir precocemente em protocolos de baixa intensidade (26). Intervenções prolongadas, embora potencialmente vantajosas para a ampliação do repertório alimentar, apresentam maiores taxas de abandono e custos operacionais mais elevados, especialmente em contextos de vulnerabilidade cultural ou de sobrecarga emocional dos cuidadores.

A ausência de mudança significativa nos domínios STVL e STC-TEA pode ser atribuída ao tempo de intervenção limitado. A literatura aponta que a ampliação da variedade alimentar requer múltiplas exposições, consistência no reforço e um período mais longo de adaptação sensorial (19). Do ponto de vista

clínico, os achados reforçam a importância de considerar os cuidadores como agentes centrais da mudança. A capacitação parental, ao promover previsibilidade e estratégias consistentes, favorece a redução da recusa alimentar e diminui o estresse associado às refeições (14,15). Esse resultado é especialmente relevante em programas voltados a famílias imigrantes, nos quais fatores culturais e a ausência de rede de apoio podem intensificar a sobrecarga emocional e dificultar a adesão terapêutica.

Apesar dos resultados promissores, o estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento. O tamanho reduzido da amostra ($n = 15$) e a ausência de grupo de comparação limitam a generalização dos achados e impedem inferências causais diretas. Além disso, o uso de relatos parentais como principal fonte de informação pode introduzir um viés de desejabilidade social. Futuras pesquisas devem incluir amostras maiores, grupos de comparação e acompanhamento longitudinal para avaliar a manutenção dos efeitos ao longo do tempo e examinar variáveis psicossociais, como estresse parental e autoeficácia percebida. Tais avanços contribuirão para o aperfeiçoamento de programas de treinamento parental e para a formulação de protocolos mais sustentáveis e culturalmente adaptados ao contexto brasileiro.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam que intervenções mediadas por cuidadores podem promover efeitos positivos iniciais no comportamento alimentar de crianças com TEA. Após seis semanas de intervenção, observou-se redução significativa nos comportamentos de recusa ativa e melhora na aceitação alimentar, mesmo sem mudanças expressivas na variedade de alimentos consumidos. Esses achados sugerem que ajustes na dinâmica das interações familiares precedem a ampliação do repertório nutricional e atuam como etapa inicial do processo terapêutico.

A capacitação parental mostrou-se fundamental para a redução da reatividade nas refeições, consolidando o papel dos cuidadores como agentes centrais na modulação do comportamento alimentar e na redução do estresse familiar. Essa abordagem destaca a importância de intervenções de curta duração, com foco na regulação emocional e na sustentabilidade prática em contextos domésticos e multiculturais.

Embora a amostra reduzida e a ausência de grupo controle representem limitações metodológicas, os resultados obtidos reforçam a viabilidade e a relevância clínica de protocolos breves de treinamento parental, capazes de gerar mudanças comportamentais mensuráveis em curto prazo. Estudos futuros devem ampliar o período de acompanhamento, incluir medidas diretas de estresse e de autoeficácia dos cuidadores e investigar a manutenção dos ganhos ao longo do tempo. Essas evidências poderão subsidiar a elaboração de programas de intervenção mais abrangentes, culturalmente sensíveis e alinhados às demandas reais das famílias de crianças com TEA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013.
2. Ausderau KK, Sideris J, Little LM, Furlong M, Bulluck J, Baranek GT. National survey of sensory features in children with ASD: factor structure of the Sensory Experience Questionnaire (3.0). *J Autism Dev Disord*. 2014;44(4):915–25.
3. McCormick C, Hepburn S, Young GS, Rogers SJ. Sensory symptoms in children with autism spectrum disorder, other developmental disorders and typical development: a longitudinal study. *Autism*. 2016;20(6):756–69.
4. Kirby AV, White TJ, Baranek GT. Caregiver strain and sensory features in children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Am J Occup Ther*. 2015;69(5):6905185030p1–9.
5. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(5):549–56.
6. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak SA, Evans EW, Scampini R, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr*. 2010;157(2):259–64.
7. Smith B, Rogers SL, Blissett J, Ludlow AK. The relationship between sensory sensitivity, food fussiness and food preferences in children with neurodevelopmental disorders. *Appetite*. 2017;108:1–7.
8. Leader G, Tuohy E, Chen JL, Mannion A, Gilroy SP. Feeding problems, gastrointestinal symptoms, and autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2020;50:140–55.
9. Bourne L, Mandy W, Bryant-Waugh R. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: a scoping review. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(6):691–700.
10. Calisan Kinter R, Ozbaran B, Inal Kaleli I, Kose S, Bildik T, Ghaziuddin M. The sensory profiles, eating behaviors, and quality of life of children with autism spectrum disorder and ARFID. *Psychiatr Q*. 2024;95(1):85–106.
11. Malhi P, Venkatesh L, Bharti B, Singhi P. Environmental noise and mealtime behaviors in children with autism spectrum disorder. *Indian J Pediatr*. 2021;88(9):874–879.
12. Farag AM, Al-Ayadhi LY, Al-Dbass AM. Dietary patterns and carbohydrate preferences in children with autism spectrum disorder. *Nutrients*. 2021;13(4):1205.
13. Curtin C, Hubbard K, Anderson SE, Mick E, Must A, Bandini LG. Food selectivity, mealtime behavior problems, and family stress in children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45:3308–15.
14. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(3):629–42.

15. Zaidman-Zait A, Mirenda P, Zumbo BD, Wellington S, Dua V, Kalynchuk K. Bidirectional relationships between parent stress and two types of problem behavior in children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2014;44:1908–17.
16. Thorsteinsdottir SA, Olsen AA, Olafsdottir AA. Fussy eating among children and their parents: associations in parent–child dyads. *Nutrients.* 2021;13(7):2196.
17. Bearss K, Johnson C, Handen B, Smith T, Scahill L. Effect of parent training on adaptive behavior in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(11):884–92.
18. Johnson CR, Brown K, Hyman SL, Brooks MM, Aponte C, Levato L, et al. Parent training for feeding problems in children with autism spectrum disorder: initial randomized trial. *J Pediatr Psychol.* 2019;44(2):164–75.
19. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *J Autism Dev Disord.* 2013;43:2159–73.
20. Johnson CR, Foldes E, DeMand A, Levy SE. Behavioral parent training to address feeding problems in children with autism spectrum disorder: a pilot trial. *J Dev Phys Disabil.* 2015;27(5):591–607.
21. Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL. The Autism MEAL Plan: a parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism.* 2014;18(6):712–22.
22. Lukens CT, McGrath AM, Sharp WG. Assessment of mealtime behaviors in autism: development and validation of the Brief Autism Mealtime Behavior Inventory (BAMBI). *J Autism Dev Disord.* 2011;41(11):1452–1464.
23. The jamovi project. jamovi (Version 2.4) [Computer Software]. Sydney (AU); 2023. Available from: <https://www.jamovi.org>
24. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing (Version 4.1). Vienna (Austria): R Foundation for Statistical Computing; 2022. Available from: <https://www.r-project.org>
25. Friedrich WN, Greenberg MT, Crnic K. A short-form of the Questionnaire on Resources and Stress. *Am J Ment Defic.* 1983;88(1):41–48.
26. Delgadillo J, McMillan D, Lucock M, Leach C, Ali S, Gilbody S. Early changes, attrition, and dose–response in low intensity psychological interventions. *Br J Clin Psychol.* 2014;53(2):114–30.

ARTIGO 2

Percepções de cuidadores sobre o estresse alimentar em crianças com Transtorno do Espectro Autista: análise qualitativa antes e após intervenção parental

RESUMO

A seletividade alimentar no Transtorno do Espectro Autista (TEA) ultrapassa a dimensão estritamente biológica da nutrição, atuando como um estressor crônico no sistema familiar e comprometendo o bem-estar psicológico do cuidador.

Objetivo: Analisar as vivências e os significados atribuídos por cuidadores de crianças com TEA ao estresse alimentar, investigando como os desafios na dinâmica das refeições impactam o núcleo familiar em contextos de transição cultural. **Metodologia:** A amostra reuniu 15 cuidadores brasileiros estabelecidos em Toronto, Canadá, cujas percepções foram coletadas por meio de questionários de resposta livre e analisadas por meio da análise de conteúdo.

Resultados: Os resultados pré-intervenção (T0) revelaram um cotidiano marcado por sobrecarga emocional, culpa e desorganização das rotinas diárias. Contudo, o suporte técnico sistemático (T1) viabilizou a reconfiguração dessas práticas, substituindo a reatividade emocional por estratégias de mediação planejadas. **Conclusão:** Conclui-se que a capacitação no ambiente doméstico resgatou a percepção de autoeficácia parental e reestruturou os hábitos familiares, atenuando significativamente o desgaste do cuidador. A transição de uma postura de vigilância ansiosa para uma conduta analítica e acolhedora consolidou as competências necessárias ao manejo sustentável da seletividade alimentar no contexto familiar.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Seletividade Alimentar; Estresse do Cuidador; Intervenção Precoce.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits persistentes na comunicação social e pela presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (1). Além dessas características centrais, indivíduos com TEA frequentemente apresentam alterações no processamento sensorial, incluindo hipersensibilidade ou hipossensibilidade a estímulos ambientais, o que pode impactar significativamente as atividades da vida diária, especialmente as relacionadas à alimentação (2–4).

Entre as dificuldades alimentares observadas nessa população, a seletividade alimentar destaca-se como uma das manifestações mais prevalentes e clinicamente relevantes (5,6). Crianças com TEA frequentemente apresentam repertório alimentar restrito, recusa-se à introdução de novos alimentos e apresenta preferência rígida por determinadas texturas, sabores, temperaturas ou apresentações visuais (7,8). Esses comportamentos estão associados não apenas às alterações sensoriais, mas também à rigidez comportamental, à ansiedade diante da novidade e às dificuldades de flexibilidade cognitiva frequentemente observadas no espectro autista (8,9).

Além das repercussões nutricionais, as dificuldades alimentares no TEA exercem um impacto importante na dinâmica familiar. As refeições, que tradicionalmente representam momentos de interação social e convivência, frequentemente se tornam situações marcadas por tensão, antecipação de conflito e desgaste emocional (10–12). Estudos demonstram que pais de crianças com TEA apresentam níveis significativamente mais elevados de estresse quando comparados aos pais de crianças com desenvolvimento típico, especialmente diante de comportamentos disruptivos persistentes durante as refeições (13).

A relação entre o comportamento alimentar da criança e as respostas emocionais dos cuidadores é bidirecional. Quanto maiores a recusa alimentar e a rigidez da criança, maiores tendem a ser os níveis de ansiedade, insegurança e frustração parental. Por outro lado, respostas parentais marcadas por insistência excessiva, permissividade ou reatividade emocional podem contribuir

para a manutenção de padrões alimentares disfuncionais (14,15). Esse ciclo interacional favorece a cronificação do estresse alimentar familiar e dificulta mudanças sustentáveis no ambiente doméstico.

Nesse contexto, intervenções centradas exclusivamente na criança têm demonstrado limitações importantes, especialmente por não contemplarem o papel ativo dos cuidadores na mediação das experiências alimentares (15,16). Em contraste, programas de treinamento parental e intervenções mediadas por cuidadores vêm sendo descritos como estratégias promissoras para o manejo das dificuldades alimentares no TEA, promovendo a melhora do comportamento alimentar da criança, a redução do estresse familiar e o fortalecimento da autoeficácia parental (16–18).

Apesar do crescimento das pesquisas na área, ainda são limitados os estudos que investigam qualitativamente a experiência subjetiva dos cuidadores diante do estresse alimentar e das mudanças percebidas após intervenções parentais, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e cultural, como o de famílias migrantes (11,12). Compreender essas vivências é fundamental para ampliar a elaboração de estratégias terapêuticas centradas na família e mais próximas das demandas do cotidiano.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo investigar as percepções de cuidadores sobre o estresse alimentar e a dinâmica das refeições antes e após uma intervenção mediada por cuidadores em crianças com TEA.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, longitudinal e descritivo, vinculado a uma intervenção mediada por cuidadores voltada ao manejo das dificuldades alimentares em crianças com TEA. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), sob CAAE nº 92628225.1.0000.8040, e todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente, 21 famílias foram selecionadas e consideradas elegíveis para participar do estudo. Contudo, a amostra final foi composta por 15

cuidadores que concluíram integralmente o protocolo de intervenção e todas as etapas da avaliação longitudinal (pré- e pós-intervenção), o que corresponde a uma taxa de retenção de 71,4%. As perdas amostrais decorreram de critérios de descontinuação voluntária, justificados por dificuldades na adesão ao cronograma de acompanhamento, incompatibilidade de horários com as rotinas domésticas e desistência formal durante o processo intervencional.

Participaram da pesquisa cuidadores brasileiros residentes em Toronto, Canadá, responsáveis por crianças com diagnóstico clínico prévio de TEA, com idades entre 2,5 e 10 anos, que apresentavam dificuldades alimentares caracterizadas por seletividade alimentar, recusa alimentar ou repertório alimentar restrito. A intervenção foi realizada ao longo de seis semanas e incluiu acompanhamento parental semanal, orientações sobre manejo alimentar, estratégias de organização do ambiente das refeições e o uso de um diário alimentar domiciliar.

Os dados qualitativos foram coletados em dois momentos, antes e após a intervenção, por meio de questionários abertos elaborados para investigar a percepção dos cuidadores sobre o comportamento alimentar da criança, o impacto emocional das refeições, as dificuldades enfrentadas no cotidiano familiar e as mudanças percebidas após o acompanhamento. Os dados foram analisados segundo os princípios da Análise de Conteúdo de Bardin, com o objetivo de identificar padrões relacionados ao estresse alimentar, à dinâmica familiar e à percepção de autoeficácia parental após a intervenção.

OBJETIVO

Objetivo Geral: Compreender as vivências e os significados atribuídos por cuidadores brasileiros imigrantes residentes em Toronto, Canadá, ao estresse alimentar e às dinâmicas interacionais durante as refeições de crianças com TEA.

Objetivos Específicos: Mapear as práticas de manejo parental adotadas no microssistema doméstico e as percepções de sobrecarga decorrentes das crises alimentares no momento inicial (T0). Analisar a transição dos padrões comportamentais e cognitivos dos cuidadores após a oferta de suporte técnico

sistemático, identificando o resgate da percepção de autoeficácia no período pós-intervenção (T1).

Crítérios de Elegibilidade e Seleção da Amostra

Crítérios de Inclusão:

Foram incluídos cuidadores de crianças com diagnóstico clínico confirmado de TEA, na faixa etária de 2,5 a 10 anos, que apresentavam dificuldades alimentares caracterizadas por seletividade alimentar persistente, conforme relato dos pais.

Crítérios de Exclusão:

Foram excluídas crianças com condições orgânicas que pudessem justificar as dificuldades alimentares, incluindo alterações estruturais ou funcionais da mastigação e da deglutição, bem como síndromes genéticas associadas, condições neurológicas graves e uso de dietas restritivas específicas, a fim de minimizar fatores de confusão.

Instrumentos e Procedimentos

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos: antes do início da intervenção (T0) e após seis semanas de acompanhamento (T1). Para a obtenção dos dados qualitativos, utilizou-se um questionário aberto, elaborado pela pesquisadora principal, contendo cinco perguntas, com o objetivo de investigar a percepção dos cuidadores sobre o comportamento alimentar da criança, o impacto emocional das refeições, as dificuldades enfrentadas no cotidiano familiar e as mudanças percebidas após a intervenção.

O questionário continha perguntas sobre a dinâmica das refeições, os níveis de estresse associados à alimentação, os sentimentos despertados no momento das refeições, as estratégias utilizadas pelos cuidadores e a percepção da evolução da criança ao longo do acompanhamento. Além do questionário, os cuidadores foram orientados a utilizar um diário alimentar domiciliar, também elaborado pela pesquisadora principal, durante o período da intervenção, no qual

registraram aspectos relacionados à aceitação alimentar, comportamentos observados durante as refeições e situações consideradas desafiadoras no cotidiano familiar. Esses registros auxiliaram no acompanhamento longitudinal das famílias e contribuíram para a compreensão contextual das experiências relatadas pelos participantes.

A intervenção parental ocorreu ao longo de seis semanas e incluiu acompanhamento semanal, orientações sobre manejo alimentar, organização do ambiente das refeições e estratégias voltadas à redução da reatividade emocional durante as refeições. Os encontros ocorreram presencialmente e/ou por teleatendimento, conforme a disponibilidade das famílias participantes.

Análise de Dados

Os dados qualitativos foram analisados segundo os princípios da Análise de Conteúdo de Bardin. O processo analítico contemplou as etapas de pré-análise, exploração do material, categorização temática e interpretação dos achados. A partir das respostas obtidas nos questionários e dos registros presentes nos diários alimentares, foram identificados padrões recorrentes relacionados ao estresse alimentar, à dinâmica familiar, às estratégias parentais e à percepção de autoeficácia dos cuidadores após a intervenção. As categorias temáticas foram organizadas de forma descritiva e interpretativa, com o objetivo de compreender as mudanças percebidas pelos participantes ao longo do acompanhamento parental e os impactos subjetivos associados ao manejo alimentar no contexto do TEA.

RESULTADOS

Os resultados da análise de conteúdo dos relatos dos 15 cuidadores foram estruturados em duas categorias temáticas principais. A organização desses eixos analíticos fundamentou-se na avaliação comparativa e longitudinal entre os momentos pré-intervenção (T0) e pós-intervenção (T1), evidenciando as principais transformações no microsistema familiar.

Categoria 1: Dinâmica familiar e manejo comportamental durante as refeições

No momento inicial (T0), os relatos evidenciaram um padrão de desorganização da rotina alimentar, caracterizado pelo uso frequente de dispositivos eletrônicos durante as refeições, pela falta de previsibilidade e pela ocorrência de conflitos entre cuidadores e crianças. Foram descritos comportamentos como recusa alimentar ativa, evasão da mesa, seletividade acentuada e rigidez quanto às características sensoriais dos alimentos.

Os cuidadores também relataram dificuldade na condução das refeições, frequentemente associada à necessidade de adaptação constante da rotina familiar para evitar episódios de desregulação emocional da criança. Após a intervenção (T1), observou-se a reorganização da rotina alimentar, incluindo o estabelecimento de horários, a redução das distrações ambientais e a maior participação da criança nas refeições. Os cuidadores relataram maior consistência no uso de estratégias estruturadas, como exposição gradual aos alimentos, oferta sem imposição e manejo mais organizado das respostas de recusa alimentar. Também foram observadas mudanças relacionadas à diminuição dos conflitos durante as refeições e à maior tolerância da criança ao contexto alimentar, mesmo na ausência de mudanças expressivas na variedade alimentar no curto prazo.

Categoria 2: Percepção de autoeficácia e regulação emocional do cuidador

No período pré-intervenção (T0), os relatos indicaram sentimentos de insegurança, frustração e dificuldade no manejo das situações alimentares, frequentemente associados a respostas reativas, como insistência excessiva, interrupção precoce das refeições e ansiedade diante da recusa alimentar.

Os cuidadores também demonstraram preocupação constante com a alimentação da criança, associando o momento das refeições a experiências de desgaste emocional e de sobrecarga familiar. No momento pós-intervenção (T1), os participantes relataram maior sensação de controle sobre as situações alimentares, além de redução da reatividade emocional diante das dificuldades apresentadas pela criança. Foram descritas estratégias de regulação emocional, como a pausa, a observação do comportamento infantil e o ajuste gradual das expectativas relacionadas à aceitação alimentar.

Os relatos também evidenciaram fortalecimento da percepção de autoeficácia parental, com maior compreensão dos fatores sensoriais e comportamentais envolvidos na alimentação da criança e maior confiança na aplicação das estratégias discutidas durante o acompanhamento.

Síntese comparativa

De forma geral, os resultados indicam uma transição de um padrão de manejo predominantemente reativo, no momento inicial, para uma abordagem mais estruturada e regulada após a intervenção. Essa mudança foi acompanhada de uma reorganização da rotina alimentar e de maior consistência nas estratégias adotadas pelos cuidadores. A Tabela 1 apresenta a síntese das principais mudanças observadas entre os momentos T0 e T1.

Esse contexto está associado a uma sobrecarga que ultrapassa as demandas práticas relacionadas à alimentação, envolvendo também desgaste psicológico e dificuldades persistentes no manejo cotidiano das situações alimentares. Conforme ilustrado na Figura 1, o comportamento alimentar da criança não se limita à restrição do repertório alimentar, mas também interfere na dinâmica familiar, na organização das refeições e na qualidade das interações estabelecidas nesse contexto. Na ausência de orientação técnica e de suporte especializado, os cuidadores frequentemente recorrem a estratégias de manejo voltadas à redução imediata de conflitos e à manutenção da rotina alimentar familiar. Embora tais estratégias nem sempre favoreçam mudanças efetivas no comportamento alimentar, representam formas de enfrentamento desenvolvidas diante das demandas contínuas associadas à seletividade alimentar no TEA.

Tabela 1. Análise Comparativa das Percepções Parentais sobre a Dinâmica Alimentar: Baseline (T0) vs. Pós-Intervenção (T1).

Eixo Temático	Percepção Inicial (T0 - Baseline)	Percepção Pós-Intervenção (T1)	Evolução Identificada
Dinâmica Familiar	Cenário "caótico", com refeições fragmentadas, uso excessivo de telas (TV) e episódios frequentes de briga e estresse à mesa.	Ambiente "mais organizado" e calmo, com a rotina de sentar-se à mesa em conjunto, sem distrações tecnológicas.	Reestruturação da Rotina: Transição da desorganização para a previsibilidade familiar.
Manejo Comportamental	Presença de recusa ativa (choro/gritos), fuga da mesa e rigidez extrema quanto às marcas e às cores dos alimentos.	Manutenção da oferta sistemática "sem forçar", respeitando o tempo de aceitação da criança e lidando com a resistência sem conflitos.	Manejo Estratégico: Substituição da reatividade por técnicas de exposição gradual.
Consciência do Processo	Foco nos aspectos negativos: necessidade de cozinhar pratos à parte, desperdício de alimentos e isolamento social.	Compreensão de que a "evolução é lenta", aceitando os dias de maior rigidez e focando na tolerância ao toque e na interação com o alimento.	Ajuste de expectativas: Percepção da alimentação como um processo de desenvolvimento contínuo.
Bem-estar do cuidador	Sentimentos de culpa ("péssima mãe"), frustração constante, medo de desnutrição e de esgotamento físico e mental.	Redução da ansiedade e eliminação do sentimento de culpa; os cuidadores relatam sentir-se "mais seguros, capazes e instrumentalizados".	Fortalecimento da Autoeficácia: Empoderamento parental e redução da sobrecarga emocional.
Regulação Emocional	Respostas baseadas no desespero (forçar a comida), perda frequente de paciência e choro isolado do cuidador.	Implementação de estratégias de regulação (pausa e respiração), foco nos "pequenos ganhos" e abandono do embate direto.	Estratégias de Regulação: Transição do enfrentamento reativo para o manejo emocional regulado.

Figura 1. Cenário Pré-Intervenção (T0)

Fonte: Autor.

Como demonstrado na Figura 2, os resultados evidenciam o fortalecimento da autoeficácia parental desses cuidadores. Ao desenvolverem maior controle sobre o manejo e menor reatividade ligada à culpa, os participantes passaram a compreender os desafios comportamentais como etapas de um processo contínuo de desenvolvimento. Esse novo equilíbrio dinâmico é mantido por meio de uma postura responsiva e do uso de incentivos positivos, o que configura um ambiente no qual o sucesso da intervenção é avaliado pela redução dos conflitos interacionais e pelo fortalecimento do vínculo afetivo e funcional entre os cuidadores e seus filhos.

A Figura 3 sistematiza a evolução clínica entre os momentos T0 e T1, demonstrando que a estabilidade emocional do ambiente e a capacitação técnica dos pais antecedem a mudança comportamental da criança. Os dados sugerem que a reorganização da rotina atua como a base necessária para que a exploração sensorial ocorra sem prejuízos emocionais, direcionando o foco do tratamento para o fortalecimento do sistema familiar em vez de uma busca isolada pela remissão da seletividade.

Figura 2. Mapeamento do cenário pós-intervenção (T1)



Fonte: Autor.

Figura 3. Pilares da Instrumentalização Parental: Da Vulnerabilidade à Autoeficácia no Manejo da Seletividade Alimentar no TEA



Fonte: Autor

Essa evolução cronológica evidencia uma transformação no padrão de enfrentamento das famílias: no período pré-intervenção, o cotidiano era marcado por respostas reativas dos cuidadores diante do esgotamento físico e das demandas comportamentais da criança. Após seis semanas de intervenção, esse cenário de incerteza foi substituído pelo desenvolvimento de competências específicas de manejo comportamental. As práticas pautadas na insistência e no conflito interacional cederam espaço à aplicação de técnicas estruturadas e ao respeito ao ritmo do desenvolvimento infantil. Os cuidadores abandonaram uma conduta reativa diante das crises e assumiram o papel de mediadores seguros no processo de introdução alimentar. Os dados indicam que o equilíbrio dinâmico no momento das refeições decorre da associação entre suporte responsivo e organização ambiental, o que permite à criança ampliar seu repertório alimentar de forma progressiva e funcional.

A evolução sistematizada na Figura 3 assenta em três pilares interdependentes que reconfiguraram a dinâmica alimentar da família. Primeiramente, a reestruturação da comensalidade permitiu a transição de um ambiente familiar caótico e dependente de telas para uma rotina baseada na conexão e na previsibilidade das refeições. Ademais, o aprimoramento do manejo estratégico permitiu substituir reações intuitivas pela aplicação de ferramentas baseadas em evidências, como o reforço positivo e a exposição gradual aos alimentos. Por fim, o incremento da autoeficácia parental converteu o sentimento de sobrecarga em percepção de competência técnica e de segurança emocional, atenuando significativamente o desgaste do cuidador.

De modo geral, o intervalo de suporte sistemático promoveu uma mudança de paradigma, na qual os cuidadores transitaram de uma postura de vigilância ansiosa a uma conduta analítica e segura. Essa evolução confirma que a organização da rotina e a estabilidade emocional da família constituem o alicerce indispensável para o desenvolvimento alimentar funcional da criança no espectro autista, estabelecendo as bases necessárias à consolidação e à generalização dos ganhos terapêuticos no ambiente doméstico.

DISCUSSÃO

A análise das narrativas dos cuidadores indica que a seletividade alimentar no TEA acarreta mudanças significativas na dinâmica familiar, especialmente nas interações durante as refeições. A comparação entre os momentos pré-intervenção (T0) e pós-intervenção (T1) sugere que o suporte técnico mediado por pais promove a reorganização das práticas alimentares e a reconfiguração das respostas parentais diante da recusa da criança. No período inicial, os relatos evidenciaram sentimentos de insegurança e vulnerabilidade no manejo das situações alimentares, comumente associados à interpretação da recusa da criança como uma falha no cuidado parental. Esses achados alinham-se a investigações que descrevem a sobrecarga em famílias de crianças no espectro autista, particularmente em contextos de vulnerabilidade social ou de transição cultural (11,12).

Após a intervenção, observou-se uma transformação na forma como os cuidadores interpretam e conduzem o comportamento alimentar. Esse processo fundamenta-se no conceito de autoeficácia de Bandura, segundo o qual o indivíduo desenvolve maior percepção de controle sobre suas ações e seus resultados (19). A substituição de respostas predominantemente reativas por estratégias estruturadas reflete uma mudança positiva nas estratégias de enfrentamento das dificuldades alimentares. A reorganização do ambiente físico e rotineiro, incluindo a redução de estímulos distratores e a implementação de rotinas previsíveis, está alinhada com achados prévios que destacam o papel do contexto familiar no comportamento de crianças com TEA (15). Estudos indicam que intervenções aplicadas no ambiente natural da criança tendem a favorecer a consistência e a generalização dos comportamentos funcionais (15,20).

A utilização de registros semanais também favoreceu a acuidade dos cuidadores, permitindo um monitoramento mais preciso dos padrões de comportamento alimentar e da evolução temporal da criança. Esse tipo de rastreamento longitudinal é descrito como uma ferramenta de alta validade clínica para apoiar processos de autorregulação parental e qualificar a tomada de decisão no ambiente doméstico (21). De modo geral, os resultados indicam a

transição de um padrão de manejo predominantemente reativo para uma abordagem estruturada e consistente, pautada na compreensão do comportamento alimentar como um processo gradual de desenvolvimento. Contudo, ressalta-se que variáveis associadas ao estresse parental e à saúde mental não foram diretamente mensuradas nesta pesquisa, de modo que tais inferências devem ser interpretadas com cautela.

O presente estudo apresenta limitações que merecem destaque, incluindo o tamanho reduzido da amostra, a ausência de grupo de controle e o uso de instrumentos baseados no autorrelato, fatores que podem introduzir vieses de percepção. O contexto particular das famílias brasileiras residentes no exterior também pode limitar a generalização dos achados à população em geral. Apesar dessas restrições metodológicas, os dados contribuem significativamente para a literatura ao ampliar a compreensão da perspectiva dos cuidadores no manejo da seletividade alimentar no TEA, enfatizando o potencial das intervenções mediadas por pais no cenário domiciliar. Investigações futuras devem aprofundar a análise desses fenômenos com delineamentos mais robustos, que incorporem a mensuração direta de variáveis emocionais e comportamentais.

CONCLUSÃO

Os achados desta investigação indicam que a percepção dos cuidadores sobre o estresse alimentar é passível de modificação, especialmente quando mediada pelo suporte técnico e pela capacitação para o manejo das refeições. Embora as manifestações da seletividade alimentar infantil apresentem relativa estabilidade no curto prazo, observou-se uma evolução na forma como os cuidadores interpretam e conduzem as rotinas alimentares.

Os resultados sugerem que a reestruturação das estratégias parentais está diretamente associada à transição de um manejo predominantemente reativo para uma abordagem estruturada e consistente, o que favorece a criação de um ambiente alimentar previsível e funcional. Essa mudança no comportamento do adulto constitui um marco inicial relevante na intervenção, servindo de alicerce para as modificações no repertório alimentar da criança. No entanto, ressalta-se que variáveis ligadas ao estresse parental e à saúde mental não foram diretamente mensuradas nesta pesquisa, de modo que tais inferências devem ser interpretadas com cautela.

Dessa forma, os dados reforçam a importância de intervenções estruturadas no contexto domiciliar e mediadas por cuidadores. Investigações futuras devem priorizar amostras ampliadas, maior tempo de acompanhamento longitudinal e a inclusão de medidas diretas de variáveis emocionais e comportamentais, visando aprofundar a compreensão da eficácia dessas intervenções na seletividade alimentar no TEA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5th ed. Washington: APA; 2013.
2. Ausderau KK, Sideris J, Little LM, Furlong M, Bulluck J, Baranek GT. National Survey of Sensory Features in children with ASD: Factor Structure of the Sensory Experience Questionnaire (3.0). *J Autism Dev Disord*. 2014;44(4):915-25.
3. McCormick C, Hepburn S, Young GS, Rogers SJ. Sensory symptoms in children with autism spectrum disorder, other developmental disorders and typical development: A longitudinal study. *Autism*. 2016;20(6):756-69.
4. Kirby AV, White TJ, Baranek GT. Caregiver strain and sensory features in children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Am J Occup Ther*. 2015;69(5):6905185030p1-9.
5. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(5):549-56.
6. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak SA, Evans EW, Scampini R, et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr*. 2010;157(2):259-64.
7. Smith B, Rogers SL, Blissett J, Ludlow AK. The relationship between sensory sensitivity, food fussiness and food preferences in children with neurodevelopmental disorders. *Appetite*. 2017;108:1-7.
8. Leader G, Tuohy E, Chen JL, Mannion A, Gilroy SP. Feeding problems, gastrointestinal symptoms, and autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2020;50:140-55.
9. Aguiar MCM, Pondé MP. Autism: impact of the diagnosis in the parents. *J Bras Psiquiatr*. 2020;69(3):149-55.
10. Bourne L, Mandy W, Bryant-Waugh R. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(6):691-700.
11. Calisan Kinter R, Ozbaran B, Inal Kaleli I, Kose S, Bildik T, Ghaziuddin M. The Sensory Profiles, Eating Behaviors, and Quality of Life of Children

- with Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatr Q.* 2024;95(1):85-106.
12. Cupertino AP, Magalhães LC. Seletividade alimentar e o perfil sensorial em crianças com transtorno do espectro autista. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2019;30:1-9.
 13. Bearss K, Johnson C, Handen B, Smith T, Scahill L. Effect of parent training on adaptive behavior in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(11):884-92.
 14. Thorsteinsdottir SA, Olsen AA, Olafsdottir AA. Fussy Eating among Children and Their Parents: Associations in Parent-Child Dyads. *Nutrients.* 2021;13(7):2196.
 15. Curtin C, Hubbard K, Anderson SE, Mick E, Must A, Bandini LG. Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2015;45:3308–15.
 16. Zobel-Lachiusa J, Andrianopoulos MV, Mailloux Z, Cermak SA. Sensory Differences and Mealtime Behavior in Children With Autism. *Am J Occup Ther.* 2016;70(2):7002250020p1–9.
 17. Johnson CR, Brown K, Hyman SL, Brooks MM, Aponte C, Levato L, et al. Parent training for feeding problems in children with autism spectrum disorder: initial randomized trial. *J Pediatr Psychol.* 2019;44(2):164–75.
 18. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *J Autism Dev Disord.* 2013;43:2159–73.
 19. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W H Freeman & Co; 1997.
 20. Cathcart AK, Tanner K, Dempsey J, Benoit D. Generalization of Parent-Mediated Feeding Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2020;50:2733–45.
 21. Burke LE, Wang J, Sevick MA. Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(1):92–102.

ANEXO 1- ESCALA BAMBI

Brief Autism Mealtime Behavior Inventory - BAMBI

(Tradução)

Pense a respeito das refeições com seu filho/ sua filha nos últimos seis meses.

Classifique as afirmações abaixo de acordo com a frequência em que ocorrem, usando a escala:

Nunca/ muito raramente	raramente	de vez em quando	frequentemente	em quase todas as refeições
1	2	3	4	5

Circule SIM se você considera tal item um problema e NÃO se não o considera um problema

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 1. Meu filho/minha filha chora ou grita durante as refeições. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 2. Meu filho/ minha filha vira o rosto ou o corpo quando vê comida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 3. Meu filho/minha filha permanece à mesa até o fim das refeições. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 4. Meu filho/minha filha cospe o que come. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 5. Meu filho/minha filha torna-se agressivo durante as refeições (ex: bate, chuta, arranha outras pessoas). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 6. Meu filho/minha filha apresenta comportamentos autolesivos durante as refeições (ex: batendo-se ou mordendo-se) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 7. O comportamento do meu filho/ minha filha perturba as refeições. (ex: empurra/ joga utensílios/ comida). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 8. Meu filho/minha filha fecha a boca quando lhe oferecem comida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 9. Meu filho/minha filha é flexível a respeito das rotinas alimentares. (ex: horários de refeições, assentos, lugares à mesa). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 10. Meu filho/minha filha está disposto a provar novos alimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 11. Meu filho/minha filha não gosta de certas comidas e não as come. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 12. Meu filho/minha filha recusa-se a comer coisas que exigem bastante mastigação. (ex: só come alimentos moles ou pastosos). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 13. Meu filho/minha filha prefere comer sempre os mesmos alimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 14. Meu filho/minha filha prefere alimentos crocantes (ex: salgadinhos e biscoitos) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 15. Meu filho/minha filha aceita ou opta por uma variedade de alimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 16. Meu filho/minha filha prefere alimentos servidos de certa forma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 17. Meu filho/minha filha prefere comer doces apenas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |
| 18. Meu filho/minha filha prefere comida preparada de determinada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SIM | NÃO |

maneira. (ex: come preferencialmente legumes crus, frituras, cereais frios).

Os seguintes itens tem pontuação reversa:

- Item 3
- Item 9
- Item 10
- Item 15

Lukens CT, Linscheid TR. Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008;38:342-352.