

# ESTILO DE VIDA DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

*(LIFESTYLE OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER)*

Ana Rebeca Lima Diógenes <sup>1</sup>  
Antônio Raigo de Lima Costa <sup>2</sup>  
Dannyel Falcão Sales <sup>3</sup>  
Rosângela Gomes dos Santos <sup>4</sup>

## RESUMO

O autismo é um transtorno que é caracterizado pela soma de déficits na comunicação social, seja verbal ou não verbal, e na interação social, além de traços de hipersensibilidade a toques e sons, estereotípias relacionadas a movimentos repetitivos ou até se alimentar somente de determinados alimentos, possuindo pouca habilidade motora, e, dependendo do grau, possui episódios de agressividade contra outros ou a si mesmo. Assim, não podemos deixar de enfatizar o benefício que um estilo de vida ativo traz para uma criança com autismo, garantindo qualidade de vida para essas crianças e seus pais e/ou responsáveis. Com isso, este estudo teve por objetivo descrever o estilo de vida de crianças com transtorno do espectro autista. A metodologia utilizada nesta pesquisa foi um estudo de campo descritivo com abordagem qualitativa que foi realizado de janeiro a julho de 2022. A população do estudo foi constituída de pais e/ou responsáveis que possuíam crianças com autismo. O método de coleta de dados utilizado foi a aplicação de questionário contendo informações sobre o estilo de vida. Em relação aos resultados, verificou-se que a maioria das crianças está estudando, quanto às características do TEA apresentam grau moderado, a maioria teve seu diagnóstico precoce, entre 1 e 2 anos de vida e que contam com acompanhamentos especializados. As atividades diárias são realizadas de forma autônoma, mesmo com dificuldades. A utilização dos meios eletrônicos foi bem alta. A prática esportiva está presente, sendo a natação a mais praticada. Os hábitos alimentares foram considerados razoáveis.

**Palavras-chaves:** Transtorno do Espectro Autista. Estilo de vida. Saúde.

<sup>1</sup> Acadêmico de graduação em Educação Física do Centro Universitário Ateneu. Unidade Lagoa. E-mail: rebecajob.diogenes@gmail.com.

<sup>2</sup> Acadêmico de graduação em Educação Física do Centro Universitário Ateneu. Unidade Lagoa. E-mail: reigolima14@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmico de graduação em Educação Física do Centro Universitário Ateneu. Unidade Lagoa. E-mail: falcãoedfisica@gmail.com

<sup>4</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Educação Física do Centro Universitário Ateneu. Unidade Lagoa. E-mail: rosangela.santos@professor.uniateneu.edu.br

## **ABSTRACT**

Autism is a disorder that is characterized by the sum of deficits in social communication, whether verbal or non-verbal, and in social interaction, in addition to traits of hypersensitivity to touches and sounds, stereotypes related to repetitive movements or even eating only certain foods, having little motor skill, and, depending on the degree, has episodes of aggression towards others or himself. Thus, we cannot fail to emphasize the benefit that an active lifestyle brings to an autistic child, bringing quality of life to these children and their parents and/or guardians. Thus, this study aimed to describe the lifestyle of children with autism spectrum disorder. The methodology that was used in this research was a descriptive field study with a qualitative approach that was carried out from January to July 2022. The study population were parents and/or guardians who had children with autism. The data collection method used was a questionnaire containing information about lifestyle. Regarding the results, it was found that, most of the children are studying, as far as the ASD characteristics are moderate, most had their early diagnosis, between 1 and 2 years of life and that they have specialized follow-up. Daily activities are carried out autonomously, even with difficulties. The use of electronic means was very high. The practice of sports is present, with swimming being the most practiced. Eating habits were considered reasonable.

**Keywords:** Autistic Spectrum Disorder. Lifestyle. Health.

## **1 INTRODUÇÃO**

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), comumente conhecido como autismo, é um distúrbio neural que atinge a fala, comportamento motor, comunicação social, seguido de comportamentos repetitivos e padronizados (APA, 2013).

A primeira vez em que o autismo foi mencionado foi no ano de 1908 pelo psiquiatra Eugen Bleuler, onde o mesmo assistia pacientes esquizofrênicos (CUNHA, 2012). Porém, em 1943, na direção do psiquiatra Leo Kanner, foi quando começaram os estudos a respeito desse transtorno, que na época era diagnosticado como 'Dano cerebral' (GRANDIN et al., 2015).

Apesar de todo avanço científico, ainda hoje o autismo não possui uma causa exata. Contudo, o diagnóstico deve ser feito em crianças a partir dos 3

anos de idade (SILVA et al., 2012). E é a partir desse diagnóstico que se pode ter um embasamento no tocante às gradualidades do TEA, sendo essas gradualidades divididas em 3 principais níveis. (CORDIOLLI et al., 2014).

O primeiro nível, a síndrome de Asperger, é considerada um nível leve diante das demais intensidades do TEA, pois exige um suporte mínimo nas atividades do cotidiano. O segundo nível do TEA, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, tem uma intensidade moderada e pode ser caracterizado tendo a presença ou não da verbalização, e a dificuldade de desenvolvimento social. Já o terceiro nível, Transtorno do Autismo, é o nível mais severo do TEA. Uma vez que, nesse nível a criança que o possui, são sensíveis a estímulos sensoriais, utilizam de verbalização direta para a fala ou nenhuma verbalização, e não lidam bem com eventos surpresas que quebrem sua rotina diária (SILVA et al., 2012).

Apesar de toda essa caracterização sobre o TEA e os principais comportamentos de cada nível, vê-se a importância de um diagnóstico preciso, pois assim tem-se uma forma mais clara do tratamento. Tratamento esse que, na maioria das vezes, perdura por toda a vida, para que haja uma melhoria na qualidade de vida da criança com autismo.

Além disso, o tratamento pode ser feito por medicação, ingestão de vitaminas e minerais para um crescimento adequadamente saudável, musicoterapia e a estimulação psicomotora, tendo acompanhamento por uma equipe que é composta por médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo (APA, 2013).

Embora haja uma equipe de excelência no acompanhamento e tratamento, não se pode deixar de enfatizar a importância da Atividade Física (AF) e a melhoria que a mesma pode trazer para o Estilo de Vida (EV) da criança com autismo. A importância que um EV bem programado e dividido em tarefas do cotidiano traz, é uma diferenciação para que a criança com TEA possua horas e intervalos para cada momento. Podendo dessa forma ser inserida atividade física leve, sejam brincadeiras lúdicas ou coletivas, que contribuem para o desenvolvimento social, físico e psíquico, evitando assim também uma vida sedentária.

Ademais, o benefício que a AF traz para a criança com autismo é a estimulação cerebral em determinados pontos que podem contribuir para que

se sinta mais motivada e feliz, redução nos episódios de agressão, pois a prática de exercício físico libera endorfina, diminuindo assim a ação das amígdalas cerebrais que são as responsáveis pela emoção de agressividade, medo e angústia (SILVA et al., 2010).

Já os malefícios que uma vida sedentária e sem a prática de atividade física acarreta é o desenvolvimento de doenças crônicas, diminuição da concentração e memória, regresso das habilidades motoras, regresso comportamental, além do aumento nos episódios de agressividade, ansiedade e depressão (BREMER; CROZIER; LLOYD, 2016). Portanto, vemos a importância de uma prática de atividade física na vida da criança com TEA, mesmo que sejam exercícios leves e de baixa intensidade, pois assim há uma melhoria na qualidade de vida, tanto da criança quanto dos pais.

Diante dessa descrição, o que procuramos saber é: qual o estilo de vida das crianças que possuem o TEA? Assim, este trabalho tem como objetivo descrever o estilo de vida de crianças com TEA.

## **2 METODOLOGIA**

Esta pesquisa teve como delineamento um estudo de campo, descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa de campo é caracterizada por investigações que são somadas às pesquisas bibliográficas e/ou documentais, nela é realizada uma coleta de dados de um determinado grupo de pessoas, utilizando de diferentes tipos de pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Além disso, a tipologia utilizada neste estudo foi uma pesquisa descritiva, onde foi descrita a realidade do EV de crianças com TEA. (GIL, 2008).

A abordagem quantitativa foi utilizada para expressar em números os dados recolhidos com o intuito de comprovar se a teoria expressa no estudo é válida ou não a partir das análises de estatísticas (LAKATOS; MARCONI, 2008).

O estudo foi desenvolvido na cidade de Fortaleza-CE, no período de agosto a novembro de 2022.

A população do estudo foi constituída de pais e/ou responsáveis que possuíam crianças com TEA, que atendiam aos seguintes critérios: ter idade de três anos a 16 anos e possuir laudo médico atestando o TEA. A seleção da amostra foi realizada de forma não probabilística intencional, totalizando 40 participantes.

Inclusive, o instrumento de coleta de dados que foi utilizado nesta pesquisa, foi um questionário desenvolvido pelos pesquisadores, baseado no questionário criado por Sagaz (2012), contendo informações sobre o estilo de vida (APÊNDICE A).

Ademais, os dados foram organizados por meio de planilhas no Microsoft Excel e analisados à luz da estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa. Posteriormente, foram expressos em formato de gráficos e tabelas.

O presente estudo teve como embasamento os princípios científicos, e se a qualquer momento do estudo o participante não quisesse progredir com a pesquisa, seria respeitado sua escolha. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os resultados da coleta de dados e as respectivas discussões sobre as 40 crianças que possuem TEA e sobre o estilo de vida dessas crianças.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo, onde se observa uma prevalência maior no sexo masculino e que estão estudando.

**Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo.**

	Nº	%
<b>Sexo</b>		
<b>Feminino</b>	11	28%
<b>Masculino</b>	29	72%

<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>
<b>Idade</b>		
3	5	12%
4	1	2%
5	9	22%
6	7	18%
7	4	10%
8	2	5%
9	5	12%
10	2	5%
11	3	8%
14	1	2%
16	1	2%
<b>Renda Familiar</b>		
<b>MENOR QUE 1 SALÁRIO MÍNIMO</b>	2	5%
<b>DE 1 A 3 SALÁRIO MÍNIMO</b>	12	30%
<b>DE 3 A 5 SALÁRIO MÍNIMO</b>	6	15%
<b>MAIOR QUE 5 SALÁRIO MÍNIMO</b>	20	50%
<b>Estuda</b>		
<b>NÃO ESTUDA</b>	3	8%
<b>ESTUDA EM CASA</b>	1	2%
<b>ESCOLA ESPECIAL</b>	1	2%
<b>ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO</b>	1	2%
<b>INFANTIL 1</b>	1	2%
<b>INFANTIL 2</b>	3	8%
<b>INFANTIL 3</b>	1	2%
<b>INFANTIL 4</b>	4	10%
<b>INFANTIL 5</b>	4	10%
<b>1º ANO ENSINO FUNDAMENTAL</b>	6	15%
<b>2º ANO ENSINO FUNDAMENTAL</b>	3	8%
<b>3º ANO ENSINO FUNDAMENTAL</b>	4	10%
<b>4º ANO ENSINO FUNDAMENTAL</b>	3	8%
<b>5º ANO ENSINO FUNDAMENTAL</b>	4	10%
<b>2º ANO ENSINO MÉDIO</b>	1	2%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Essa prevalência do sexo masculino está ligada diretamente ao aminoácido neuroligina (NLGN4), que foi associado a sintomas do autismo quando pesquisadores compararam dois desses genes NLGN4 (um no cromossomo X e um no cromossomo Y) que tem importância para estabelecer e manter as sinapses nos neurônios (ROCHE et al., 2020).

Nessa comparação, foi observado que no aminoácido do gene masculino houve uma falta de compensação comparado ao aminoácido presente no gene feminino, pois a neuroligina (NLGN4) tem ligação com o gene X e Y. Nas mulheres quando há uma mutação no NLGN4X o outro gene pode compensar; já nos homens, se houver uma mutação no gene NLGN4X não há compensação, pois o outro gene NLGN4Y é uma proteína que atua funcionalmente diferente. E é baseado nesses genes que muitas pesquisas têm intitulado o gene NLGN4 como o principal responsável na incidência do autismo no sexo masculino (ROCHE et al., 2020).

No que se refere a uma prevalência maior de crianças estudando, devem-se as mudanças dentro do sistema de ensino que começaram em meados dos anos 1990, onde se inseriu dentro da política educacional brasileira a inclusão escolar da educação especial (GARCIA; MICHELS, 2011). Mudança essa que trouxe a oportunidade de todos receberem educação e acesso ao Sistema de Ensino, por meio da Declaração de Salamanca que visava apontar aos países a necessidade de políticas educacionais que atendessem a todos de modo igualitário (SANTOS; TELES, 2012).

Quanto às características do TEA das crianças participantes, a Tabela 2 revela que o diagnóstico foi precoce, entre 1 e 2 anos de vida, com diagnóstico de autismo moderado, com estereotípias, às vezes, presente, apresentando resistência a mudanças, às vezes, e que possuem acompanhamento.

**Tabela 2 – Características sobre o TEA.**

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Idade do diagnóstico</b>		
<b>1 A 2 ANOS</b>	28	70%
<b>3 A 4 ANOS</b>	9	22%

<b>5 A 6 ANOS</b>	3	8%
<b>Nível do TEA</b>		
<b>SUORTE 1 – leve</b>	15	38%
<b>SUORTE 2 – moderado</b>	19	48%
<b>SUORTE 3 - grave</b>	5	12%
<b>SEM RESPOSTA</b>	1	2%
<b>Apresentação de Estereotipias</b>		
<b>SEMPRE</b>	14	35%
<b>AS VEZES</b>	22	55%
<b>NUNCA</b>	3	8%
<b>SEM RESPOSTA</b>	1	2%
<b>Resistência a mudanças na rotina</b>		
<b>SEMPRE</b>	12	30%
<b>AS VEZES</b>	24	60%
<b>NUNCA</b>	3	8%
<b>SEM RESPOSTA</b>	1	2%
<b>Atendimentos Especializados</b>		
<b>POSSUI ACOMPANHAMENTO</b>	38	95%
<b>NÃO TEM ACOMPANHAMENTO</b>	2	5%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Esse diagnóstico precoce encontrado neste estudo dá-se em razão da possibilidade de os primeiros sintomas aparecerem entre os 12 e 18 meses. Contudo, muitas crianças só recebem o diagnóstico mais tarde. Araújo e Schwartzaman (2011) enfatizam que crianças, muitas vezes, são encaminhadas à avaliação mais tarde do que o desejável, visto que os pais começam a expressar suas dúvidas por volta dos 17 meses da criança e a idade do diagnóstico é por volta dos quatro anos. Quando há um diagnóstico feito precocemente e as intervenções realizadas de forma prévia, há um melhor desenvolvimento das crianças com TEA, seja no processo adaptativo ou na interação social. O que aumenta a chance da inclusão em diferentes ambientes sociais (ARAÚJO; SCHWARTZAMAN, 2011).

Logo, para classificar a gravidade do TEA, a Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5) utiliza o nível de dependência provocado pelo autismo no indivíduo. Mesmo que essa categorização que há no TEA traga pouca ou nenhuma importância quando pensamos em uma conduta de intervenção, esta é muitíssimo importante para questões legais ou para se estabelecer o prognóstico.

Dessa forma, estão categorizados no suporte 2 pessoas que apresentam déficit severos em suas habilidades de interação social (seja verbal ou não verbal). Nesses casos, mesmo que haja o máximo de apoio e suporte dos responsáveis, tais deficiências têm uma clareza significativa, o que compromete consideravelmente as relações interpessoais.

Nessa perspectiva, os comprometimentos consideráveis que ocorrem no desenvolvimento na criança com TEA são: falta de estratégia comportamental na busca de novas amizades, a fala expressiva e a compreensão na fala de outrem também são comprometidos, assim como a não verbalização e inflexibilidade cognitiva, o que interfere intensamente as relações interpessoais e sociais (LIBERALESSO; LACERDA, 2020).

Como se pode observar na Tabela 3, o grau de dependência em atividades diárias demonstra capacidade em alimentar-se sozinho, vestir-se sozinho, banhar-se sozinho e caminhar sozinho. Contudo, verifica-se que a higienização pessoal, e o arrumar-se são realizados com dificuldade.

**Tabela 3 – Grau de dependência nas tarefas simples e diárias dos participantes.**

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Alimenta-se sozinho</b>		
<b>CONSEGUE</b>	32	78%
<b>COM DIFICULDADE</b>	8	22%
<b>NÃO CONSEGUE</b>	0	0
<b>Veste-se sozinho</b>		
<b>CONSEGUE</b>	21	51%
<b>COM DIFICULDADE</b>	14	37%
<b>NÃO CONSEGUE</b>	5	12%
<b>Higienização pessoal</b>		
<b>CONSEGUE</b>	10	25%

<b>COM DIFICULDADE</b>	18	45%
<b>NÃO CONSEGUE</b>	12	30%
<b>Arrumar-se/ Pentear-se</b>		
<b>CONSEGUE</b>	13	33%
<b>COM DIFICULDADE</b>	14	34%
<b>NÃO CONSEGUE</b>	13	33%
<b>Banhar-se</b>		
<b>CONSEGUE</b>	18	44%
<b>COM DIFICULDADE</b>	11	27%
<b>NÃO CONSEGUE</b>	11	27%
<b>Caminhar</b>		
<b>CONSEGUE</b>	40	100%
<b>COM DIFICULDADE</b>	0	0
<b>NÃO CONSEGUE</b>	0	0

Fonte: Elaborado pelos autores.

As tarefas simples e diárias são todas aquelas relacionadas ao autocuidado e manutenção do corpo, na qual crianças com TEA têm um pouco mais de dificuldade para aprender a desenvolver suas tarefas diárias. Neste estudo, verifica-se a relação de crianças que conseguem fazer, mesmo com dificuldades as atividades diárias, tem uma prevalência maior das que não conseguem. Com o auxílio do profissional terapeuta ocupacional, há uma ajuda no processo de aprendizado de cada criança. Pois, a maioria das crianças com autismo não desenvolvem bem suas habilidades motoras, assim precisando de acompanhamento terapêutico (BANDEIRA, 2022).

A Tabela 4 apresenta as características da prática de atividade física e lazer dos participantes. Quanto ao lazer, observa-se uma prevalência de uso de celular ou tablet. No que se refere à prática esportiva, a maioria realiza natação com 2 horas semanais.

**Tabela 4 – Atividade Física e lazer dos participantes.**

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Atividade de Lazer</b>		

ASSISTIR TELEVISÃO	10	25%
BRINCAR COM AMIGOS	4	10%
USAR CELULAR OU TABLET	22	54%
PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA	1	3%
OUVIR MÚSICA	1	3%
LER OU DESENHAR	2	5%
<b>Pratica algum esporte</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>SIM</b>	24	60%
<b>NÃO</b>	16	40%
<b>Esportes praticados</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>NATAÇÃO</b>	15	38%
<b>LUTAS</b>	7	18%
<b>CAMINHADA</b>	6	15%
<b>FUTEBOL</b>	2	5%
<b>NENHUM</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>
<b>Duração do esporte</b>		
<b>NÃO PRATICA</b>	10	24%
<b>1 HORA SEMANAL</b>	8	20%
<b>2 HORAS SEMANAIS</b>	16	40%
<b>3 HORAS SEMANAIS</b>	1	3%
<b>4 HORAS SEMANAIS</b>	3	8%
<b>5 HORAS SEMANAIS</b>	2	5%
<b>Tempo gasto em televisão, videogame ou celular.</b>		
<b>0 HORAS</b>	6	15%
<b>1 A 2 HORAS</b>	21	52,5%
<b>3 A 4 HORAS</b>	9	22,5%
<b>5 A 6 HORAS</b>	1	4%
<b>7 A 8 HORAS</b>	3	7,5%
<b>Tempo gasto brincando</b>		
<b>0 HORAS</b>	2	5%

<b>1 HORA</b>	10	25%
<b>2 HORAS</b>	11	28%
<b>3 HORAS</b>	11	28%
<b>4 HORAS</b>	3	8%
<b>5 HORAS</b>	1	3%
<b>6 HORAS</b>	1	3%
<b>8 HORAS</b>	1	3%

Fonte: Elaborado pelos autores.

A prática de exercício físico desenvolvida por crianças com autismo tem aumentado a cada ano, pois vê-se os benefícios e a qualidade de vida que o exercício físico proporciona (LOURENÇO; ESTEVES; CORREDEIRA, 2016). As lutas ajudam na diminuição considerável das estereotípias (movimentos repetitivos sem nenhuma finalidade), exercícios aquáticos ou natação reduzem o comportamento antissocial, exercícios de baixa intensidade como caminhada reduzem a porcentagem do cortisol, diminuindo o estresse e trazendo relaxamento (SCHLIEMANN, 2013). Logo são muitos os benefícios que ajudam na qualidade de vida da criança com autismo, dando a elas uma abertura para desenvolverem novas habilidades e progredirem em vários aspectos de suas limitações (MASSION, 2006). Há também a importância do 'Brincar' na infância, pois são justamente as brincadeiras que contribuem no desenvolvimento motor e social da criança.

Como apontam Albuquerque e Benitez (2020), a brincadeira é uma forma que as crianças utilizam para suprir algumas necessidades, reproduzindo fenômenos de sua realidade com alterações em determinadas ações que não podem ser executadas fora desse cotidiano. Transformando a brincadeira em uma atividade significativa no desenvolvimento infantil, dando a ela o protagonismo no desenvolvimento das funções psicológicas e na capacidade de imitação, memória, atenção e imaginação.

E quando falamos de TEA é importante frisar que algumas crianças apresentam prejuízos em algumas funções, seja na capacidade de desenvolver a imaginação ou de interação social com outras crianças.

Por sua vez, Saboia (2017) observando filmagens da interação de 23 crianças de 3 meses a 4 anos de idade - entre elas, crianças típicas, crianças com traços autistas, crianças diagnosticadas com autismo e crianças com atraso no desenvolvimento -, aponta que comumente crianças com TEA utilizam os brinquedos realizando estereotípias, de maneira disfuncional e descontextualizada, muitas vezes destituindo-se dos significados e sentidos da brincadeira, de forma a utilizá-los para estimulação sensorial.

Nesse estudo, a porcentagem dos participantes que utilizam de meios eletrônicos é muito alta. Essa usualidade em alta escala se deve ao fato de que a maioria dos participantes, por não verbalizarem, podem utilizar de celular ou tablet para se comunicar com as pessoas.

A Tabela 5 apresenta os hábitos alimentares das crianças. Verifica-se uma que as três principais refeições são prevalentes. Consumo de frutas e água dar-se todos os dias, refrigerantes e vegetais nunca e doces, às vezes.

**Tabela 5 – Hábitos alimentares dos participantes.**

<b>Frequências</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Café da manhã</b>		
<b>TODO DIA</b>	29	72,5%
<b>DIA SIM, DIA NÃO</b>	1	2,5%
<b>ÀS VEZES</b>	7	17,5%
<b>RARAMENTE</b>	2	5%
<b>NUNCA</b>	1	2,5%
<b>Almoço</b>		
<b>TODO DIA</b>	32	80%
<b>DIA SIM, DIA NÃO</b>	1	2,5%
<b>ÀS VEZES</b>	1	2,5%
<b>RARAMENTE</b>	6	15%
<b>NUNCA</b>	0	0%
<b>Jantar</b>		
<b>TODO DIA</b>	33	82,5%
<b>DIA SIM, DIA NÃO</b>	1	2,5%
<b>ÀS VEZES</b>	4	10%
<b>RARAMENTE</b>	1	2,5%

<b>NUNCA</b>	1	2,5%
<b>Consumo de doces</b>		
<b>TODO DIA</b>	8	20%
<b>DIA SIM, DIA NÃO</b>	5	12,5%
<b>ÀS VEZES</b>	11	27,5%
<b>RARAMENTE</b>	10	25%
<b>NUNCA</b>	6	15%
<b>Consumo de frutas</b>		
<b>TODO DIA</b>	20	50%
<b>DIA SIM, DIA NÃO</b>	3	7,5%
<b>ÀS VEZES</b>	7	17,5%
<b>RARAMENTE</b>	4	10%
<b>NUNCA</b>	6	15%
<b>Consumo de vegetais</b>		
<b>TODO DIA</b>	8	20%
<b>DIA SIM, DIA NÃO</b>	4	10%
<b>ÀS VEZES</b>	5	12,5
<b>RARAMENTE</b>	9	22,5%
<b>NUNCA</b>	14	35%
<b>Água</b>		
<b>TODO DIA</b>	36	90%
<b>DIA SIM, DIA NÃO</b>	0	0%
<b>ÀS VEZES</b>	2	5%
<b>RARAMENTE</b>	2	5%
<b>NUNCA</b>	0	0%
<b>Refrigerante</b>		
<b>TODO DIA</b>	1	2,5%
<b>DIA SIM, DIA NÃO</b>	0	0%

<b>ÀS VEZES</b>	10	25%
<b>RARAMENTE</b>	8	20%
<b>NUNCA</b>	21	52,5%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Como podemos ver na Tabela 5, os hábitos alimentares das crianças praticantes são considerados hábitos razoavelmente bons, tendo em vista a seletividade alimentar de cada participante de forma individual na qual afeta negativamente a qualidade de vida dessas crianças. E em razão dessas restrições, pode ocorrer uma ingestão inadequada de nutrientes, o que leva ao desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas, que tendem a surgir na terceira ou quarta década de vida, ou ainda mais cedo, no caso de distúrbios menstruais (em meninas), apneia do sono e transtornos psíquicos (ARARUNA et al., 2018). É nesse momento que o profissional em nutrição pediátrica deve entrar, juntamente com os pais e ou responsáveis, para elaborar um plano alimentar nutritivo e equilibrado, que atenda às limitações de cada criança.

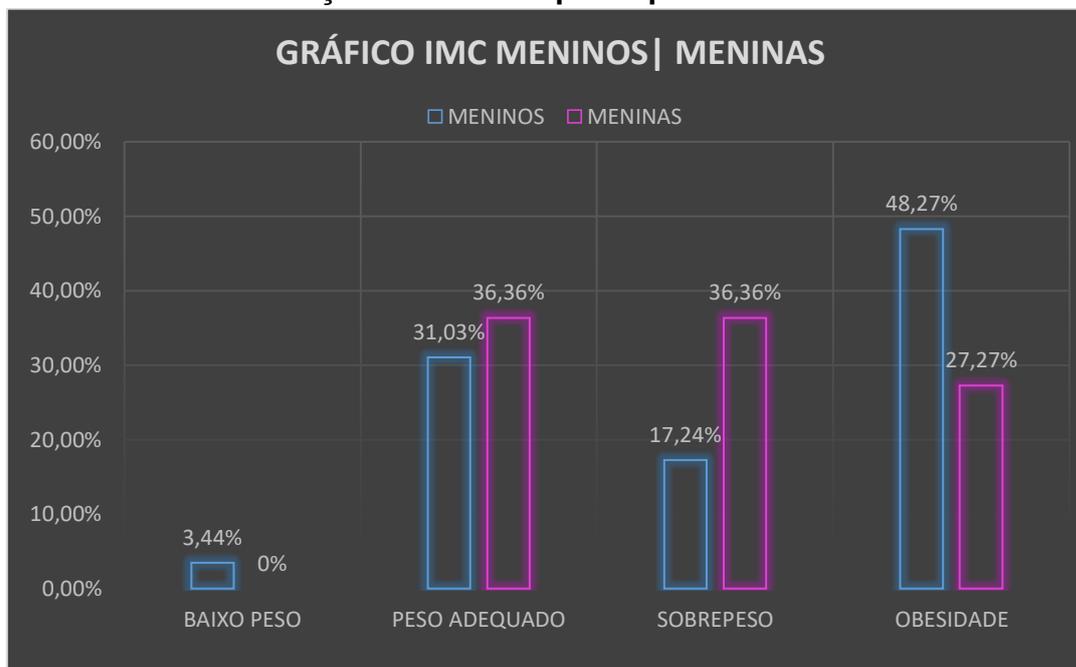
Segundo estudo realizado por Felipe et al. (2021), a dieta mais utilizada, é a retirada de produtos com glúten (presente na cevada, trigo e centeio) e da caseína (presente no leite e seus derivados). O glúten e a caseína têm associação com a liberação de peptídeos com atividade opioide no intestino.

Outro aspecto relevante é que os pacientes com TEA podem apresentar distúrbios gastrointestinais, caso não sigam um plano alimentar capaz de compensar aquilo que seu corpo necessita, apresentando: dor abdominal, azia, bruxismo, perda de peso, irritabilidade, constipação, excesso de opioides cerebrais por alta absorção intestinal, alterações na permeabilidade da mucosa gástrica e defeitos enzimáticos, que podem ser a causa da chamada enteropatia artística. E esses malefícios causados pela baixa ingestão de vitaminas e aminoácidos, que por muitas vezes são desconhecidos pelos responsáveis. É o que tem aumentado a apresentação desses quadros clínico em crianças com TEA. (ARÉVALO, 2018).

O Gráfico 1 representa a classificação do IMC dessas crianças, onde é possível observar uma prevalência de sobrepeso e obesidade em geral, sendo

obesidade mais prevalente nos meninos, enquanto as meninas estão distribuídas entre o peso adequado e sobrepeso.

**Gráfico 1 – Classificação do IMC dos participantes**



**Fonte: Elaborado pelos autores.**

No que se refere ao autismo, esse elevado sobrepeso e obesidade podem estar ligados à seletividade alimentar que as crianças com autismo apresentam como características predominantes. Entretanto, o sobrepeso e a obesidade são problemas de saúde pública que propiciam o desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta. Esses problemas podem aumentar o risco na criança e/ou adolescente de desenvolver o diabetes, doenças cardiovasculares e psicossociais (KUMMER et al., 2015).

De acordo com Kwon et al. (2015), uma vida ativa, juntamente com uma boa alimentação por toda a infância e adolescência pode prevenir o desenvolvimento da obesidade na vida adulta, tendo em vista que esses hábitos são adquiridos das famílias e escolas.

Por isso, o profissional em Educação Física e o nutricionista têm suma importância na melhoria da qualidade de vida das crianças, sejam com ou sem autismo, pois a partir dessas pesquisas e coleta de dados, há uma forma de desenvolver a melhor intervenção para ajudarmos no desenvolvimento de

bons hábitos alimentares e estimular a prática de exercício físico, não só pelas crianças, mas também pelos pais ou responsáveis.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nas respostas obtidas, podemos observar que a conscientização a respeito do estilo de vida dos participantes com autismo está em uma situação razoável, tendo em vista as dificuldades de inserção de novas atividades em suas rotinas que seguem um padrão sistemático e rígido.

O objetivo deste trabalho foi alcançado e ainda foi possível visualizar o estilo de vida das crianças com autismo, com base nos dados obtidos da pesquisa e descritos em seguida.

Assim, observa-se que apesar de suas limitações, a maioria das crianças do estudo, possuem acompanhamento terapêutico, conseguem desenvolver atividades básicas, sem um grau de dependência muito alto, praticam algum tipo de esporte e quanto aos hábitos alimentares, pode-se considerar que são razoavelmente bons, considerando a seletividade alimentar de cada um.

Portanto, as respostas coletadas foram significativas para trazer à mente de todos os profissionais de Educação Física, intervenções e formas de inserir a prática de exercício físico na vida das crianças que têm a condição do TEA, assim como alertar os pais sobre a importância de uma alimentação bem nutritiva e equilibrada, constituindo grandes contribuições para um estilo de vida saudável da criança com transtorno do espectro autista.

#### **REFERÊNCIAS**

ALBUQUERQUE, I.; BENITEZ, P. O brincar e a criança com Transtorno do Espectro Autista: revisão de estudos brasileiros. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 15, n. 4, p. 1939-1953, 2020.

ARARUNA, L. L. **Influência da alimentação no tratamento de crianças com transtorno do espectro do autismo**, 2018.

ARÉVALO BAQUE, E. S. **Valoración nutricional en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista**, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual** (DSM-5; 5th ed.). Arlington, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** 5th (DSM-5), 2013.

ARAÚJO, Ceres Alves de; SCHWARTZMAN, José Salomão. **Transtorno do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.

BREMER, Emily; CROZIER, Michael; LLOYD, Meghann. A systematic review of the behavioural outcomes following exercise interventions for children and youth with autism spectrum disorder. **Autism**, [s.l.], v. 20, n. 8, p.899-915, 2016.

CHALANE, C. **Comportamento alimentar de crianças e adolescentes autistas: uma revisão integrativa**, 2021.

CORDIOLI, Aristides Volpato et al. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p.976.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. 7. ed. Rio de Janeiro, 2017. p. 20.

FELIPE, J. S.; CARVALHO, A. C. C.; LAMOUNIER, C. N.; HANNA, G. M.; DAIA, I. C. G.; DE OLIVEIRA, L. M.; Moura, L. R. Relação entre o espectro autista e os transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n.1, 1310-1324, 2021.

FERREIRA, C. **A importância de uma alimentação adequada na infância** (Bachelor's thesis, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2018).

GARCIA, Rosalba Maria Cardoso; MICHELS, Maria Helena. A política de educação especial no Brasil (1991-2011): uma análise da produção do GT15 – educação especial da ANPED. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 17, p. 105-124, maio/ago. 2011.

GABRIELS; D. HILLS. **Autism-From research to individualized practice**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo, Atlas, 2008. p. 28.

GRANDIN, T.; PANEK, R. **O cérebro autista, pensando através do espectro**. Rio de Janeiro, 2015. p. 20.

KUMMER, A. et al. Frequência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes com autismo e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Paulista de Pediatria**, 2016.

KWON, S. et. al. Active lifestyle in childhood and adolescence prevents obesity development in young adulthood. **Pediatric Obesity**, v. 23, n. 12, p. 2462-2469, dec. 2015.

PESSIM, L. E.; FONSECA, B. ; RODRIGUES, MBC. Transtornos do Espectro autista: Importância e dificuldade do diagnóstico precoce. **Revista FAEF**, 2015 - faef.revista.inf.br

LIBERALESSO, Paulo; **Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências**. Curitiba: Marcos Valentin de Souza, 2020.

LOURENÇO, Carla; ESTEVES, Dulce; CORREDEIRA, Rui. Potencialidades da atividade física em indivíduos com perturbação do espectro do autismo. Desporto e Atividade Física para Todos. **Revista Científica da FPDD**, v. 2, n. 2, 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MASSION, J. Sport et autism. **Science & Sports**, v. 21, p. 243-248, 2006.

SABOIA, C. et al. Do brincar do bebê ao brincar da criança: um estudo sobre o processo de subjetivação da criança autista. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 33, p. 1-8, 2017.

SANTOS, Alex Reis dos; TELES, Margarida Maria. **Declaração de Salamanca e Educação Inclusiva**. In: **3º Simpósio Educação e Comunicação**, set. 2012.

SILVA, A. B. B.; GAIATO, M. B.; REVELES, L. T. **Mundo Singular, entenda o autismo**, 2012.

SILVA, Rodrigo Sinnott et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 15, n. 1, p.115-120, 2010.

SCHLIEMANN, André. **Esporte e Autismo: Estratégias de ensino para inclusão esportiva de crianças com transtornos do espectro autista (TEA)**. 2013.

SCHULMAN, C. **Bridging the process between diagnosis and treatment**. In R.

## APÊNDICES

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Fortaleza-CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

EU, \_\_\_\_\_, responsável por \_\_\_\_\_. Declaro que estou ciente e concordo em participar do estudo a respeito do “Estilo de vida de crianças com transtorno no espectro autista”, afim de colaborar com a coleta de dados e resultados para a presente pesquisa.

**Procedimento:** Descrever o estilo de vida de crianças com TEA, através de um pequeno questionário impresso.

**Participação voluntária,** onde o responsável pelo participante poderá interromper a qualquer momento.

**Confidencialidade** permanecerá confidencial até o encerramento da pesquisa.

**Pesquisadores responsáveis:** Ana Rebeca Lima Diógenes, Antônio Raigo de Lima Costa, Maria Sueli Silva da Cunha

**Instituição:** UniAteneu- Lagoa Messejana

**Endereço:** R. Manuel Arruda,70.

**Orientador(a) responsável:** Prof<sup>a</sup> Mestre Rosângela Gomes dos Santos

**QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

De forma geral, como a saúde do participante está:

Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( )

1. Altura da criança(cm) \_\_\_\_\_

2. Peso da criança(kg) \_\_\_\_\_

3. Idade que recebeu o diagnóstico do TEA? \_\_\_\_\_

4. Qual nível de TEA dele(a)?

( ) Nível leve (grau 1)

( ) Nível moderado (grau 2)

( ) Nível severo (grau 3)

( ) Não sabe

5. Apresenta movimentos repetitivos e sem objetivos específicos?

( ) Sempre

( ) Às vezes

( ) Nunca

6. Há uma resistência em mudar sua rotina habitual?

( ) Sempre

( ) Às vezes

( ) Nunca

7. Ele(a) estuda? Se sim, qual série/ano ele(a) está?

\_\_\_\_\_

8. Quais tipos de atendimento especializado ele(a) participa?

( ) Fisioterapia

( ) Terapia Ocupacional

( ) Fonoaudiologia



19. Toma café da manhã: ( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Dia sim, dia não  
( ) Todo dia.

20. Almoça: ( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Dia sim, dia não ( ) Todo dia.

21. Janta: ( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Dia sim, dia não ( ) Todo dia.

22. Come doces: ( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Dia sim, dia não ( ) Todo dia.

23. Come frutas: ( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Dia sim, dia não ( ) Todo dia.

24. Come vegetais: ( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Dia sim, dia não ( ) Todo dia.

25. Bebe água: ( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Dia sim, dia não ( ) Todo dia.

26. Bebe refrigerante: ( )Nunca ( )Raramente ( )Às vezes ( )Dia sim, dia não ( ) Todo dia.