



## Seletividade alimentar e índices antropométricos no Transtorno do Espectro Autista

Food selectivity and anthropometric indices in Autistic Spectrum Disorder

Selectividad alimentaria e índices antropométricos en el Transtorno del Espectro Autista

Dayara Francisca Cavalcante da Silva<sup>1</sup>, Adriano Augusto Reis de Souza<sup>2</sup>, Luisa Margareth Carneiro da Silva<sup>1</sup>, Ariel Christine dos Anjos Solano<sup>2</sup>, Dandara Lima Santos<sup>1</sup>, Rosilene Reis Della Noce<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a seletividade alimentar e os índices antropométricos em crianças e adolescentes com o transtorno do espectro autista. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, conduzido com 23 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, atendidos em um hospital universitário de Belém do Pará. Foram avaliados, para o diagnóstico nutricional, os índices antropométricos de peso, estatura e índice de massa corporal para idade e sexo. A Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no autismo foi utilizada para identificar alterações alimentares. **Resultados:** O estudo apresentou uma predominância do sexo masculino, com tendência para baixa estatura e risco de sobrepeso e obesidade. Foi observado uma baixa preferência por frutas, verduras e legumes, indicando a presença da monotonia alimentar. **Conclusão:** A restrição alimentar reforça comportamentos de risco para a ocorrência da baixa estatura e excesso de peso, demonstrando a importância do monitoramento dos índices antropométricos e o acompanhamento com a equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista, Seletividade alimentar, Antropometria.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze food selectivity and anthropometric indices in children and adolescents with autism spectrum disorder. **Methods:** This is a cross-sectional study, conducted with 23 children and adolescents, of both sexes, treated at a university hospital in Belém of Pará. For nutritional diagnosis, anthropometric indices of weight, height and body mass index for age and sex were evaluated. The LABIRINTO Scale for Assessment of Eating Behavior in autism was used to identify dietary changes. **Results:** The study showed a predominance of males, with a tendency short stature and risk of overweight and obesity. A low preference for fruits and vegetables was observed, indicating the presence of dietary monotony. **Conclusion:** Dietary restriction reinforces risk behaviors for the occurrence of short stature and excess weight, demonstrating the importance of monitoring anthropometric indices and follow-up with the multidisciplinary team.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorders, Food selectivity, Anthropometry.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la selectividad alimentaria y los índices antropométricos en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, realizado con 23 niños y adolescentes, de ambos sexos, atendidos en un hospital universitario de Belém do Pará. Para el diagnóstico nutricional, se evaluaron índices antropométricos de peso, talla e índice de masa corporal. edad y sexo. La

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA.

<sup>2</sup> Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS-UFPA), Belém - PA.

escala LABIRINTO para evaluar la conducta alimentaria en autismo se utilizó para identificar cambios en la dieta. **Resultados:** El estudio mostró predominio del sexo masculino, con tendencia a baja talla y riesgo de sobrepeso y obesidad. Se observó una baja preferencia por frutas y verduras, lo que indica la presencia de monotonía dietética. **Conclusión:** La restricción dietética refuerza conductas de riesgo para la aparición de baja talla y exceso de peso, demostrando la importancia del seguimiento de los índices antropométricos y el seguimiento con el equipo multidisciplinario.

**Palabras clave:** Trastorno del Espectro Autista, Selectividad alimentaria, Antropometría.

## INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é caracterizado por uma desordem no neurodesenvolvimento que geralmente aparece na primeira infância (BREDA C, et al., 2024). Ele pode ser observado a partir da presença da deficiência qualitativa da interação social, habilidades de comunicação deficiente e por interesses e comportamentos restritos e repetitivos. Essa desordem, é de alta complexidade e diversidade das manifestações clínicas, que podem estar relacionadas com inúmeras interações entre os genes, exposição a fatores ambientais e fatores epigenéticos (MENDIVE DP e GUERENDIAIN M, 2022).

Segundo pesquisadores, o cérebro de uma pessoa com TEA apresenta falhas de comunicação entre os neurônios, dificultando o processamento de informações (FREITAS P, et al., 2019). Em 2020 foi relatado que 1 em cada 36 crianças com 8 anos recebeu o diagnóstico de TEA, em comparação a 2005 que foi 1 a cada 150 crianças, demonstrando um aumento no número de casos ao longo dos anos, segundo dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (BYRSKA A, et al., 2023). Sendo que a prevalência em meninos é maior do que nas meninas (proporção de 4-5 meninos para 1 menina) (ARAÚJO PSF, et al., 2023).

É possível observar no TEA, alguns infortúnios de origem alimentar como inaptidões motoras orais associadas a deglutição e mastigação, dificuldades gastrointestinais e sensibilidade sensorial (ARAÚJO P, et al., 2023). Algumas das dificuldades gastrointestinais em pessoas com TEA são o desconforto gastrointestinal, inflamação intestinal, diarreia, constipação e refluxo. Essas alterações nas crianças podem afetar seu estado nutricional, influenciando na capacidade de ingestão e absorção dos nutrientes. Nesse sentido, isso faz com que essas crianças tenham sido consideradas como um grupo de risco para o desenvolvimento de possíveis carências nutricionais, principalmente de micronutrientes (FREITAS P, et al., 2019).

Ademais, alterações no perfil alimentar da pessoa com TEA, como o comportamento alimentar seletivo, que pode causar aversão a determinados alimentos devido a textura, cor, odor e a temperatura, recusa de alimentos, pelo fato de haver uma resistência a prova de novos alimentos, a indisciplina durante as refeições, que é bem característico na infância e no próprio transtorno e a insistência em comer somente determinados alimentos, se recusando a experimentar outros (FACCIOLI LS, et al., 2016).

Nesse contexto, a seletividade interfere diretamente no comportamento alimentar desses indivíduos, pois a recusa alimentar e o repertório limitado podem estar relacionados a algumas dificuldades sensoriais que contribuem para a seletividade, variando entre as crianças, constituindo um problema quando interfere na rotina diária e social. São esses fatores que fazem com que os indivíduos com TEA tenham uma dieta monótona e de variedade limitada, acarretando prováveis carências nutricionais e inadequações no estado nutricional, sendo que esses comportamentos tendem a não melhorar ou desaparecer com a idade (CURTIN C, et al., 2005).

Apesar de alterações na escolha alimentar ocorrerem em crianças e adolescentes neurotípicas, é mais presente, mais grave e mais duradoura em crianças com autismo, podendo explicar a baixa qualidade da dieta, assim como, o risco elevado para a ocorrência de sobrepeso e obesidade (CURTIN C, et al., 2005; ATLLER A, et al., 2015; HARRIS HÁ, et al., 2022). Nesse sentido, o objetivo desse estudo é analisar a seletividade alimentar e os índices antropométricos em crianças e adolescentes com o transtorno do espectro autista (TEA).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e transversal realizado em um hospital universitário de Belém do Pará no ano de 2023. Os dados foram coletados durante os atendimentos realizados no ambulatório de nutrição, com crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, e do prontuário eletrônico. No total foram elegíveis para este trabalho 23 indivíduos de ambos os sexos.

As informações de sexo, data de nascimento, peso, estatura foram necessárias para a classificação do estado nutricional, a partir dos parâmetros de peso para a idade (P/I), índice de massa corporal para a idade (IMC/I) e estatura para a idade (E/I), em valores expressos em escore Z, obtidos do software Anthro e Anthro plus, que adotam os padrões da World Health Organization (ONIS M, et al., 2007).

Além disso, foi aplicada a Escala LABIRINTO de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA, que tem a indicação para identificar alterações no comportamento alimentar visando um direcionamento, na prática clínica, para a terapêutica e evolução do tratamento em pessoas com autismo. A escala é aplicada junto aos responsáveis das crianças e adolescentes para a compreensão do comportamento alimentar a partir dos 7 fatores presentes no questionário: motricidade na mastigação, seletividade alimentar, habilidades nas refeições, comportamento inadequado relacionado às refeições, comportamentos rígidos relacionados à alimentação, comportamento opositor relacionado à alimentação, alergias e intolerância alimentar (LAZARO CP, et al., 2019).

Os dados foram analisados no programa Excel da Microsoft sendo os valores desses 7 fatores somados para avaliar o comportamento alimentar no público-alvo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Parecer nº 6.492.528), CAAE: 72908423.9.0000.0017.

## RESULTADOS

### Perfil dos pacientes

Durante o ano de 2023, o ambulatório de nutrição do hospital universitário registrou 44 consultas realizadas com pacientes diagnosticados com o TEA, destes, participaram desta pesquisa 23 indivíduos, sendo 21 (91%) do sexo masculino e 2 do sexo feminino (9%) evidenciando uma proporção maior de meninos em relação as meninas. Além disso, em questão de faixa etária, 11 (48%) eram crianças e 12 (52%) adolescentes.

### Estado nutricional

Em relação ao estado nutricional, conforme pode ser observado na **Tabela 1**, da variável peso para a idade (P/I) nenhuma criança participante se enquadrou em muito baixo peso e baixo peso; 9 crianças foram classificadas com peso adequado (82%) e 2 crianças com peso elevado (18%). Considerando a variável estatura para a idade (E/I), 1 adolescente se encaixou em muita baixa estatura (8%), 3 com baixa estatura, sendo 1 criança (9%) e 2 adolescentes (17%); e 19 com estatura adequada, sendo 10 crianças (91%) e 9 adolescentes (75%).

A partir do IMC para a idade (IMC/I), 1 adolescente se encaixou em magreza acentuada (8%), 2 em magreza, sendo 1 criança (9%) e 1 adolescente (8%); em eutrofia foram 10, sendo 5 crianças (45%) e 5 adolescentes (43%); 3 em risco de sobrepeso, sendo 2 crianças (18%) e 1 adolescente (8%). Por fim, 4 participantes se enquadraram em sobrepeso, sendo 1 criança (9%) e 3 adolescentes (25%); e 4 em obesidade, sendo 2 crianças (18%) e 1 adolescente (8%).

**Tabela 1-** Classificação do Estado Nutricional de crianças e adolescentes com TEA.

Variáveis	Crianças	Adolescentes
	N (%)	N (%)
<b>Peso para a idade (P/I)</b>		
Muito baixo peso	0 (0%)	-
Baixo peso	0 (0%)	-
Peso adequado	9 (82%)	-
Peso elevado	2 (18%)	-
<b>Estatura para a idade (E/I)</b>		
Muita baixa estatura	0 (0%)	1 (8%)
Baixa estatura	1 (9%)	2 (17%)
Estatura adequada	10 (91%)	9 (75%)
<b>IMC para a idade (IMC/I)</b>		
Magreza acentuada	0 (0%)	1 (8%)
Magreza	1 (9%)	1 (8%)
Eutrofia	5 (45%)	5 (42%)
Risco de sobrepeso	2 (18%)	1 (8%)
Sobrepeso	1 (9%)	3 (25%)
Obesidade	2 (18%)	1 (8%)
<b>Total</b>	<b>11 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>

Fonte: Silva DFC, et al., 2025.

### Comportamento alimentar

Na análise da Escala Labirinto de Avaliação do Comportamento Alimentar no TEA, para o fator 1: Motricidade na mastigação que envolve os 4 primeiros itens da escala, percebe-se que a maioria das respostas foi “Não”, indicando pouca dificuldade nesse fator; no fator 2: seletividade alimentar, é possível notar que houve uma maior variedade nas respostas, indicando uma presença maior da seletividade alimentar nos pacientes com TEA; no fator 3: habilidade nas refeições, nota-se que o “Não” e o “Sempre” foram os mais prevalentes assinalando que enquanto uns não tiveram nenhuma dificuldade, outros tiveram muitas dificuldades; no fator 4: comportamento inadequado relacionado as refeições, a maioria dos responsáveis pelos pacientes indicaram que não se tem dificuldade nesse fator; no fator 5: comportamentos rígidos relacionados a alimentação, o item: “Come sempre no mesmo lugar” foi o que teve mais respostas “Sempre”, mostrando uma maior dificuldade nessa pergunta do fator. No fator 6: comportamento opositor relacionado a alimentação, a maioria das respostas foi “Não”, apontando pouca dificuldade nesse fator. Por fim, o fator 7: alergias e intolerância alimentar, nenhum paciente apresentou sinais de intolerância ao glúten, 3 apresentaram algum tipo de alergia alimentar e 2 podem ter algum grau de intolerância à lactose (**Tabela 2**).

**Tabela 2** - Frequência total dos fatores da Escala LABIRINTO.

Fatores da Escala	Frequência				
	Não	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>Fator 1: Motricidade na mastigação</b>					
Dificuldades para mastigar os alimentos	14	0	2	3	3
Engole os alimentos sem mastigá-los o bastante	12	2	1	2	6
Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro com a língua	15	1	2	1	4
Mastiga os alimentos com a boca aberta	17	0	2	1	3
<b>Fator 2: Seletividade alimentar</b>					
Evita comer vegetais cozidos e/ou crus	7	2	5	2	7
Retira o tempero da comida	10	1	3	0	9
Evita comer frutas	13	0	3	4	3
<b>Fator 3: Habilidade nas refeições</b>					
Possui inquietação/agitação motora que dificulta sentar-se à mesa	7	1	5	1	9
Tem dificuldade de sentar-se à mesa para fazer as refeições	8	4	1	4	6
Tem dificuldades de utilizar os talheres e outros utensílios	10	0	1	1	11
Derrama muito a comida na mesa ou na roupa quando se alimenta	10	3	4	1	6
Bebe, come, lambe, substâncias ou objetos estranhos	13	1	3	1	5
<b>Fator 4: Comportamento inadequado relacionado as refeições</b>					
Vomita durante ou imediatamente após as refeições	17	1	2	3	0
Durante ou imediatamente após as refeições, grola	18	1	1	1	2
<b>Fator 5: Comportamentos rígidos relacionados a alimentação</b>					
Come sempre com os mesmos utensílios	12	0	1	2	8
Come sempre no mesmo lugar	6	0	1	3	13
Quer comer sempre os mesmos alimentos	9	3	2	1	8
Quer comer alimentos com cor semelhante	18	1	1	1	2
Quer comer alimentos sempre da mesma marca, embalagem ou personagem	16	0	1	0	6
Possui ritual para comer	12	1	0	2	8
<b>Fator 6: Comportamento opositor relacionado a alimentação</b>					
Sem permissão, pega a comida fora do horário das refeições	12	0	2	2	7
Sem permissão, pega a comida de outras pessoas durante as refeições	15	0	1	3	4
Come uma grande quantidade de alimento num período de tempo curto	14	0	3	1	6
<b>Fator 7: Alergias e intolerância alimentar</b>					
Intolerância a glúten	23	0	0	0	0
Alergia alimentar	20	0	0	0	3
Tem intolerância à lactose	21	0	1	0	1

Fonte: Silva DFC, et al., 2025.

### Seletividade alimentar e índices antropométricos das crianças com TEA

Na **Tabela 3**, observa-se que a criança de 9 anos, do sexo masculino, obteve na soma dos 3 itens que fazem parte do fator seletividade alimentar o valor máximo, demonstrando a ausência do consumo de vegetais crus e cozido e frutas, além de retirar os temperos da comida, sendo um indicativo de uma alimentação pouco saudável relacionada com a seletividade alimentar; seu peso para idade (P/I) está elevado, sua estatura para idade (E/I) está adequada, mas seu IMC para idade (IMC/I) indica obesidade.

A criança de 3 anos, sexo masculino, teve na soma da pontuação o resultado igual a 10, indicando uma seletividade alimentar; seu peso para idade (P/I) está adequado, sua estatura para idade (E/I) também está adequada e seu IMC para idade (IMC/I) indica magreza.

A criança de 7 anos, do sexo masculino, obteve a soma de 10 no fator seletividade alimentar, também indicando restrições alimentares relacionadas ao hábito saudável; sendo que seu peso para idade (P/I) e sua estatura para idade (E/I) estão adequados, mas seu IMC para idade (IMC/I) indica risco de sobrepeso.

Outras 3 crianças não tiveram dificuldade relacionado a seletividade alimentar; 2 crianças obtiveram 8 na soma do fator de seletividade, sendo que o P/I e a E/I estão adequadas para idade, mas a criança de 6 anos possui risco de sobrepeso, de acordo com IMC/I; e a de 8 anos está em eutrofia. Ademais, 3 crianças obtiveram somas menores, indicando menos dificuldades relacionadas a seletividade alimentar, sendo 2 crianças de 6 anos, uma do sexo feminino e outra do masculino, que seus P/I e E/I estão adequados, mas o IMC/I da menina indica sobrepeso e do menino indica eutrofia. A outra criança tem 8 anos, seu P/I e sua E/I estão adequadas e seu IMC/I indica eutrofia.

**Tabela 3** - Análise dos Índices Antropométricos e a Seletividade Alimentar nas Crianças com TEA.

Idade	Sexo	Peso	Altura	IMC	P/I	E/I	IMC/I	Seletividade alimentar
3	M	18,4	1,00	18,40	-1,11	-0,53	-2,14	10
6	F	15,8	1,02	15,19	-1,68	-2,52	-0,02	0
6	F	26,8	1,15	20,26	1,4	-0,63	2,26	4
6	M	20,7	1,20	14,38	-0,3	0,28	-0,79	7
6	M	22,5	1,21	15,37	0,28	0,43	-0,01	0
6	M	33,3	1,16	24,75	2,71	-0,03	3,83	0
6	M	26,8	1,22	18,01	1,24	0,43	1,46	8
7	M	28,45	1,26	17,92	0,85	-0,11	1,27	10
8	M	28	1,38	14,70	-0,07	0,84	-0,95	6
8	M	27,4	1,35	15,03	0,47	1,29	-0,49	8
9	M	50,9	1,41	25,60	2,78	0,79	3,02	12

Fonte: Silva DFC, et al., 2025.

### Seletividade alimentar e índices antropométricos dos adolescentes com TEA

Na **Tabela 4**, é possível observar que 2 adolescentes obtiveram soma de 11 pontos para o fator seletividade alimentar, indicando dificuldades na alimentação relacionadas a seletividade. As estaturas para a idade (E/I) deles estão adequadas, mas o IMC para a idade (IMC/I) do adolescente de 10 anos indica sobrepeso e o do adolescente de 16 anos indica risco de sobrepeso. Um adolescente de 14 anos obteve soma de 10 pontos para o fator, sendo que sua E/I se encontra adequada e seu IMC/I se enquadra em eutrofia.

Ademais, 1 adolescente de 14 anos obteve soma de 5 pontos para o fator seletividade, podendo ser observada poucas dificuldades relacionadas a esse fator, a E/I indica estatura adequada para idade e seu IMC/I indica eutrofia. Outros 5 adolescentes obtiveram 4 como soma do fator seletividade alimentar, indicando quase nenhuma dificuldade alimentares relacionadas a seletividade, sendo que suas E/I, indica que 1 desses 4 adolescentes possui muita baixa estatura para idade, outros 2 possui baixa estatura para idade e 2 tem estatura adequada para idade, em relação aos seus IMC/I, 1 adolescente possui magreza acentuada, 1 indica magreza, 2 se enquadram em eutrofia e 2 se enquadram em sobrepeso.

Um adolescente de 10 anos obteve soma de 2 pontos no fator seletividade, sendo que a E/I está adequada, mas seu IMC/I indica obesidade. Por fim, dos 12 adolescentes, 2 obtiveram soma de 1 ponto no fator seletividade alimentar, indicando praticamente nenhuma dificuldade alimentar relacionada a esse fator, as E/I estão adequadas, mas o IMC/I do adolescente de 11 anos indica sobrepeso e do adolescente de 12 anos indica eutrofia.

**Tabela 4 - Análise dos Índices Antropométricos e Seletividade Alimentar em Adolescentes com TEA.**

Idade	Sexo	Peso	Altura	IMC	E/I	IMC/I	Seletividade alimentar
10	M	55,5	1,35	30,45	-0,8	3,68	2
10	M	19,3	1,15	14,59	-3,7	-1,31	4
10	M	46,43	1,42	23,03	0,21	2,26	11
10	M	69,5	1,54	29,31	1,65	2,96	4
11	M	46	1,42	22,81	-0,19	2,08	1
12	M	40,5	1,56	16,64	0,00	-0,83	1
14	M	43	1,6	16,80	-0,86	-1,33	5
14	M	43,2	1,58	17,30	-1,21	-1,08	10
14	M	32,9	1,47	15,23	-2,13	-2,2	4
14	M	36,1	1,52	15,63	-1,28	-1,81	4
15	M	36	1,53	15,38	-2,86	-3,01	4
16	M	75,2	1,65	27,62	-1,17	1,88	11

Fonte: Silva DFC, et al., 2025.

## DISCUSSÃO

A partir dos resultados do perfil dos participantes da pesquisa, foi possível observar o predomínio do sexo masculino em comparação ao feminino, estando de acordo com dados que relatam a prevalência de 1 menina para a média de 3,5 a 4 meninos, além do autismo ser 4 vezes mais comum no sexo masculino do que no feminino (CAETANO MV e GURGEL DC, 2018; LIMA KR, et al., 2024).

De acordo com a revisão de Costa MMG, et al. (2024), estudos realizados para avaliação do estado nutricional e a frequência do consumo alimentar de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) mostraram que a maioria das crianças se apresentava dentro da faixa nutricional de eutrofia, porém, as demais crianças apresentaram uma tendência ao sobrepeso e obesidade.

Nesse contexto, as crianças deste estudo encontravam-se dentro da faixa de normalidade para o P/I, porém 2 das 11 crianças apresentaram diagnóstico nutricional de sobrepeso (18%). O que corrobora com a prevalência mundial de 19,8% de sobrepeso em indivíduos com TEA (LI YJ, et al., 2020).

A análise do IMC/I demonstrou que houve uma grande variação entre os participantes, sendo que a maioria das crianças se enquadraram em eutrofia, diferente dos adolescentes que se encontravam em outras categorias do IMC com tendência para o sobrepeso. Esses achados provavelmente podem estar relacionados ao comportamento alimentar seletivo, que propicia o consumo excessivo de alimentos processados e ultraprocessados que podem gerar deficiências nutricionais afetando o crescimento e o estado nutricional dessas crianças e adolescentes, além de elevar o risco para a ocorrência de sobrepeso e obesidade (CURTIN C, et al., 2005; ARAÚJO PSF, et al., 2023).

No grupo estudado “engolir alimentos sem mastigá-los o bastante” pode-se apresentar como um fator preocupante no que se refere a atrasos no desenvolvimento das habilidades motoras orais, encontrando-se as crianças em diferentes níveis de desenvolvimento, o que pode implicar em ganho de peso relacionado a dificuldades no controle do volume mastigado e ingerido, ademais uma boa mastigação auxilia no processo de saciedade (APOLINÁRIO RMC, et al., 2008).

Na Seletividade alimentar ressaltamos que o item “evita comer vegetais cozidos e/ou crus”, devido a diversidade na frequência do grupo estudado, pode estar relacionado tanto as escolhas familiares limitadas, quando a uma sensibilidade sensorial que afeta o tato, paladar e olfato que estão diretamente relacionados a seletividade no TEA (ALIBRANDI A, et al., 2023).

Portanto, a sensibilidade sensorial oral atípica com resposta de hipersensibilidade sensorial para estímulos no paladar e olfato, poderia explicar o consumo insuficiente de vegetais, recusa alimentar e dieta restritivas (CHISTOL LT, et al., 2018).

Foi encontrada uma maior dificuldade em utilizar os talheres e outros utensílios, estando em conformidade com estudos que indicam a existência de dificuldades derivadas de acometimentos motores

identificadas em pacientes com TEA, neste sentido, o ato de se alimentar necessita de uma participação mais efetiva do cuidador para que a criança realize com segurança as refeições diárias (ARAÚJO PSF, et al., 2023).

Embora a maioria tenha relatado comportamentos rígidos relacionados à alimentação, como comer sempre no mesmo lugar, comportamentos repetitivos e rituais durante as refeições, é necessário avaliar cuidadosamente a influência destes comportamentos com a ingestão adequada e variadas de alimentos. Um estudo realizado na Dinamarca identificou que crianças que possuem rituais para comer possuem maior chance de inadequação na ingestão nutricional de macronutrientes e micronutrientes (AGUIAR DT e SICA CDA, 2023; RODRIGUES CPS, et al., 2020).

O Comportamento opositor relacionado a alimentação, como pegar a comida fora do horário das refeições, pode favorecer escolhas pouco saudáveis aumentando o consumo de alimentos ultraprocessados que estão diretamente relacionados ao surgimento de doenças crônicas e ao ganho de peso (ARAÚJO PSF, et al., 2023).

Entre os 23 participantes, 5 relataram algum tipo de alergia e algum grau de intolerância a lactose, sendo importante enfatizar que as dietas isentas de glúten, lactose e/ou caseína são indicadas para amenizar os sintomas gastrointestinais e comportamentos relacionados ao TEA, embora sejam necessários mais estudos para comprovação da eficácia do uso de dietas específicas, é importante realizar uma boa anamnese alimentar, reduzir ou restringir determinados alimentos, e melhorar o padrão da dieta e bem-estar do autista (GOULARTE LM, et al., 2020).

As crianças e adolescentes com maiores pontos para a seletividade alimentar apresentaram maiores alterações nos índices antropométricos, principalmente no IMC para a idade (IMC/I). Nesse sentido, os autistas estudados apresentaram recusa alimentar, que geralmente está associada a sensibilidade sensorial a textura, cor e aparência; repertório alimentar limitado, tendo preferência por alimentos ultraprocessados ricos em carboidratos simples; baixo consumo de verduras e frutas; e ingestão alimentar de alta frequência, onde se tem uma grande ingestão do mesmo alimento ao longo do dia, ficando evidente uma monotonia alimentar.

A seletividade alimentar contribui para o desenvolvimento de deficiências nutricionais que afetam o estado nutricional, propiciando uma alta prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes (ATLLEE A, et al., 2015; MORAES LS, et al., 2021; SETTA BRS, et al., 2022).

De acordo com Kummer A, et al. (2016), crianças e adolescentes com TEA acompanhados em ambulatório apresentaram risco para sobrepeso e obesidade do que em comparação com indivíduos com desenvolvimento típico. Assim, a seletividade alimentar pode trazer implicações tanto no desenvolvimento infantojuvenil, como no excesso de peso e no déficit de crescimento, tanto físico, quanto neuropsicomotor como também pode causar impactos na qualidade de vida quando adulto (LIMA KR, et al., 2024; AGUIAR DT e SICA CDA, 2023).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da seletividade alimentar em crianças e adolescentes, com o Transtorno do Espectro Autista (TEA), reforça os comportamentos alimentares de riscos para a ocorrência da baixa estatura, do sobrepeso e da obesidade, demonstrando a importância de se monitorar os índices antropométricos: peso pra idade (P/I), estatura para idade (E/I) e IMC para idade (IMC/I) e corrigir os comportamentos prejudiciais à uma alimentação adequada. Dessa maneira, enfatizamos a necessidade de mais estudos sobre o comportamento alimentar de crianças e adolescentes, com TEA, para uma melhor compreensão das alterações no estado nutricional com impactos na saúde, assim como, a atuação do terapeuta ocupacional e do psicólogo comportamental em conjunto com o nutricionista.

**REFERÊNCIAS**

1. AGUIAR DT, SICA CDA. Comportamento alimentar de crianças com Transtorno Espectro Autista. *Brazilian Journal of Health Review*, 2023, 6: e33322-33334.
2. ALIBRANDI A, et al. Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder: A Statistical Analysis in Southern Italy. *Children*, 2023,10: 1553.
3. APOLINÁRIO RMC, et al. Mastigação e dietas alimentares para redução de peso. *Revista Cefac*, 2008, 10:191-199.
4. ARAUJO PSF, et al. A influência da nutrição no comportamento alimentar e estado nutricional de crianças com transtorno do espectro autista The influence of nutrition on the behavior and nutritional status of children with autism spectrum disorder, *Revista da Associação Brasileira de Nutrição - Rasbran*, 2023, 10: 35-47.
5. ATTLE A, et al. Physical status and feeding related a problem. These difficulties behavior of children with autism. *Indian J. Pediatric* 2015, 8: 682-687.
6. BREDI C, et al. Programmes to manage food selectivity in individuals with autism spectrum disorder. *Nutrition Research Reviews*. 2024;1-14.
7. BYRSKA A, et al. Patterns of food selectivity among children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 2023,12: 5469.
8. CAETANO MV, GURGEL DC. Nutritional profile of children bearing autism spectrum disorder. *Revista Brasileira em Promoção da Saude*, 2018, 31: 1-11.
9. CHISTOL LT, et al. Sensory Sensitivity and Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2018, 2: 583-591.
10. COSTA MMG, et al. Perspectivas das abordagens nutricionais no transtorno do espectro autista. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2024, 24: e15177.
11. CURTIN C, et al. Food Selectivity, Mealtime, behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with spectrum disorder. *J. autism Dev. Disord* 2015, 45: e33083315.
12. FACCIOLI LS, et al. Avaliação do consumo e comportamento alimentar em pacientes com Transtorno do Espectro Autista. *Clinical and biomedical research*, 2016, 36: 510-520.
13. FREITAS P, et al. Possível relação das alterações dietéticas de micronutrientes com a sintomatologia comportamental no distúrbio do espectro autista. *Jornal Memorial da Medicina*, [S. l.], 2020, 1: 37-45.
14. GOULARTE LM, et al. Transtorno do Espectro Autista (TEA) e hipersensibilidade alimentar: perfil nutricional e prevalência de sintomas gastrointestinais. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN*, 2020, 11: 48-58.
15. HARRIS HÁ, et al. Child autistic traits, food selectivity, and diet quality: a population-based study. *The Journal of nutrition*, 2022, 152: 856-862.
16. 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, 34: 71-77.
17. LAZARO CP, et al. Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação. *J Bras Psiquiatr*, 2019; 68(4):191-9.
18. LI YJ, et al. Global prevalence of obesity, overweight and underweight in children, adolescents and adults with autism spectrum disorder, attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*, 2020; 21: e13123.
19. LIMA KR, et al. Transtorno do espectro autista: implicações dietéticas em crianças e adolescentes. *Global Dialogue*, 2024, 7: 150-168.
20. MENDIVE DP, GUERENDIAIN M. Dietary intake, nutritional status and sensory profile in children with autism spectrum disorder and typical development. *Nutrients* 2022, 14: 2155.
21. MORAES LS, et al. Seletividade alimentar em crianças e adolescente com transtorno do espectro autista. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN*, 2021, 12: 42-58.
22. ONIS M, et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 85. Num.9. p. 660-667. 2007.
23. SETTA BR SILVA, et al. Fatores de risco para sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes autistas: um estudo de caso. *Congres Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares*. 2022. 2: 1-9.