BOCA
BOLETIM DE CONJUNTURA

O PAPEL DO NUTRICIONISTA NO MANEJO DOS AGRAVOS ASSOCIADOS À SELETIVIDADE ALIMENTAR DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE ROLE OF NUTRITIONISTS IN MANAGING COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH FOOD SELECTIVITY IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: AN INTEGRATIVE REVIEW

EL PAPEL DEL NUTRICIONISTA EN EL MANEJO DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA SELECTIVIDAD ALIMENTARIA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: REVISIÓN INTEGRADORA

https://doi.org/10.56238/bocav25n83-032

Data de submissão: 27/09/2026 **Data de publicação:** 27/10/2026

Nayre Luane Alves Albuquerque
Graduanda em Nutrição
Instituição: Universidade da Amazônia (UNAMA)
E-mail: nayreluanepureza@gmail.com

Rozangela de Sousa Melo
Graduanda em Nutrição
Instituição: Universidade da Amazônia (UNAMA)
E-mail: kelsonkethly@gmail.com

RESUMO

Objetivo: examinar como a atuação do nutricionista pode contribuir para o manejo dos problemas nutricionais relacionados à seletividade alimentar de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), considerando as características da recusa, o estado nutricional e a participação dos cuidadores. Método: revisão integrativa de artigos publicados de 2021 a 2026, identificados por meio de buscas informadas nas bases SciELO, PubMed, LILACS e Scopus. O registro consolidado apresentou 563 referências triadas; 531 foram excluídas pelo título e 12 após a leitura do resumo, permanecendo 20 publicações para análise. Resultados: os estudos descreveram repertório alimentar limitado e recusa associada a características sensoriais, rigidez comportamental e dificuldades nas refeições. Peso adequado ou excessivo não excluiu baixa diversidade alimentar nem possíveis inadequações da dieta. A avaliação combinada de consumo e crescimento, a ampliação gradual do repertório, o acompanhamento da família e a articulação com outras profissões constituíram as principais implicações para a prática. Conclusão: o nutricionista dispõe de recursos para identificar riscos e individualizar o cuidado, mas os desenhos predominantes na produção analisada não permitem estimar com segurança o efeito causal dessas ações na redução dos agravos. Restrições dietéticas devem depender de indicação clínica individual.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar. Criança. Nutricionistas. Seletividade Alimentar. Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT
Objective: To examine how nutritionists can contribute to managing nutritional problems associated with food selectivity in children with autism spectrum disorder (ASD), considering food refusal patterns, nutritional status, and caregiver involvement. Methods: An integrative review of articles published between 2021 and 2026, based on searches reported for SciELO, PubMed, LILACS, and Scopus. The consolidated screening record contained 563 references; 531 were excluded after title screening and 12 after abstract assessment, leaving 20 publications for analysis. Results: The studies described restricted food repertoires and refusal linked to sensory characteristics, behavioral rigidity, and mealtime difficulties. Normal weight or overweight did not rule out limited dietary diversity and possible nutritional inadequacies. Combined dietary and growth assessments, gradual expansion of accepted foods, family guidance, and interdisciplinary collaboration were the main implications for practice. Conclusion: Nutritionists can identify risks and tailor care to each child's needs, although the predominance of observational studies and literature reviews prevents reliable estimates of the causal effects of these actions on clinical outcomes. Restrictive diets require individual clinical justification.

Keywords: Autism Spectrum Disorder. Child. Feeding Behavior. Food Selectivity. Nutritionists.

RESUMEN
Objetivo: examinar la contribución del nutricionista al manejo de los problemas nutricionales asociados a la selectividad alimentaria en niños con trastorno del espectro autista (TEA), considerando las características del rechazo, el estado nutricional y la participación de los cuidadores. Método: revisión integradora de artículos publicados entre 2021 y 2026, a partir de búsquedas informadas en SciELO, PubMed, LILACS y Scopus. El registro consolidado contenía 563 referencias; 531 fueron excluidas por el título y 12 después de evaluar los resúmenes, de modo que se analizaron 20 publicaciones. Resultados: los estudios describieron repertorios alimentarios limitados y rechazo relacionado con características sensoriales, rigidez conductual y dificultades durante las comidas. El peso adecuado o excesivo no descartó una baja diversidad de la dieta ni posibles insuficiencias nutricionales. La valoración conjunta del consumo y del crecimiento, la ampliación gradual del repertorio, la orientación familiar y la colaboración interdisciplinaria fueron las principales implicaciones clínicas. Conclusión: el nutricionista puede reconocer riesgos y adaptar la atención, pero los diseños predominantes no permiten estimar con seguridad efectos causales sobre los problemas nutricionales. Las dietas restrictivas requieren una indicación clínica individual.

Palabras clave: Conducta Alimentaria. Infancia. Nutricionistas. Selectividad Alimentaria. Trastorno del Espectro Autista.

1 INTRODUÇÃO

A recusa de determinados alimentos na infância nem sempre corresponde a uma preferência passageira. Entre crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a aceitação pode ficar restrita a poucas preparações, marcas ou consistências, e pequenas mudanças na apresentação da refeição podem comprometer a ingestão. A importância clínica desse comportamento aparece em estudos brasileiros com populações distintas. Moraes *et al.* (2021), ao avaliarem 73 crianças e adolescentes, registraram seletividade em 53,4% dos participantes e identificaram relação frequente com odor, textura, aparência e temperatura. Alves *et al.* (2024) encontraram 59,8% entre 92 crianças, com maior ocorrência no grupo pré-escolar. Os percentuais não são diretamente comparáveis nem representam uma estimativa nacional, mas indicam a necessidade de investigar o padrão alimentar de maneira sistemática, em vez de atribuir toda recusa a uma fase do desenvolvimento.

A dificuldade de aceitar alimentos novos pode envolver, simultaneamente, aquilo que a criança percebe, o que consegue executar durante a refeição e a previsibilidade de que necessita para comer. Limitações de mastigação, resistência a mudanças e agitação não são fenômenos idênticos, embora possam aparecer na mesma situação. Na avaliação de 21 crianças e adolescentes com TEA realizada por Lemes *et al.* (2023), os domínios de seletividade, comportamento e motricidade da mastigação apresentaram alterações e correlações. A coexistência desses aspectos impede compreender a alimentação apenas por uma lista de itens recusados: conhecer a consistência tolerada, a forma de oferta e a reação durante a refeição pode ser tão importante quanto calcular nutrientes. Uma orientação baseada somente em substituições alimentares tende a deixar sem resposta parte das barreiras que sustentam a recusa.

As refeições também são vividas e organizadas por pessoas que acompanham a criança diariamente. Quando o alimento é rejeitado repetidas vezes, os responsáveis precisam decidir o que oferecer, se insistem, se substituem a preparação e como lidam com a tensão à mesa. Nas entrevistas realizadas por Magagnin *et al.* (2021), familiares relataram baixa aceitação de sólidos, recusa alimentar, sintomas gastrointestinais e presença de produtos processados e ultraprocessados, além de dificuldades para reconhecer a participação dos estímulos sensoriais. Essa experiência mostra por que uma prescrição tecnicamente adequada pode ser pouco útil se não dialogar com a rotina doméstica. Explicar a possível relação entre textura, cheiro e recusa, escutar as tentativas já realizadas e construir objetivos compatíveis com a família são condições para que o acompanhamento ultrapasse a consulta.

O trabalho do nutricionista começa pela identificação do que a criança efetivamente consome e dos riscos que decorrem desse padrão, não pela escolha imediata de uma dieta idealizada. Pereira *et al.* (2021) situam a avaliação nutricional e o planejamento alimentar entre as atribuições desse profissional, ressaltando a necessidade de considerar características dos alimentos e de atuar em conjunto com outras áreas. Crianças com o mesmo diagnóstico podem manter repertórios muito diferentes, com níveis distintos de tolerância a cores, aromas e texturas e com necessidades clínicas igualmente particulares. Por isso, a história alimentar precisa ser relacionada ao crescimento, aos sintomas associados, às possibilidades de substituição e às condições de preparo e oferta. A individualização, nesse contexto, corresponde a uma decisão fundamentada em dados da criança, e não apenas à adaptação superficial de um cardápio.

O peso corporal não permite reconhecer, isoladamente, todos os problemas decorrentes de uma alimentação pouco variada. Uma criança pode receber energia suficiente para manter o crescimento e, ainda assim, consumir repetidamente alimentos de poucos grupos e apresentar risco de baixa ingestão de determinados nutrientes. Na amostra de Moraes *et al.* (2021), 42,5% dos participantes apresentavam excesso de peso, enquanto Rabelo Neto *et al.* (2025) encontraram predomínio de peso adequado em um grupo de 27 crianças, apesar da persistência de comportamentos alimentares restritivos. Os dois resultados afastam a associação automática entre seletividade e baixo peso. Para a prática clínica, a pergunta deixa de ser apenas se a criança está abaixo ou acima de determinado indicador antropométrico e passa a incluir como ela alcança sua ingestão diária e quais alimentos permanecem sistematicamente ausentes.

Caracterizar a seletividade de maneira precisa constitui outro desafio. Aguiar *et al.* (2024), em revisão de seis estudos, destacaram textura, odor, temperatura e aparência entre as propriedades frequentemente relacionadas à recusa. Lobo *et al.* (2023), por sua vez, chamaram atenção para diferenças entre definições e instrumentos utilizados para reconhecer o fenômeno. Essas duas observações precisam ser consideradas em conjunto: a presença recorrente de alterações sensoriais não significa que todas as crianças apresentem o mesmo tipo ou a mesma intensidade de dificuldade. Antes de formular metas dietéticas, é necessário identificar alimentos aceitos e rejeitados, propriedades que desencadeiam desconforto, situações em que a recusa se intensifica e consequências sobre a ingestão e a convivência familiar. O diagnóstico de TEA, por si só, não oferece esse detalhamento.

As propostas de intervenção variam também quanto ao tipo de problema que procuram tratar e à força das evidências disponíveis. Senna *et al.* (2021) discutiram dietas de exclusão e suplementação

de ômega-3, mas reconheceram a necessidade de estudos mais consistentes antes de recomendações amplas. Em outro campo de atuação, Oliveira e Souza (2022) acompanharam uma criança submetida a intervenção de integração sensorial, com melhora da aceitação alimentar ao longo do seguimento. Ferreira *et al.* (2022) identificaram resultados favoráveis de procedimentos comportamentais em parte dos estudos revisados, sem que uma estratégia isolada se mostrasse suficiente em todas as situações. A diferença entre uma revisão sobre dieta, um estudo de caso e uma síntese de intervenções comportamentais impede tratá-los como provas equivalentes de eficácia. O cuidado exige a identificação do problema predominante e a definição das competências profissionais envolvidas.

A participação da família deixa de ser apenas apoio à prescrição quando a ampliação do repertório depende de experiências repetidas fora do consultório. Aguiar e Sica (2023) ressaltaram a importância de acompanhar o comportamento alimentar e orientar responsáveis; Moura *et al.* (2024) discutiram como pais e cuidadores interferem nas práticas de oferta e na continuidade das estratégias. Em revisão mais recente, Silva *et al.* (2026) reuniram aspectos sensoriais, gastrointestinais e comportamentais para defender condutas ajustadas às necessidades individuais. Esses trabalhos abordam dimensões diferentes, mas apontam uma exigência clínica comum: as mudanças precisam ser compreendidas e viáveis para quem prepara e oferece os alimentos. Sem essa correspondência, orientações corretas em termos nutricionais podem permanecer distantes do cotidiano da criança.

Há uma diferença importante entre descrever um comportamento alimentar e demonstrar que determinada conduta profissional reduz seus agravos. As publicações brasileiras selecionadas oferecem informações sobre frequência de recusa, qualidade da dieta, condições familiares e possibilidades de intervenção, mas incluem muitos delineamentos transversais e revisões, com poucos acompanhamentos prolongados. Estudos dessa natureza ajudam a reconhecer necessidades e a formular orientações plausíveis; não estabelecem, entretanto, quanto a atuação isolada do nutricionista modifica anemia, excesso de peso, inadequação de micronutrientes ou outros desfechos clínicos. A pergunta relevante não é apenas quais estratégias são recomendadas, mas o que foi efetivamente observado após sua utilização e quais limites devem acompanhar a interpretação dos resultados.

Diante desse quadro, investigou-se quais estratégias nutricionais descritas em pesquisas recentes podem contribuir para prevenir ou manejar problemas relacionados à seletividade alimentar em crianças com TEA. O objetivo foi analisar os agravos identificados, as práticas de avaliação e orientação nutricional, a participação dos cuidadores e os resultados relatados sobre consumo e comportamento alimentar. A revisão adotou como pressuposto que um acompanhamento

individualizado permite reconhecer e manejar riscos que poderiam passar despercebidos em avaliações centradas apenas no peso. A possibilidade de reduzir efetivamente esses agravos, porém, foi examinada à luz dos métodos e dos desfechos apresentados em cada publicação.

2 MÉTODO

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa e análise descritivo-interpretativa. A escolha desse delineamento permitiu reunir investigações com métodos distintos, considerando que a produção sobre alimentação no TEA contempla estudos observacionais, trabalhos qualitativos, relatos clínicos e revisões. A pergunta de pesquisa e os critérios de elegibilidade orientaram a seleção das publicações. Para descrever a passagem entre identificação, triagem e inclusão, utilizou-se um fluxograma inspirado nas recomendações de transparência do PRISMA 2020, conforme Page *et al.* (2021), sem classificar esta investigação como revisão sistemática.

As buscas bibliográficas foram registradas nas bases SciELO, PubMed, LILACS e Scopus. A estratégia relacionou, em português e inglês, descritores referentes ao transtorno do espectro autista, à seletividade alimentar, ao comportamento alimentar, ao nutricionista e à orientação nutricional, incluindo autism spectrum disorder, food selectivity, feeding behavior, nutritionist e nutrition counseling. As combinações empregaram os operadores AND e OR para associar a condição clínica ao fenômeno alimentar e ao cuidado profissional. O registro consolidado apresenta a quantidade total encaminhada à triagem, mas não discrimina a recuperação em cada base nem conserva todas as expressões completas das consultas. Essa ausência limita a reprodução exata das buscas e não permite estimar posteriormente os valores faltantes.

Foram considerados elegíveis artigos publicados entre 2021 e 2026, com texto completo disponível em português, inglês ou espanhol, que tratassem de crianças ou adolescentes com TEA e examinassem seletividade, comportamento alimentar, avaliação nutricional, intervenções dietéticas ou orientação familiar. A inclusão de estudos primários e de revisões decorreu da própria pergunta: além de caracterizar os agravos, interessava identificar ações profissionais discutidas na produção científica. Privilegiaram-se periódicos brasileiros e registros com dados de autoria, publicação e DOI ou endereço institucional, mantendo-se explícito o recorte adotado na construção do corpus.

Não atenderam aos critérios trabalhos voltados exclusivamente a adultos, publicações sem acesso ao texto integral, registros duplicados e estudos que apenas mencionavam TEA sem examinar questões alimentares pertinentes ao objetivo. Também foram desconsiderados os textos cujo foco não

permitia identificar características da seletividade, repercussões nutricionais ou implicações para o cuidado. Nenhum dos 20 artigos submetidos à avaliação integral foi posteriormente excluído, conforme a documentação consolidada do estudo.

O registro de triagem reúne 563 referências examinadas inicialmente pelos títulos. Dessa etapa resultaram 531 exclusões e 32 resumos para avaliação; 12 resumos não preencheram os critérios e os 20 textos restantes foram lidos integralmente e incluídos. A sequência é, portanto, 563 registros triados, 32 resumos avaliados e 20 estudos analisados. Não estavam disponíveis contagens individuais por base nem o número de eventuais duplicatas retiradas antes da triagem. Esses dados não podem ser recuperados por simples operação aritmética, de modo que a descrição do método mantém a distinção entre os quantitativos documentados e as informações ausentes.

A extração das informações considerou autoria, ano, periódico, objetivo, desenho metodológico, população ou material analisado, resultados principais e implicações para a prática nutricional. O conteúdo foi comparado em cinco eixos: manifestações da seletividade; fatores sensoriais, motores e comportamentais; estado nutricional e qualidade da dieta; intervenções e recomendações clínicas; e participação familiar. Quando um resultado quantitativo era apresentado no artigo de origem, ele foi relacionado ao tamanho e às características da amostra, evitando comparações diretas entre percentuais produzidos por procedimentos diferentes. Essa organização permitiu discutir tanto as aproximações entre os estudos quanto os limites que impedem inferências causais.

As características metodológicas e os achados das publicações foram reunidos em tabelas para preservar a relação entre população estudada, resultado observado e possível aplicação clínica. A discussão foi desenvolvida por temas, e não pela apresentação sucessiva dos artigos, com atenção especial às diferenças entre estudos de caracterização, intervenções e revisões bibliográficas.

Na interpretação dos resultados, associações observacionais não foram tratadas como evidência de eficácia terapêutica, e achados de estudos de caso foram mantidos no alcance do contexto investigado. A pesquisa utilizou publicações disponíveis e não envolveu recrutamento, contato com participantes ou tratamento de informações pessoais identificáveis. Por se restringir à análise bibliográfica, a presente etapa não demandou submissão de um protocolo de coleta com seres humanos a comitê de ética.

A estratégia de busca articulou três componentes da pergunta: TEA, manifestações de seletividade ou comportamento alimentar e cuidados nutricionais. A Tabela 1 registra os descritores utilizados nesses componentes e exemplos das combinações em português e inglês. O cruzamento dos

termos procura reduzir a recuperação de estudos que descrevem o transtorno sem abordar as dificuldades concretas de alimentação.

Tabela 1 – Eixos da estratégia de busca bibliográfica

Eixo	Português	Inglês
Condição	Transtorno do Espectro Autista	autism spectrum disorder
Fenômeno alimentar	seletividade alimentar; comportamento alimentar	food selectivity; feeding behavior
Atuação profissional	nutricionista; orientação nutricional	nutritionist; nutrition counseling
Combinações	(TEA AND seletividade alimentar); (TEA AND comportamento alimentar AND nutricionista)	(autism spectrum disorder AND food selectivity); (ASD AND feeding behavior AND nutrition counseling)

Fonte: elaboração das autoras a partir dos descritores informados no projeto de pesquisa.

A inclusão de termos referentes à conduta profissional tornou possível examinar, ao lado da descrição dos hábitos alimentares, a utilidade clínica dos resultados encontrados. Essa delimitação é relevante porque estudos que medem seletividade e pesquisas que discutem orientação nutricional não respondem exatamente à mesma pergunta, embora ambos possam contribuir para avaliar os riscos e o manejo proposto.

3 RESULTADOS

O corpus reuniu 20 artigos publicados de 2021 a 2026, predominantemente em periódicos brasileiros. Onze apresentaram dados primários e nove corresponderam a revisões ou sínteses bibliográficas. Entre as pesquisas empíricas, a maioria adotou delineamento transversal; houve ainda investigação qualitativa com cuidadores e acompanhamento de um caso. A diversidade de métodos ampliou a possibilidade de examinar hábitos, condições clínicas e propostas de intervenção, mas impôs um limite à síntese: prevalências observadas em momentos específicos, relatos familiares e mudanças acompanhadas em um único participante não medem o mesmo fenômeno nem fornecem igual evidência sobre eficácia.

A seleção registrada na Figura 1 partiu de 563 referências submetidas à leitura dos títulos, das quais 531 foram excluídas. A avaliação dos 32 resumos restantes levou à retirada de 12 publicações, e os 20 textos examinados integralmente foram mantidos na análise. As informações disponíveis permitem acompanhar esse percurso a partir da triagem, mas não reconstruir a contribuição de cada

base nem a etapa anterior de eliminação de possíveis duplicatas. A ausência desse detalhamento deve ser considerada na apreciação da reprodutibilidade das buscas, sem alterar o número de estudos efetivamente descritos na revisão.

Figura 1 – Fluxo de identificação, triagem e inclusão das publicações

IDENTIFICAÇÃO E TRIAGEM	REGISTROS EXCLUÍDOS
Registros submetidos à triagem bibliográfica: n = 563 SciELO, PubMed, LILACS e Scopus	Exclusões após leitura de títulos: n = 531
↓ Resumos examinados: n = 32	Exclusões após leitura de resumos: n = 12
↓ Artigos avaliados na íntegra: n = 20	Exclusões após leitura integral: n = 0
↓ Estudos incluídos na síntese: n = 20	Total distribuído por base e duplicatas pré-triagem: não informado

Fonte: elaboração com base no registro consolidado da seleção bibliográfica; apresentação adaptada das recomendações de Page *et al.* (2021). Os totais por base e o número de duplicatas removidas antes da triagem não estavam disponíveis.

Os artigos selecionados abordaram questões complementares. Parte deles descreveu a frequência de repertórios alimentares restritos e as características das crianças avaliadas; outros examinaram sensorialidade, comportamento durante as refeições, mastigação e qualidade da dieta. Um terceiro conjunto discutiu intervenções, orientações aos responsáveis e relações com o acompanhamento multiprofissional. A Tabela 2 associa os métodos empregados a seus principais resultados, permitindo reconhecer, em cada caso, se a publicação apresenta dados próprios ou uma interpretação da literatura. Essa distinção é indispensável quando se passa da descrição dos problemas para recomendações destinadas ao cuidado nutricional.

Tabela 2 – Características e contribuições dos 20 estudos selecionados

Estudo	Desenho / amostra	Principais achados	Contribuição para o cuidado
Moraes et al. (2021)	Transversal; 73 crianças/adolescentes	53,4% apresentaram seletividade; odor, textura, aparência e temperatura foram fatores sensoriais frequentes; 42,5% tinham excesso de peso.	Avaliação deve integrar padrão sensorial, consumo e estado nutricional, sem presumir baixo peso.
Alves et al. (2024)	Transversal; 92 crianças, 2-9 anos	59,8% apresentaram seletividade; frequência maior entre pré-escolares; diferentes grupos alimentares foram recusados.	Reforça identificação precoce e atuação multiprofissional, com participação do nutricionista.

Estudo	Desenho / amostra	Principais achados	Contribuição para o cuidado
Lemes et al. (2023)	Transversal; 21 crianças/adolescentes, 2-14 anos	Maiores alterações em seletividade (34,4%), aspectos comportamentais (27,1%) e motricidade da mastigação (21,9%).	Indica que avaliação nutricional deve considerar comportamento e dificuldades motoras da refeição.
Magagnin et al. (2021)	Qualitativo; 14 pais	Recusa, baixa aceitação de sólidos, sintomas gastrointestinais e consumo de processados/ultraprocessados; lacuna no conhecimento de cuidadores sobre aspectos sensoriais.	Orienta educação alimentar e comunicação com cuidadores a partir da experiência real das refeições.
Pereira et al. (2021)	Revisão bibliográfica qualitativa	Destaca plano alimentar individualizado e consideração de textura, cor e aroma, articulados à equipe.	Define o nutricionista como avaliador e orientador, evitando abordagem dietética isolada.
Lobo et al. (2023)	Revisão; 11 estudos incluídos	Heterogeneidade dos estudos dificultou padronizar a caracterização da seletividade em crianças com TEA.	Recomenda descrição clínica detalhada do padrão alimentar antes de definir estratégias.
Aguiar et al. (2024)	Revisão; 6 estudos incluídos	Sensibilidade sensorial apareceu associada à recusa por textura, odor, temperatura e aparência.	Sustenta abordagem que considere gatilhos sensoriais e observação do comportamento nas refeições.
Rabelo Neto et al. (2025)	Transversal; 27 crianças, 3-10 anos	Comportamentos rígidos e seletividade estiveram entre os domínios mais pontuados; maioria apresentou peso adequado, apesar de problemas alimentares.	Mostra que antropometria deve ser combinada à avaliação qualitativa da dieta.
Pasquini; Cancelier (2025)	Transversal; cuidadores de 43 crianças/adolescentes	Evitação de frutas e verduras e agitação durante as refeições; grande variabilidade individual.	Reforça necessidade de conduta individualizada e orientação baseada no padrão específico da criança.
Senna et al. (2021)	Revisão de literatura	Relata achados favoráveis em parte da literatura, mas reconhece necessidade de estudos adicionais bem delineados.	Indica cautela com dietas restritivas e suplementação sem avaliação clínica individual.
Oliveira; Souza (2022)	Estudo de caso; menino de 5 anos, 1 ano e 5 meses de seguimento	Alterações sensoriais relacionadas à alimentação; integração sensorial associada a maior aceitação alimentar no caso acompanhado.	Demonstra valor da articulação do nutricionista com terapia ocupacional quando a recusa tem forte componente sensorial.
Ferreira et al. (2022)	Revisão sistemática	Poucos estudos; houve aumento de variabilidade alimentar, mas DRA isolado foi insuficiente em parte dos casos.	Sustenta estratégias combinadas e evita atribuir a uma técnica única a resolução da seletividade.

Estudo	Desenho / amostra	Principais achados	Contribuição para o cuidado
Aguiar; Sica (2023)	Descritivo, quantitativo, transversal	Seletividade e outros domínios da refeição foram avaliados por escala específica; estudo ressalta acompanhamento nutricional e informação a responsáveis.	Aproxima avaliação padronizada do planejamento de orientação familiar.
Moura; Valeriano; Viana (2024)	Revisão integrativa	A participação familiar e características de apresentação dos alimentos aparecem como componentes relevantes das estratégias dietéticas.	Coloca o cuidador como agente de continuidade entre consulta e rotina doméstica.
Silva et al. (2026)	Revisão	Integra fatores sensoriais, gastrointestinais e comportamentais e defende intervenções personalizadas e cuidadosas.	Atualiza a síntese e reforça planos individualizados, monitorados e interdisciplinares.
Lorena et al. (2022)	Transversal; 75 crianças, 2-10 anos	29% de seletividade nos alimentos avaliados; menor consumo de frutas, verduras e legumes; amostra acompanhada em instituição multiprofissional.	Reforça a avaliação do ambiente familiar e institucional e a ampliação gradual da variedade alimentar.
Bubolz et al. (2022)	Transversal; 113 participantes com TEA, 2-19 anos	70,4% apresentaram repertório limitado; média de 17,06 itens; 48,8% dos alimentos citados eram ultraprocessados.	Mostra que variedade e grau de processamento devem ser avaliados conjuntamente, não apenas peso corporal.
Assunção et al. (2024)	Exploratório/descritivo; 30 crianças, 3-11 anos	80% eram eutróficas; seletividade foi o comportamento alimentar de maior destaque; apenas escolaridade apresentou correlação com comportamento alimentar.	Reforça que eutrofia não exclui seletividade e que a conduta deve integrar antropometria e comportamento.
Pinto et al. (2025)	Revisão; 12 artigos	Fatores sensoriais, como textura, cor e cheiro, apareceram como componentes recorrentes da recusa; a revisão discute riscos de deficiências, desnutrição ou obesidade.	Sustenta abordagem personalizada, com investigação dos gatilhos sensoriais e monitoramento nutricional.
Rezende et al. (2026)	Revisão integrativa	A síntese relacionou seletividade a agravos gastrointestinais, excesso de peso e alterações metabólicas, ressaltando heterogeneidade dos desfechos.	Reforça acompanhamento interdisciplinar e vigilância de diferentes desfechos clínicos e nutricionais.

Fonte: elaboração a partir das publicações incluídas na revisão integrativa.

A comparação entre estudos mostra que a seletividade não se limita ao número de alimentos aceitos. A qualidade nutricional do repertório, a maneira como a recusa se manifesta e as condições familiares da refeição também variaram entre as amostras. Os resultados reunidos na Tabela 2, portanto, precisam ser lidos como informações sobre dimensões relacionadas, mas distintas. Essa leitura ajuda a evitar que dois participantes com peso semelhante ou com o mesmo rótulo de seletividade recebam orientações idênticas sem avaliação das dificuldades específicas.

3.1 PERFIL DA PRODUÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA SELETIVIDADE

A distribuição das publicações incluiu quatro estudos de 2021, quatro de 2022, três de 2023, quatro de 2024, três de 2025 e dois de 2026. Os trabalhos iniciais do recorte já documentavam a associação da recusa com características sensoriais e a percepção de dificuldades pelos cuidadores. As investigações posteriores acrescentaram dados sobre estado nutricional, frequência de consumo e organização das intervenções, mas não eliminaram as diferenças de definição e de instrumento identificadas nas revisões. Ao longo do período, persistiu uma concentração de estudos descritivos, enquanto avaliações controladas de resultados nutricionais permaneceram pouco representadas.

A frequência de seletividade variou conforme a amostra e o procedimento adotado para identificá-la. Moraes *et al.* (2021) encontraram 53,4% entre 73 crianças e adolescentes; Alves *et al.* (2024), 59,8% entre 92 crianças vinculadas a um movimento social em Macaé. Em Campinas, Lorena *et al.* (2022) avaliaram 75 crianças de dois a dez anos e registraram 29% de seletividade nos alimentos examinados, além de menor consumo de frutas, verduras e legumes em comparação com os familiares. Os três levantamentos apontam dificuldades alimentares relevantes, mas seus percentuais expressam recortes e critérios próprios. Transformá-los em uma média ou apresentá-los como prevalência brasileira apagaria diferenças de faixa etária, contexto e instrumento que interferem diretamente na medida.

Textura, cheiro, apresentação e temperatura apareceram de forma recorrente nas descrições da recusa. Moraes *et al.* (2021) registraram esses fatores entre participantes avaliados diretamente, enquanto Aguiar *et al.* (2024) encontraram sua presença em estudos reunidos por revisão bibliográfica. A observação clínica acompanhada por Oliveira e Souza (2022) acrescentou outra perspectiva: após um ano e cinco meses de seguimento, uma criança submetida a terapia de integração sensorial apresentou melhora na aceitação alimentar. Nesse caso, a duração do acompanhamento permite observar a evolução individual, mas não separa de maneira controlada o efeito da intervenção de outros

acontecimentos do período. O conjunto aponta relevância clínica da dimensão sensorial sem estabelecer uma resposta terapêutica uniforme.

Os resultados referentes à alimentação envolveram ainda rigidez, agitação e habilidades de mastigação. Lemes *et al.* (2023) encontraram alterações em diferentes domínios do comportamento alimentar, com relação entre seletividade e aspectos motores da refeição. Rabelo Neto *et al.* (2025) registraram pontuações expressivas em comportamentos rígidos e dificuldades durante as refeições, ao passo que Pasquini e Lobor Cancelier (2025) relataram evitação de frutas e verduras e manifestações de agitação. Tais resultados indicam que a categoria geral de recusa reúne barreiras de naturezas diferentes. Uma criança que não tolera determinada consistência pode demandar investigação distinta daquela cuja dificuldade principal ocorre diante de mudanças na rotina de apresentação do alimento.

3.2 AGRAVOS NUTRICIONAIS E ESTADO NUTRICIONAL

Os estudos sobre estado nutricional afastaram a expectativa de que seletividade e baixo peso necessariamente ocorram juntos. Moraes *et al.* (2021) relataram excesso de peso em 42,5% de sua amostra, na qual também foi frequente a seletividade. Na investigação de Rabelo Neto *et al.* (2025), prevaleceu o peso adequado entre 27 crianças, embora fossem identificados problemas de comportamento alimentar. Assunção *et al.* (2024) encontraram 80% de eutrofia em um grupo de 30 crianças de Belém, sem que a seletividade deixasse de figurar entre as alterações mais relevantes. Nenhum desses levantamentos permite afirmar, por si só, a presença de deficiência específica de micronutrientes; em conjunto, porém, demonstram que indicadores antropométricos não substituem a investigação da variedade e da composição da dieta.

A qualidade dos alimentos aceitos mostrou-se tão importante quanto a quantidade total ingerida. Nas entrevistas de Magagnin *et al.* (2021), pais mencionaram recusa, dificuldade com sólidos, sintomas gastrointestinais e participação de produtos processados e ultraprocessados. Pasquini e Lobor Cancelier (2025) documentaram a evitação de frutas e verduras, enquanto Rabelo Neto *et al.* (2025) identificaram consumo de guloseimas entre os grupos registrados. Em amostra de 113 crianças e adolescentes, Bubolz *et al.* (2022) encontraram repertório limitado em 70,4% e observaram que 48,8% dos alimentos citados eram ultraprocessados. As medidas utilizadas diferem, mas o quadro resultante é semelhante em um aspecto: uma alimentação energeticamente suficiente pode continuar restrita quanto aos grupos e às preparações consumidos, exigindo análise dietética além da classificação do peso.

Os sintomas gastrointestinais e as dietas de exclusão foram abordados principalmente em trabalhos de síntese. Senna *et al.* (2021) examinaram pesquisas sobre retirada de glúten e caseína e suplementação de ômega-3, reconhecendo achados favoráveis em parte da produção, mas também fragilidades metodológicas. Pinto *et al.* (2025) e Rezende *et al.* (2026) relacionaram a seletividade a possíveis agravos nutricionais e gastrointestinais e defenderam avaliação individual. As revisões não oferecem demonstração de que excluir grupos alimentares seja uma medida eficaz para todas as crianças com TEA. Pelo contrário, quando o repertório já é pequeno, qualquer restrição adicional precisa considerar o risco de reduzir a variedade e a necessidade de substituições nutricionalmente adequadas.

3.3 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES

Não se identificou uma intervenção dietética única aplicável aos diferentes perfis apresentados. Pereira *et al.* (2021) defenderam a adequação das escolhas alimentares às características de textura, aroma e aparência, em articulação com a equipe multiprofissional. Silva *et al.* (2026) reuniram aspectos sensoriais, comportamentais e gastrointestinais para sustentar o planejamento individualizado. Embora sejam trabalhos de revisão e não ensaios clínicos de efetividade, ambos localizam a decisão nutricional na avaliação concreta da criança. Isso significa que a seleção de substituições e metas de ampliação deve considerar tanto necessidades nutricionais quanto tolerâncias sensoriais e condições de manutenção das mudanças no ambiente familiar.

Algumas estratégias analisadas pertencem diretamente a outras áreas profissionais e interessam à nutrição por seus possíveis efeitos sobre a ingestão. No acompanhamento descrito por Oliveira e Souza (2022), uma intervenção de integração sensorial se associou à maior aceitação alimentar em um caso. Ferreira *et al.* (2022), ao examinarem procedimentos comportamentais, encontraram melhora de variabilidade alimentar em parte dos estudos, mas identificaram limites para o emprego isolado do reforço diferencial. A diferença de população, desenho e técnica impede a comparação direta dos efeitos. Na prática, o nutricionista acompanha adequação e diversidade da dieta, enquanto dificuldades sensoriais, motoras e comportamentais específicas podem exigir intervenção conjunta de profissionais habilitados.

Os cuidadores são responsáveis por parte decisiva da continuidade das orientações. Magagnin *et al.* (2021) identificaram dificuldades familiares para compreender componentes sensoriais da recusa; Moura *et al.* (2024) discutiram a influência dos responsáveis nas escolhas e estratégias dietéticas.

Pasquini e Lobor Cancelier (2025) acrescentaram registros de agitação durante as refeições e de evitação de grupos alimentares, situações que podem dificultar a execução de metas genéricas. Esses resultados não autorizam responsabilizar a família pelas dificuldades da criança. Indicam, antes, que orientações precisam ser discutidas com quem organiza as refeições, levando em conta alimentos disponíveis, tempo, formas de preparo e reações já observadas.

A aplicação clínica desses resultados exige considerar cada dimensão do problema sem reduzi-la à prescrição alimentar. A Tabela 3 relaciona fatores sensoriais, comportamentais, nutricionais e familiares às possibilidades de avaliação e de encaminhamento. As indicações nela reunidas representam implicações da literatura selecionada, e não um protocolo cuja eficácia tenha sido testada como um conjunto único.

Tabela 3 – Síntese dos achados e implicações para o cuidado nutricional

Dimensão	Achados dos estudos	Implicação para o cuidado
Sensorial	Textura, odor, cor, aparência e temperatura podem influenciar aceitação e recusa.	Investigar gatilhos e ampliar o repertório de forma gradual; articular com terapia ocupacional quando indicado.
Comportamental e motora	Rigidez de rotina, agitação e dificuldades de mastigação podem coexistir com a seletividade.	Observar situações de refeição e acionar fonoaudiologia, psicologia ou equipe comportamental quando necessário.
Estado nutricional	Peso adequado ou excesso de peso não excluem monotonia alimentar e baixo consumo de grupos específicos.	Combinar antropometria, história dietética, qualidade da ingestão e acompanhamento de sintomas.
Estratégias dietéticas	Não se observou suporte para dietas universais de exclusão na seletividade associada ao TEA.	Prescrever de maneira individualizada, monitorar substituições e indicar restrição somente com fundamento clínico.
Participação familiar	Conhecimentos, condições materiais e rotina dos cuidadores influenciam a continuidade das intervenções.	Negociar metas viáveis, registrar respostas da criança e reavaliar o plano continuamente.

Fonte: síntese temática dos 20 estudos analisados, com base nos achados de natureza sensorial, comportamental, nutricional e familiar.

Duas consequências se destacam na leitura da Tabela 3. A primeira é que o estado nutricional precisa ser avaliado junto da variedade efetivamente consumida; a segunda é que ampliar o repertório depende de identificar por que um alimento é recusado e quem pode ajudar a modificar essa condição. A articulação entre nutrição, família e outras profissões decorre dessa necessidade, não da presunção de que toda criança com TEA precise receber as mesmas intervenções.

4 DISCUSSÃO

4.1 SELETIVIDADE COMO FENÔMENO SENSORIAL, COMPORTAMENTAL E ALIMENTAR

A mesma expressão clínica, seletividade alimentar, pode designar comportamentos que exigem avaliações diferentes. Os levantamentos de Moraes *et al.* (2021), Alves *et al.* (2024), Lorena *et al.* (2022) e Bubolz *et al.* (2022) documentaram recusa ou repertório restrito, mas utilizaram amostras e medidas próprias. Lemes *et al.* (2023) acrescentaram a essa caracterização a relação entre alimentação, comportamento e motricidade da mastigação. Dessa aproximação decorre uma distinção essencial: contar alimentos aceitos descreve a extensão do repertório, mas não identifica necessariamente a razão da recusa. Duas crianças com diversidade alimentar semelhante podem diferir quanto à tolerância sensorial, às habilidades orais e à resposta a mudanças. O planejamento nutricional perde precisão quando essas diferenças não são investigadas antes da prescrição.

A dimensão sensorial se repetiu em desenhos metodológicos diferentes, embora com significados distintos em cada um. No estudo transversal de Moraes *et al.* (2021), características como odor, textura, aparência e temperatura integraram os fatores observados na seletividade; Aguiar *et al.* (2024), Silva *et al.* (2026) e Pinto *et al.* (2025) encontraram temas semelhantes ao reunir pesquisas de outros autores. Oliveira e Souza (2022) acompanharam individualmente uma criança e relataram melhora de aceitação após intervenção sensorial. A recorrência dessas descrições torna pertinente investigar estímulos que provocam desconforto, mas o resultado de um único caso não demonstra a eficácia geral de determinada técnica. Reconhecer essa diferença entre identificar um fator e comprovar uma intervenção impede recomendações que excedam a evidência.

Também não existe uniformidade suficiente para interpretar a categoria seletividade como explicação completa da dificuldade alimentar. Lobo *et al.* (2023) identificaram diferenças de definição e de instrumentos entre publicações, aspecto que repercute tanto na comparação de resultados quanto na rotina clínica. Recusa de consistências, rigidez quanto à forma de servir, limitação de mastigação e desconforto associado à alimentação podem coexistir, mas não são intercambiáveis. O registro clínico precisa indicar o que ocorreu, com quais alimentos, em que circunstâncias e com quais consequências. Uma descrição desse tipo é mais útil para definir prioridades e acompanhar mudanças do que a repetição do diagnóstico sem caracterização do comportamento.

A efetividade limitada de estratégias isoladas torna-se mais compreensível quando se considera a diversidade de fatores envolvidos. Ferreira *et al.* (2022) relataram que procedimentos de reforço diferencial produziram efeitos positivos em alguns estudos, mas não foram suficientes em parte das

situações analisadas. Lemes *et al.* (2023) mostraram associação entre domínios motores e comportamentais, enquanto Moraes *et al.* (2021) registraram fatores sensoriais relacionados à aceitação. Não se trata de concluir que toda criança precise de múltiplas terapias: a decisão deve acompanhar a dificuldade identificada. A atuação conjunta se justifica quando uma intervenção nutricional, por si, não alcança as condições sensoriais, motoras ou comportamentais que limitam a ingestão.

4.2 AGRAVOS NUTRICIONAIS: POR QUE PESO NÃO É SUFICIENTE

Um dos equívocos que a análise dos estudos ajuda a corrigir é tomar baixo peso como sinal obrigatório de risco nutricional decorrente da seletividade. Moraes *et al.* (2021) registraram excesso de peso em 42,5% de sua amostra; Rabelo Neto *et al.* (2025) observaram predomínio de peso adequado em outro grupo que também apresentava alterações alimentares. Como as pesquisas são transversais, não é possível atribuir essas classificações antropométricas à seletividade nem determinar sua direção causal. É possível, contudo, reconhecer que a avaliação baseada apenas em índices de crescimento não descreve a variedade da dieta. A ausência de baixo peso não encerra a investigação quando grandes grupos alimentares são habitualmente recusados.

A história alimentar fornece informações que a antropometria não revela diretamente: quais grupos são consumidos, com que frequência, em quais preparações e sob quais condições. Nas entrevistas conduzidas por Magagnin *et al.* (2021), apareceram relatos de baixa aceitação de sólidos e participação de produtos processados e ultraprocessados. Pasquini e Lobor Cancelier (2025) registraram evitação de frutas e verduras; Bubolz *et al.* (2022) mostraram repertórios reduzidos e presença expressiva de ultraprocessados nos alimentos citados. Esses resultados provêm de procedimentos diferentes e não quantificam as mesmas inadequações de nutrientes. Ainda assim, justificam investigar a qualidade da ingestão mesmo quando o aporte energético parece suficiente, sobretudo em crianças cuja escolha de alimentos se mantém pouco variada ao longo do tempo.

A presença de queixas gastrointestinais não autoriza pressupor que qualquer dieta de exclusão seja benéfica para crianças com TEA. Senna *et al.* (2021) reuniram estudos sobre restrição de glúten e caseína e suplementação de ômega-3, mas reconheceram limitações que dificultam recomendações gerais. Essa cautela é especialmente relevante quando retirar um grupo pode eliminar alimentos já tolerados pela criança. Antes de orientar exclusões, o acompanhamento deve identificar sintomas, avaliar a hipótese clínica que motiva a conduta e planejar alternativas que preservem a ingestão de

nutrientes. A decisão pode requerer investigação médica, sem transferir automaticamente para a alimentação a explicação de todas as manifestações associadas ao transtorno.

Reduzir agravos é um objetivo clínico mais amplo do que conseguir que a criança prove um alimento novo. A expansão do repertório importa, mas seu significado nutricional depende de mudanças na composição da dieta, na ingestão efetiva e no estado de saúde. Moraes *et al.* (2021), Pereira *et al.* (2021), Rabelo Neto *et al.* (2025) e Silva *et al.* (2026) oferecem elementos para articular avaliação e planejamento, sem permitir estimar quanto essa assistência reduz desfechos específicos como deficiência de micronutrientes ou excesso ponderal. A distinção deve permanecer explícita: há fundamento para reconhecer e acompanhar riscos, mas comprovar prevenção ou reversão de agravos exige desenhos e medidas de resultado que o conjunto analisado apresenta de maneira limitada.

4.3 O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA CONSTRUÇÃO DO PLANO INDIVIDUALIZADO

A construção de um plano nutricional individualizado depende de uma sequência de decisões clínicas: compreender o repertório atual, identificar necessidades prioritárias e acompanhar a resposta às mudanças. Pereira *et al.* (2021) destacaram a importância de considerar propriedades sensoriais dos alimentos e de trabalhar com uma equipe multiprofissional; Silva *et al.* (2026) relacionaram essa conduta à presença simultânea de fatores comportamentais e gastrointestinais. A recomendação ganha conteúdo quando se traduz em perguntas concretas. Quais alimentos sustentam a ingestão atual? Que substituição mantém a adequação nutricional? Que mudança pode ser realizada sem interromper a aceitação de alimentos considerados seguros? Essas questões orientam um planejamento que respeita a criança sem deixar de observar riscos dietéticos.

A etapa avaliativa deve reconstruir o percurso de alimentação, e não apenas registrar preferências. Estudos de Moraes *et al.* (2021), Rabelo Neto *et al.* (2025), Pasquini e Lobor Cancelier (2025), Bubolz *et al.* (2022) e Assunção *et al.* (2024) mostraram, sob métodos diferentes, a coexistência de alterações alimentares e condições antropométricas variadas. A anamnese pode investigar quantidades, frequência, consistências aceitas, apresentação de alimentos, tempo gasto nas refeições, sintomas e tentativas anteriores de mudança. Esses dados ajudam a diferenciar uma recusa eventual de um padrão persistente que compromete a diversidade da dieta. Sem conhecer as condições em que a criança come, metas nutricionais formalmente adequadas podem ser impraticáveis.

O planejamento precisa estabelecer prioridades, não metas idênticas para todas as crianças. Pereira *et al.* (2021), Aguiar *et al.* (2024) e Silva *et al.* (2026) apontaram a importância de reconhecer

características sensoriais e organizar mudanças individualizadas. Nenhum desses trabalhos fornece base para estipular uma quantidade universal de exposições ou uma sequência fixa de introdução de alimentos. É possível, contudo, orientar a escolha de substituições próximas às consistências ou apresentações já toleradas, desde que sua adequação nutricional seja avaliada. O avanço deve ser acompanhado sem retirar abruptamente alimentos aceitos nem transformar cada refeição em uma situação de confronto. A definição do ritmo depende da resposta observada e das necessidades da criança.

A resposta ao plano não pode ser medida apenas pelo número de novos itens experimentados. O acompanhamento precisa verificar se o consumo total continua adequado, se o crescimento segue seu curso, se ocorrem sintomas e se a família consegue manter as orientações. Rabelo Neto *et al.* (2025) associaram informações de consumo, comportamento e estado nutricional, enquanto Lemes *et al.* (2023) registraram correlações entre diferentes domínios da refeição. Essas observações reforçam a conveniência de analisar simultaneamente evolução nutricional e comportamento alimentar. Quando uma estratégia amplia a variedade aparente, mas reduz a ingestão habitual ou intensifica a dificuldade nas refeições, o resultado exige reavaliação em vez de ser automaticamente classificado como progresso.

As fronteiras de atuação profissional devem ficar claras durante todo o acompanhamento. A melhora observada por Oliveira e Souza (2022) ocorreu em contexto de intervenção de integração sensorial, pertencente ao campo de competência da terapia ocupacional; Ferreira *et al.* (2022) trataram de procedimentos comportamentais especializados. A contribuição do nutricionista permanece vinculada à identificação de necessidades alimentares, ao planejamento da dieta e ao acompanhamento de resultados nutricionais. Questões de mastigação podem requerer avaliação fonoaudiológica; dificuldades sensoriais relevantes, terapia ocupacional; e manifestações comportamentais persistentes, acompanhamento psicológico ou comportamental especializado. O trabalho compartilhado não dilui responsabilidades: permite que cada profissional atue sobre a barreira para a qual dispõe de formação e instrumentos adequados.

4.4 ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES E CONTINUIDADE DO CUIDADO

Entre a consulta e a refeição cotidiana existe uma distância que a orientação nutricional precisa considerar. A família lida com horários, preferências já estabelecidas, disponibilidade de alimentos, custos e reações da criança a cada tentativa de mudança. Magagnin *et al.* (2021) encontraram dúvidas

dos cuidadores sobre a influência da sensorialidade, e Moura *et al.* (2024) destacaram a participação dos responsáveis na organização de estratégias dietéticas. Esses achados indicam que orientar não significa apenas entregar recomendações de consumo. É necessário compreender por que uma tentativa anterior não funcionou, explicar a finalidade de uma mudança e combinar formas de observar a resposta da criança que possam ser relatadas na avaliação seguinte.

Diante de uma recusa persistente, insistência excessiva e interrupção completa das tentativas de ampliação do repertório constituem respostas que exigem atenção. A primeira pode aumentar a tensão das refeições quando existem barreiras sensoriais ou comportamentais; a segunda pode manter uma dieta pouco variada sem que suas consequências sejam reavaliadas. Magagnin *et al.* (2021), Moura *et al.* (2024) e Silva *et al.* (2026) discutem a importância do contexto familiar, da continuidade e da individualização, mas não demonstram a superioridade de um protocolo doméstico único. A orientação deve, portanto, buscar mudanças graduais e observáveis, respeitando a tolerância da criança e evitando atribuir ao cuidador a responsabilidade isolada pelos resultados.

A rotina da refeição pode fornecer informações clínicas que não aparecem em um recordatório alimentar resumido. Pasquini e Lobor Cancelier (2025) descreveram agitação e recusa de frutas e verduras em participantes estudados, sugerindo a necessidade de observar também o momento e a forma da oferta. O cuidador pode informar se determinado alimento é aceito em casa e recusado fora dela, se alterações de marca ou temperatura modificam a reação ou se existem sinais de desconforto durante a mastigação. Esses registros não substituem avaliação profissional, mas ajudam a diferenciar dificuldades e a definir intervenções viáveis. Ao nutricionista cabe relacioná-los à ingestão e ao estado nutricional, promovendo os encaminhamentos necessários quando o problema ultrapassa sua área específica.

A circulação de recomendações sobre dietas para o autismo exige comunicação clínica cuidadosa. Senna *et al.* (2021) examinaram estratégias como exclusão de glúten e caseína e uso de ômega-3 e apontaram limitações das pesquisas disponíveis. A existência de resultados favoráveis em alguns trabalhos não justifica sua adoção indiscriminada, especialmente quando a criança já aceita poucos alimentos. Os responsáveis precisam compreender a diferença entre uma hipótese investigada, uma indicação decorrente de condição clínica particular e uma prática efetivamente apoiada por evidências consistentes. Sem essa distinção, medidas introduzidas com a intenção de melhorar a saúde podem ampliar restrições alimentares sem benefício demonstrado para o caso concreto.

O seguimento permite ajustar o plano às mudanças de desenvolvimento, à rotina escolar, à resposta às terapias e às condições da família. Uma orientação inicialmente viável pode perder utilidade quando surgem novos sintomas ou quando a criança passa a aceitar outras preparações; também pode precisar de revisão se a ingestão cair. Os estudos selecionados não demonstram que a entrega isolada de um cardápio produza melhora sustentada, e a própria diversidade dos fatores associados à seletividade exige observação continuada. Registrar aceitação, recusa, contexto e consequências sobre a dieta torna as consultas sucessivas mais informativas. O acompanhamento ganha sentido quando esse retorno modifica as decisões clínicas, em vez de apenas repetir recomendações anteriores.

4.5 LIMITES DA EVIDÊNCIA E LACUNAS PARA NOVAS PESQUISAS

O tipo de pesquisa predominante constitui a principal limitação para afirmar eficácia das estratégias discutidas. Entre os onze estudos com dados primários, houve forte presença de delineamentos transversais, adequados para identificar frequências e associações, mas incapazes de estabelecer a sequência causal entre intervenção e resultado. Oliveira e Souza (2022) relataram a evolução de um único participante, sem grupo de comparação, enquanto Lobo *et al.* (2023) evidenciaram a falta de uniformidade na caracterização da seletividade. Ferreira *et al.* (2022) examinaram procedimentos comportamentais em um conjunto limitado de publicações. Esses desenhos respondem a perguntas relevantes, porém distintas da investigação do efeito específico de um acompanhamento nutricional ao longo do tempo.

A mensuração dos resultados também permanece fragmentada. Parte das publicações examina aceitação e recusa; outras descrevem consumo de grupos alimentares, peso ou comportamento durante as refeições. São dimensões relacionadas, mas uma mudança em qualquer delas não garante melhora nas demais. A aceitação de um novo alimento pode não alterar a ingestão habitual, assim como a melhora da qualidade nutricional da dieta pode ocorrer sem grande aumento do número de itens consumidos. Pesquisas futuras poderiam acompanhar simultaneamente diversidade alimentar, adequação de nutrientes, crescimento, sintomas gastrointestinais e experiências familiares, com definição prévia dos desfechos. Essa combinação permitiria avaliar de maneira mais precisa quais mudanças representam benefício clínico, e não apenas modificação de comportamento.

Os estudos primários incluíram contextos do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo, Pará e Ceará, mas não formaram amostra representativa das diferentes regiões brasileiras.

Serviços disponíveis, condições econômicas, acesso a alimentos e organização do cuidado podem modificar as possibilidades de implementação de uma orientação nutricional. Isso não invalida os resultados locais, desde que seu alcance seja reconhecido. Investigações multicêntricas com maior diversidade de participantes ajudariam a examinar se estratégias discutidas em serviços especializados ou em grupos institucionais podem ser adotadas com resultados semelhantes em outros cenários assistenciais.

Ainda falta compreender quais componentes do acompanhamento nutricional produzem benefícios adicionais quando a criança recebe atendimento multiprofissional. Alves *et al.* (2024), Pereira *et al.* (2021), Oliveira e Souza (2022) e Ferreira *et al.* (2022) abordaram, de maneiras diferentes, a necessidade de considerar mais de uma dimensão do cuidado. Entretanto, quando várias intervenções ocorrem juntas, torna-se difícil atribuir o resultado observado a uma única profissão. Estudos de seguimento, comparações entre modelos de assistência e avaliações de implementação poderiam examinar a intensidade da orientação nutricional, o papel dos cuidadores e a evolução da ingestão sem suspender tratamentos indicados. A questão não é separar artificialmente as profissões, mas compreender como cada contribuição modifica desfechos definidos.

As evidências reunidas sustentam o acompanhamento nutricional como componente relevante do cuidado, sobretudo na identificação de dietas restritas, no planejamento de substituições e na orientação familiar. Moraes *et al.* (2021), Pereira *et al.* (2021), Rabelo Neto *et al.* (2025) e Moura *et al.* (2024), entre outros estudos do corpus, oferecem fundamentos para essas atribuições. O alcance dessa conclusão precisa, contudo, permanecer proporcional aos métodos utilizados: os resultados não permitem estimar a redução causal de todos os agravos nem afirmar que uma estratégia tenha eficácia uniforme para crianças com perfis distintos. O pressuposto inicial encontra apoio na possibilidade fundamentada de reconhecer e manejar riscos, enquanto a quantificação dos benefícios clínicos requer pesquisas comparativas e acompanhamento prolongado.

5 CONCLUSÃO

A seletividade alimentar em crianças com TEA não apresentou uma manifestação única nas 20 publicações analisadas. Recusa persistente, repertório restrito, sensibilidade a propriedades dos alimentos, rigidez durante as refeições e dificuldades motoras surgiram isoladamente ou em combinação. Essa variedade explica a insuficiência de condutas baseadas apenas no diagnóstico ou em

cardápios padronizados. A definição de prioridades nutricionais depende da identificação das características específicas da recusa e de suas consequências para a ingestão e a vida cotidiana.

O estado nutricional adequado segundo indicadores antropométricos não excluiu problemas de alimentação. Nas amostras estudadas, a seletividade coexistiu tanto com peso adequado quanto com excesso ponderal, e diferentes trabalhos descreveram baixa diversidade, evitação de grupos e consumo repetitivo de determinados produtos. Avaliar a criança exige, portanto, relacionar crescimento, história alimentar, consumo habitual, comportamento e sintomas, sem considerar o peso como indicador suficiente da qualidade da dieta.

As ações mais coerentes com os resultados disponíveis compreenderam avaliação individualizada, planejamento de substituições nutricionalmente adequadas, ampliação gradual de alimentos aceitos, acompanhamento da resposta e participação de cuidadores. A intervenção de outras profissões torna-se pertinente quando barreiras sensoriais, motoras ou comportamentais estão implicadas na recusa. Dietas de exclusão e suplementação não podem ser indicadas como respostas gerais ao TEA: as publicações que as discutiram reconheceram limitações das evidências e a necessidade de avaliação clínica caso a caso.

A orientação familiar tem valor quando transforma objetivos nutricionais em condutas que podem ser realizadas e reavaliadas. As informações trazidas pelos responsáveis sobre alimentos aceitos, reações à oferta, sintomas e organização das refeições permitem ajustar o plano ao contexto de cada criança. Ao mesmo tempo, a família precisa de acompanhamento profissional para que o enfrentamento da seletividade não se converta em restrições adicionais ou em conflitos constantes durante a alimentação.

Os resultados apoiam a importância do nutricionista na identificação e no manejo de riscos associados à seletividade, mas não demonstram, com precisão causal, quanto cada estratégia reduz agravos clínicos específicos. A predominância de estudos transversais e de revisões impõe esse limite. Pesquisas futuras devem acompanhar, com métodos comparativos e desfechos definidos, a diversidade da dieta, a ingestão de nutrientes, o crescimento, os sintomas e as condições familiares. Enquanto essas evidências não estiverem disponíveis, a conduta mais justificada é aquela que combina avaliação individual, acompanhamento contínuo e cooperação multiprofissional, sem prometer resultados não demonstrados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. T.; SICA, C. D. "Comportamento alimentar de crianças com Transtorno Espectro Autista". Brazilian Journal of Health Review, vol. 6, n. 6, p. 33322–33334, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-520

AGUIAR, J. V.; SOUZA, M. C. J.; LISBOA, C. S. "Alimentação seletiva em crianças com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão de literatura". Revista Saúde Multidisciplinar, vol. 16, n. 1, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.53740/rsm.v16i1.762

ALVES, B. G. T. *et al.* "Seletividade alimentar e perfil sociodemográfico de crianças com transtorno do espectro autista de um movimento social de Macaé, Rio de Janeiro". Segurança Alimentar e Nutricional, vol. 30, e023035, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.20396/san.v30i00.8673758

ASSUNÇÃO, N. P. *et al.* "Correlação entre estado nutricional, dados sociodemográficos e comportamento alimentar de crianças com Transtorno do Espectro Autista". Revista Neurociências, vol. 32, p. 1–27, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.34024/rnc.2024.v32.16336

BUBOLZ, V. K. *et al.* "Characterization of food repertoire, selectivity, and consumption of ultra-processed food of children and adolescents with autism spectrum disorders in a city in Southern Brazil". BRASPEN Journal, vol. 37, n. 1, p. 76–81, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.37111/braspenj.2022.37.1.12

FERREIRA, E. S.; CARVALHO, L. A. L.; COSTA, C. B.; ZOTESSO, M. C. "Seletividade alimentar e autismo sob a ótica comportamental: revisão sistemática no JABA". Espectro: Revista Brasileira de Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo, vol. 1, n. 1, p. 4–15, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.14244/espectro.v1i1.1

LEMES, M. A. *et al.* "Comportamento alimentar de crianças com transtorno do espectro autista". Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol. 72, n. 3, p. 136–142, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000414

LOBO, F. S.; ARAÚJO, N. S.; ANDRADE, Y. S.; FROIS, C. A.; TONI, L. D. M. "Seletividade alimentar e crianças com transtorno do espectro autista: revisão da literatura". Revista Neurociências, vol. 31, p. 1–19, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.34024/rnc.2023.v31.15516

LORENA, C. A. S.; DANIEL, N. V. S.; MARQUES, R. E. F. A.; PICOLI, M. E. F. S.; ANANIAS, F. "Avaliação da seletividade alimentar em crianças de 2 a 10 anos com Transtorno do Espectro Autista em instituição no município de Campinas". Brazilian Journal of Development, vol. 8, n. 11, p. 70522–70549, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv8n11-003c

MAGAGNIN, T. *et al.* "Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista". Physis, vol. 31, n. 1, e310104, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310104

MORAES, L. S.; BUBOLZ, V. K.; MARQUES, A. Y. C.; BORGES, L. R.; MUNIZ, L. C.; BERTACCO, R. T. A. "Seletividade alimentar em crianças e adolescente com transtorno do espectro autista". Revista da Associação Brasileira de Nutrição – RASBRAN, vol. 12, n. 2, p. 42–58, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.47320/rasbran.2021.1762

MOURA, C. B. S.; VALERIANO, R. V. H.; VIANA, J. F. F. "Alimentação e autismo: influência dos pais e cuidadores nas estratégias dietéticas para promoção de uma melhor qualidade de vida". Saberes Plurais: Educação na Saúde, vol. 8, n. 2, e140178, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.54909/sp.v8i2.140178

OLIVEIRA, P. L.; SOUZA, A. P. R. "Terapia com base em integração sensorial em um caso de Transtorno do Espectro Autista com seletividade alimentar". Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, vol. 30, e2824, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE21372824

PAGE, M. J. *et al.* "The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews". BMJ, vol. 372, n71, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.n71

PASQUINI, G.; LOBOR CANCELIER, A. C. "Seletividade alimentar em crianças com Transtorno do Espectro Autista: um estudo em Araranguá – SC". Revista da Associação Brasileira de Nutrição – RASBRAN, vol. 16, p. 1–14, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.47320/rasbran.2025.3206

PEREIRA, A. B. *et al.* "Atuação da equipe multidisciplinar no tratamento do TEA e a importância da intervenção nutricional". Brazilian Journal of Development, vol. 7, n. 9, p. 94448–94462, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-555

PINTO, A. S. B. *et al.* "Seletividade alimentar no transtorno do espectro autista: compreendendo as causas e estratégias de intervenção". Brazilian Journal of Health Review, vol. 8, n. 3, e79564, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv8n3-040

RABELO NETO, M.; LIMA, R. S. S.; MAIA, M. I.; SOUZA, M. J. A. "Análise do estado nutricional, consumo e comportamento alimentares de crianças com transtorno do espectro autista". DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, vol. 20, e81869, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.12957/demetra.2025.81869

REZENDE, M. V. O.; RIBEIRO, R. S.; GOMES, J. B.; TOLEDO, L. A. P.; GONZAGA, W. J. C. "Principais agravos relacionados à seletividade alimentar em autistas". Saúde Coletiva (Barueri), vol. 17, n. 104, p. 19224–19235, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2026v17i104p19224-19235

SENNA, L. A. O.; CRUZ, M. C.; FRANCO, Y. R.; MATOS, Y. C.; ALMEIDA, L. M. R. "Estratégias nutricionais no transtorno do espectro autista". Revista Brasileira de Saúde Funcional, vol. 9, n. 3, p. 120–131, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.25194/rebrasf.v9i3.1487

SILVA, G. N. M. *et al.* "Abordagens nutricionais no Transtorno do Espectro Autista: foco na seletividade alimentar". Revista DELOS, vol. 19, n. 79, e9232, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.55905/rdelosv19.n79-082