

# EFEITOS DA TERAPIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM SELETIVIDADE ALIMENTAR

EFFECTS OF FEEDING THERAPY IN CHILDREN WITH FOOD SELECTIVITY

Ciências da Saúde • 03/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/780373358](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/780373358)

Lourdes Luana Desiderio dos Santos<sup>1</sup>

Flávia Cristina de Alencar Lima<sup>2</sup>

Juliana Mara da Costa Furtado<sup>3</sup>

Daniele Rodrigues Carvalho Caldas<sup>4</sup>

## RESUMO

Este estudo analisa os efeitos da terapia alimentar em crianças com seletividade alimentar, considerando sua influência sobre o comportamento alimentar infantil. Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizada com 14 crianças de 5 a 11 anos atendidas em uma clínica especializada, por meio de questionário sociodemográfico, clínico e ambiental, associado à Escala Labirinto de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista e à Escala Brasileira de Alimentação Infantil, aplicadas nos períodos pré e pós-intervenção. Os resultados evidenciam melhora na motricidade mastigatória, maior flexibilidade alimentar, avanços nas habilidades durante as refeições, redução de padrões rígidos e de comportamentos opostos, além da diminuição da gravidade das dificuldades alimentares. Observa-se também a influência de fatores familiares e ambientais na evolução terapêutica. Conclui-se que a terapia alimentar apresenta impacto positivo no manejo da seletividade alimentar infantil, favorecendo melhorias comportamentais e funcionais, embora sejam necessários estudos mais amplos para aprofundar suas aplicabilidades e efeitos a longo prazo.

**Palavras-chave:** Comportamento Alimentar; Terapia Alimentar; Seletividade Alimentar; Nutrição Infantil.

## ABSTRACT

This study analyzes the effects of feeding therapy on children with food selectivity, considering its influence on childhood eating behavior. It is observational, cross-sectional research with a quantitative approach, conducted with 14 children aged 5 to 11 years treated at a specialized clinic. Data was collected through sociodemographic, clinical, and environmental questionnaires,

alongside the Labyrinth Scale for the Evaluation of Eating Behavior in Autism Spectrum Disorder and the Brazilian Scale of Child Feeding, applied during pre- and post-intervention periods. The results demonstrate improvements in masticatory motor skills, greater food flexibility, advances in mealtime skills, and a reduction in rigid patterns and oppositional behaviors, as well as a decrease in the severity of feeding difficulties. The influence of family and environmental factors on therapeutic progress was also observed. It is concluded that feeding therapy has a positive impact on managing childhood food selectivity, promoting behavioral and functional improvements, although broader studies are necessary to further explore its applicability and long-term effects.

**Keywords:** Feeding Behavior; Feeding Therapy; Food Selectivity; Child Nutrition.

## 1. INTRODUÇÃO

A introdução alimentar é uma fase muito importante no desenvolvimento da criança, pois é o período em que ocorre a introdução de alimentos complementares ao leite materno. Aos poucos, a criança vai tendo contato com novos sabores, cheiros e texturas, contribuindo para a formação do paladar e das preferências alimentares. Além disso, esse período é fundamental para a consolidação de padrões alimentares que podem influenciar o comportamento alimentar ao longo da vida (Ferraz; Lisboa, 2025).

No entanto, nem sempre esse processo acontece de maneira simples. Algumas crianças apresentam dificuldades na alimentação, sendo a seletividade alimentar uma das condições mais frequentes nesse contexto. Nesses casos, a criança tende a recusar muitos alimentos e aceitar apenas um número limitado de opções, o que

acaba deixando a alimentação com baixa diversidade alimentar e possível inadequação nutricional. Essa condição pode estar relacionada a diferentes fatores, como questões biológicas, sensoriais e comportamentais, com maior prevalência em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Quando isso acontece, pode haver prejuízos no crescimento, no estado nutricional e até na qualidade de vida (Ivnuk *et al.*, 2023).

Outro ponto importante nesse contexto é a neofobia alimentar, que se caracteriza pela recusa ou relutância em experimentar alimentos novos. Esse comportamento é bastante comum, principalmente em crianças com TEA, e geralmente está ligado à dificuldade em lidar com características sensoriais dos alimentos, como textura, cheiro e sabor (Torres; Gomes; Mattos, 2021). Além disso, o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE) também pode estar presente, sendo caracterizado por uma limitação na alimentação relacionada à forma como o indivíduo percebe os alimentos, o que pode comprometer a qualidade da dieta e o estado nutricional (Cardoso *et al.*, 2023).

Diante disso, observa-se a elevada prevalência de transtornos do neurodesenvolvimento na população brasileira. O Transtorno do Espectro Autista atinge cerca de 1,2% da população, enquanto o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) alcança aproximadamente 7,6% e o Transtorno Opositivo Desafiador varia entre 5% e 6% (IBGE, 2024; BRASIL, 2022; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). Essas condições frequentemente estão associadas a dificuldades alimentares, incluindo seletividade e alterações no comportamento alimentar, o que evidencia sua relevância no contexto nutricional infantil.

Portanto, a terapia alimentar tem se mostrado uma estratégia importante para lidar com a seletividade alimentar. Ela envolve diferentes abordagens que consideram não apenas a alimentação em si, mas também aspectos sensoriais e comportamentais. Entre as estratégias utilizadas estão a introdução gradual de novos alimentos, a adaptação de texturas e técnicas que ajudam a criança a se acostumar com diferentes estímulos, favorecendo uma melhor aceitação alimentar (Sabatini *et al.*, 2023).

Sendo assim, crianças com seletividade alimentar apresentam maior risco de ingestão inadequada de nutrientes essenciais, o que pode comprometer o crescimento, o sistema imunológico e o desenvolvimento cognitivo. Por isso, evidencia-se a necessidade de investigar os efeitos da terapia alimentar na melhora desse quadro, com foco na prevenção de deficiências nutricionais e na promoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar os efeitos da terapia alimentar em crianças com seletividade alimentar.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Tipo de Estudo**

O presente estudo trata-se de um estudo longitudinal, com abordagem quantitativa, realizada para investigação do comportamento alimentar seletivo em crianças submetidas à terapia alimentar. A proposta metodológica consistiu na avaliação do perfil alimentar e comportamental dos participantes por meio da aplicação de instrumentos específicos em dois momentos antes e depois de seis meses de terapia alimentar, considerando o contexto clínico em que estavam inseridos.

## **2.2. Cenário da Pesquisa**

O estudo foi realizado em uma clínica particular localizada em Teresina – PI, especializada no atendimento de crianças com dificuldades alimentares. O período de coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2025 à fevereiro de 2026. A instituição foi selecionada por conveniência, e a amostra foi do tipo não probabilística considerando a disponibilidade para participação na pesquisa.

## **2.3. População e Critérios de Inclusão**

A população do estudo foi composta por 14 crianças, de ambos os sexos, com idades entre 5 à 11 anos, atendidas na clínica selecionada e em acompanhamento para seletividade alimentar. Foram incluídas crianças em atendimento na instituição há pelo menos seis meses e em acompanhamento durante o período da pesquisa.

## **2.4. Instrumentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada por meio da plataforma Microsoft Forms, com a aplicação de instrumentos estruturados e padronizados após a assinatura do TCLE pelos pais ou responsáveis. Inicialmente, utilizou-se o Questionário de Avaliação da Seletividade Alimentar, elaborado para a presente pesquisa, com o objetivo de obter informações sociodemográficas e clínicas das crianças participantes. Foram coletados dados como idade, sexo, tempo de terapia alimentar, diagnóstico clínico (como Transtorno do Espectro Autista, Transtorno Opositor Desafiador e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), tipo de parto, tempo de aleitamento materno exclusivo e uso de suplementação.

O questionário também incluiu uma seção sobre a relação da criança com ambientes naturais, considerando a frequência de exposição a espaços externos e contato com elementos da natureza. Além disso, duas escalas foram aplicadas para avaliação do comportamento alimentar, sendo enviadas individualmente aos pais e/ou responsáveis.

#### **2.4.1. Escala Labirinto de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista (TEA)**

A escala é composta por 26 itens organizados em sete fatores, contemplando aspectos como motricidade oral durante a mastigação, seletividade alimentar, habilidades relacionadas ao momento das refeições, comportamentos alimentares, padrões rígidos ou opostos, além da presença de alergias e intolerâncias alimentares. As respostas foram organizadas em uma escala ordinal de cinco pontos: não, raramente, às vezes, frequentemente e sempre, permitindo a análise dos padrões alimentares e comportamentais das crianças avaliadas.

Para fins de análise, as categorias de resposta foram agrupadas em dois níveis: “menor ocorrência”, incluindo “não”, “raramente” e “às vezes”, e “maior ocorrência”, composta por “frequentemente” e “sempre”. Esse agrupamento foi adotado para sintetizar os dados, facilitar a interpretação dos resultados e possibilitar uma comparação mais clara entre os períodos pré e pós-terapia, evidenciando mudanças no comportamento alimentar.

#### **2.4.2. Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI)**

A escala é composta por 14 itens que avaliam o comportamento alimentar da criança durante as refeições. Contempla aspectos

como duração das refeições, habilidades orais (como mastigação e sucção), interação entre cuidadores e criança durante a alimentação e preocupações dos responsáveis.

As respostas são distribuídas em uma escala de sete pontos (1 à 7), cada qual com pontuação específica. A soma dos escores permite classificar o grau de dificuldade alimentar (DA), sendo:  $\leq 60$ , ausência de DA; 61 a 65, DA leve; 66 a 70, DA moderada; e  $> 70$ , DA severa.

## **2.5. Procedimentos de Coleta e Análise de Dados**

Os dados foram coletados em dois momentos distintos (pré e pós-intervenção terapêutica), a partir das respostas dos responsáveis e de registros clínicos da instituição. A análise foi realizada de forma descritiva e comparativa, por meio de frequências, médias e variação percentual entre os períodos, com o objetivo de identificar mudanças no comportamento alimentar.

## **2.6. Aspectos Éticos e Legais**

A pesquisa respeitou os princípios éticos vigentes para estudos com seres humanos, conforme a legislação brasileira. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Santo Agostinho (CEP-UNIFSA), sob o número de CAAE: 85873625.5.0000.5602. Foram garantidos o sigilo, a confidencialidade das informações e a participação voluntária, assegurando aos participantes e seus responsáveis o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O início da coleta ocorreu somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis legais e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelas crianças.

### 3. RESULTADOS

A análise dos dados obtidos por meio do questionário permitiu caracterizar o perfil dos participantes do estudo (Tabela 1). A amostra foi composta por 14 crianças, com média de idade de  $7,7 \pm 2,0$  anos, com predominância do sexo masculino (85,7%). No perfil clínico, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) foi o diagnóstico mais frequente (71,4%), seguido pelo Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (42,9%), sendo que alguns participantes apresentavam mais de um diagnóstico.

**Tabela 1:** Caracterização dos participantes da pesquisa.

Variável	N (%) ou Média $\pm$ DP
Idade (anos)	$7,7 \pm 2,0$ (5–11)
<b>Sexo</b>	
Feminino	2 (14,3%)
Masculino	12 (85,7%)
<b>Diagnóstico*</b>	
Sem diagnóstico	4 (28,6%)
TEA	10 (71,4%)
TDAH	6 (42,9%)
TOD	1 (7,1%)
<b>Tempo de terapia alimentar</b>	
6-12 meses	4 (28,6%)
13–24 meses	8 (57,1%)

> 24 meses	2 (14,3%)
<b>Tipo de parto</b>	
Normal	2 (14,3%)
Cesárea	12 (85,7%)
<b>Aleitamento materno exclusivo</b>	
Não recebeu	2 (14,3%)
< 6 meses	2 (14,3%)
≥6 meses	10 (71,4%)
<b>Suplementação</b> (Polivitamínico; minerais; Ômega-3)	
Sim	8 (57,1%)
Não	6 (42,9%)

**\* Participantes podem apresentar mais de um diagnóstico.**

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

Em relação ao tempo de terapia alimentar, a maioria das crianças estava em acompanhamento entre 13 e 24 meses (57,1%). Observou-se também alta frequência de partos cesáreos (85,7%) e de aleitamento materno exclusivo por seis meses ou mais (71,4%). O uso de suplementação esteve presente em 57,1% dos participantes.

**Tabela 2:** Fator 1 – Motricidade mastigatória: evolução pré e pós-terapia.

<b>Variáveis</b>	<b>Período</b>	<b>Menor ocorrência (%) [Nunca; Raramente; Às vezes]</b>	<b>Maior ocorrência (%) [Frequentement e; Sempre]</b>
Dificuldade para mastigar	Pré	50,0	50,0
	Pós	85,7	14,3
Engole sem mastigar	Pré	42,8	57,2
	Pós	71,4	28,6
Movimentação do alimento	Pré	78,5	21,4
	Pós	92,8	7,1
Mastiga com boca aberta	Pré	64,3	35,7
	Pós	85,8	14,3

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

A motricidade mastigatória apresentou melhora após a intervenção, evidenciada pela menor presença de dificuldades durante a alimentação e pelo aumento das respostas indicativas de melhor desempenho (Tabela 2). Destaca-se a queda na dificuldade para mastigar (de 50,0% para 14,3%), além da menor frequência de mastigação com a boca aberta e da melhora na movimentação do alimento na cavidade oral. Esses resultados indicam avanço na mastigação funcional e no controle motor oral, sugerindo impacto positivo da terapia na funcionalidade alimentar.

**Tabela 3:** Fator 2 – Seletividade alimentar: evolução pré e pós-terapia.

<b>Variáveis</b>	<b>Período</b>	<b>Menor ocorrência (%) [Nunca; Raramente; Às vezes]</b>	<b>Maior ocorrência (%) [Frequentemente; Sempre]</b>
Evita vegetais	Pré	0	100
	Pós	14,3	85,7
Retira tempero	Pré	0	100
	Pós	14,3	85,7
Evita frutas	Pré	14,3	85,7
	Pós	64,2	35,7

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

Na Tabela 3, os comportamentos relacionados à seletividade alimentar passaram a ocorrer com menor frequência após a intervenção. Entre os resultados mais relevantes, destaca-se a mudança no comportamento de evitar frutas, cuja maior ocorrência passou de 85,7% para 35,7%. Também foram identificadas mudanças nos padrões de evitar vegetais e de retirar temperos dos alimentos, embora ainda permaneçam presentes de forma significativa.

**Tabela 4:** Fator 3 – Habilidades nas refeições: evolução pré e pós-terapia.

<b>Variáveis</b>	<b>Período</b>	<b>Menor ocorrência (%) [Nunca; Raramente; Às vezes]</b>	<b>Maior ocorrência (%) [Frequentemente ; Sempre]</b>
Inquietação à mesa	Pré	64,3	35,7

	Pós	85,8	14,3
Dificuldade para sentar-se	Pré	42,8	57,1
	Pós	85,8	14,3
Uso de talheres	Pré	35,7	64,3
	Pós	92,8	7,1
Derrama comida	Pré	35,7	64,3
	Pós	71,4	28,6
Ingestão inadequada	Pré	92,8	7,1
	Pós	92,8	7,1

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

Durante as refeições, foram observados avanços em diferentes aspectos após a intervenção (Tabela 4). A inquietação à mesa e a dificuldade para permanecer sentado tornaram-se menos frequentes, passando de 35,7% para 14,3% e de 57,1% para 14,3%, respectivamente. Também houve melhora no uso de talheres e menor ocorrência de derramar alimentos, sugerindo uma maior autonomia.

Em relação ao Fator 4, os comportamentos inadequados relacionados às refeições apresentaram baixa frequência entre os participantes, mantendo-se estáveis entre os períodos pré e pós-intervenção, sem variações relevantes.

Mudanças também foram verificadas nos padrões relacionados à rigidez alimentar (Tabela 5). Nota-se menor preferência por consumir sempre os mesmos alimentos (100% para 35,7%) e por

alimentos de mesma cor (64,3% para 21,4%), a diminuição desses padrões sugere maior flexibilidade alimentar após a terapia.

**Tabela 5:** Fator 5 – Rigidez alimentar no período pré e pós-terapia.

<b>Variáveis</b>	<b>Período</b>	<b>Menor ocorrência (%) [Nunca; Raramente; Às vezes]</b>	<b>Maior ocorrência (%) [Frequentemente; Sempre]</b>
Mesmos utensílios	Pré	85,7	14,3
	Pós	92,9	7,1
Mesmo lugar	Pré	64,3	35,7
	Pós	78,6	21,4
Mesmos alimentos	Pré	0	100
	Pós	64,3	35,7
Mesma cor	Pré	35,7	64,3
	Pós	78,6	21,4
Mesma marca	Pré	35,6	64,2
	Pós	85,7	14,3
Ritual alimentar	Pré	50,0	50,0
	Pós	100	0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

Resultados semelhantes foram observados nos comportamentos opostos alimentares (Tabela 6), que passaram a ocorrer com menor frequência pós-terapia. Destaca-se a diminuição de pegar

comida fora do horário e da ingestão excessiva indicando uma melhora no controle comportamental relacionado à alimentação.

**Tabela 6:** Fator 6 – Comportamento opositor alimentar: evolução pré e pós-terapia.

Variáveis	Período	Menor ocorrência (%) [Nunca; Raramente; Às vezes]	Maior ocorrência (%) [Frequentement e; Sempre]
Pega comida fora do horário	Pré	78,5	21,4
	Pós	92,8	7,1
Pega comida de outros	Pré	92,8	7,1
	Pós	100	0
Consumo excessivo	Pré	71,4	28,5
	Pós	85,6	14,3

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

Quanto ao Fator 7, não foram identificados casos relevantes de alergias ou intolerâncias alimentares na amostra, mantendo-se esse aspecto inalterado ao longo do período analisado.

Os resultados individuais das crianças apresentados na Tabela 7, identificadas por códigos numéricos para preservação do anonimato, incluem os escores da escala e a classificação de dificuldade alimentar (DA) antes e após a terapia.

**Tabela 7:** Escores e classificação das dificuldades alimentares no período pré e pós-terapia.

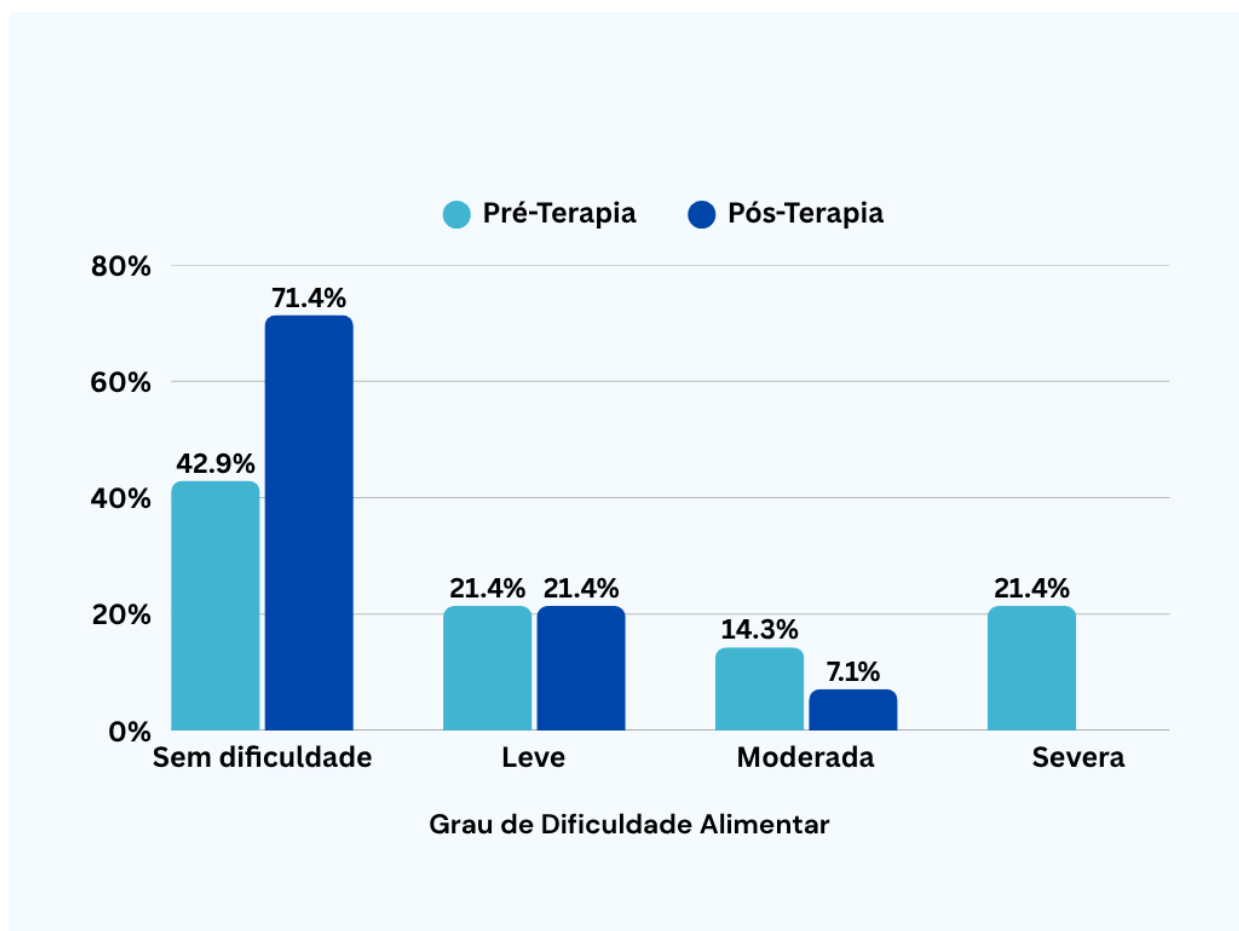
<b>Criança (código)</b>	<b>Total Pré - Terapia</b>	<b>Resultado Pré</b>	<b>Total Pós - Terapia</b>	<b>Resultado Pós</b>
<b>P5W</b>	42	Sem DA	39	Sem DA
<b>SIX</b>	49	Sem DA	26	Sem DA
<b>J6E</b>	70	DA moderada	67	DA moderada
<b>1QZ</b>	57	Sem DA	34	Sem DA
<b>Z4G</b>	66	DA moderada	65	DA leve
<b>6HT</b>	39	Sem DA	32	Sem DA
<b>V7L</b>	83	DA severa	65	DA leve
<b>M4X</b>	54	Sem DA	37	Sem DA
<b>L9T</b>	62	DA leve	46	Sem DA
<b>Q0R</b>	62	DA leve	49	Sem DA
<b>A7B</b>	74	DA severa	64	DA leve
<b>E2J</b>	55	DA leve	51	Sem DA
<b>X0D</b>	44	Sem DA	41	Sem DA
<b>B1C</b>	77	DA severa	45	Sem DA

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

De modo geral, nota-se um declínio dos escores após a intervenção, acompanhado de melhora na classificação de dificuldades alimentares na maioria dos casos. Observa-se a transição de quadros

mais graves para categorias mais leves ou até ausência de dificuldades, sugerindo efeito positivo da terapia alimentar na gravidade dos comportamentos alimentares.

As crianças inicialmente classificadas com maior gravidade apresentaram uma maior melhora no quadro, com redução consistente dos escores, especialmente nos casos “B1C”, “V7L” e “A7B”. Participantes com dificuldade leve também evoluíram, sendo que parte passou a não apresentar mais dificuldades alimentares. Por outro lado, crianças sem dificuldades mantiveram seus resultados estáveis ao longo do período, indicando manutenção de comportamentos alimentares adequados.



Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A distribuição dos graus de dificuldade alimentar (Gráfico 1) reforça o impacto da intervenção. Houve aumento expressivo da categoria “Sem dificuldade”, que passou de 42% para 71,42%. Ao mesmo

tempo, os casos classificados como severos deixaram de ocorrer, enquanto a categoria moderada apresentou menor participação. Esses resultados indicam principalmente a redução dos quadros mais severos e uma melhora no perfil de gravidade dos casos, embora a ausência de dificuldade não exclua completamente possíveis alterações menos evidentes não captadas pela escala.

Por fim, a maioria das crianças apresentou contato frequente com ambientes naturais (85,7%), associado a mudanças no comportamento alimentar (57,1%) e maior calma e abertura a novas experiências alimentares (50%) (Tabela 8). Esses dados sugerem influência positiva do contato com a natureza sobre aspectos comportamentais relacionados à alimentação.

**Tabela 8:** Relação com a natureza e comportamento alimentar das crianças.

<b>Variáveis</b>	<b>Baixa frequência (%) [Nunca; Raramente]</b>	<b>Às vezes (%)</b>	<b>Alta frequência (%) [Frequentemente; Sempre]</b>
Contato com ambientes naturais	0,0%	14,3%	85,7%
Mudanças no comportamento alimentar após atividades ao ar livre	7,1%	35,7%	57,1%
Interesse por novos alimentos após contato com a natureza	42,9%	35,7%	21,4%
Maior disposição para experimentar alimentos	42,9%	42,9%	14,3%

ao interagir com animais			
Mudanças nas preferências alimentares após contato com a natureza	42,9%	35,7%	21,4%
Maior calma e abertura a novas experiências após contato com a natureza	21,4%	28,6%	50%
Menor rejeição sensorial ao manipular alimentos naturais	28,6%	28,6%	42,9%

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2026.

Embora a ampliação do repertório alimentar tenha ocorrido de forma mais discreta, os resultados sugerem que o contato com a natureza pode atuar como fator facilitador no comportamento alimentar, especialmente em aspectos sensoriais e emocionais.

#### 4. DISCUSSÃO

A predominância do sexo masculino e a elevada prevalência de Transtorno do Espectro Autista (TEA) observadas na amostra estão compatíveis com a literatura, que aponta maior ocorrência de transtornos do neurodesenvolvimento, especialmente o TEA, entre indivíduos do sexo masculino (Rocha *et al.*, 2019; Surén *et al.*, 2019).

No que se refere ao histórico perinatal, destaca-se o elevado índice de partos cesáreos. Evidências sugerem que esse tipo de parto pode influenciar a formação da microbiota intestinal inicial, uma vez que está associada a alterações na colonização microbiana. Além disso, há indícios de associação entre cesarianas e maior risco de transtornos do neurodesenvolvimento, possivelmente mediada pelo

eixo intestino-cérebro. Contudo, essa relação não é causal, podendo ser influenciada por fatores maternos, obstétricos e clínicos que justificam a indicação do procedimento (Yang *et al.*, 2021; Shao *et al.*, 2019).

Ainda nesse contexto, embora a maioria das crianças tenha recebido aleitamento materno exclusivo por seis meses, observa-se que nem sempre o ciclo de amamentação exclusivo foi completado. Esse aspecto pode impactar a introdução alimentar, considerando que o leite materno representa um dos primeiros contatos da criança com diferentes sabores e estímulos sensoriais.

Em relação ao suporte nutricional, a presença de suplementação pode estar associada a quadros mais acentuados de seletividade alimentar, que aumentam o risco de inadequação de micronutrientes, como descrito por Lobo *et al.* (2023). O uso de ômega-3, por exemplo, tem sido relacionado a melhorias discretas na atenção e regulação comportamental (Chang *et al.*, 2018).

Além disso, nutrientes como ferro, zinco e vitaminas D e do complexo B desempenham papel fundamental no desenvolvimento neurológico, podendo influenciar o comportamento alimentar e o apetite (Chen; Michalak; Agellon, 2018). Dessa forma, a suplementação pode atuar como estratégia complementar em casos de ingestão alimentar limitada.

Quanto à intervenção terapêutica, observa-se que a regularidade das sessões parece exercer papel mais relevante do que o tempo total de acompanhamento. A repetição frequente de estímulos favorece a familiarização com novos alimentos e reduz a resistência alimentar, o que pode explicar melhores resultados em crianças

submetidas a intervenções mais consistentes, mesmo em períodos mais curtos (Linstead *et al.*, 2017).

No que diz respeito às habilidades orais, a melhora na mastigação, evidenciada pela redução da dificuldade de triturar alimentos e do hábito de engolir sem mastigar, sugere avanço no controle motor oral e na organização do padrão alimentar. Esse achado é relevante, uma vez que dificuldades nessa área podem gerar desconforto, medo de engasgo e recusa de determinadas texturas (Chow *et al.*, 2022).

Essas limitações podem se manifestar tanto pela ingestão acelerada quanto pela evitação de alimentos sólidos, funcionando como barreiras para a aceitação alimentar. Assim, o desenvolvimento da mastigação não se restringe à capacidade mecânica, mas envolve também a sensação de segurança durante a alimentação, favorecendo a ampliação do repertório alimentar (Demonteil *et al.*, 2019; Taylor; Emmett, 2018).

Observou-se também redução nos comportamentos de seletividade alimentar, com destaque para a maior aceitação de frutas. Esse resultado pode estar relacionado à exposição repetida e às estratégias utilizadas durante a intervenção, como já descrito na literatura (Bennett *et al.*, 2020).

Apesar dos avanços, comportamentos como evitar vegetais e retirar temperos ainda permaneceram, indicando que a mudança no padrão alimentar ocorre de forma gradual. Além disso, a percepção dos responsáveis pode influenciar a avaliação da seletividade, uma vez que há tendência à superestimação da recusa alimentar em contextos domésticos (Trofholz; Schulte; Berge, 2017). Nesse sentido,

mesmo pequenas reduções na recusa já representam respostas positivas à intervenção.

Durante as refeições, a diminuição da inquietação e da dificuldade de permanecer sentado indica melhora no comportamento alimentar. Esses aspectos são especialmente relevantes, pois interferem diretamente na aceitação dos alimentos. Intervenções com foco comportamental têm demonstrado eficácia na redução dessas dificuldades, promovendo maior participação durante as refeições (Sharp *et al.*, 2016).

Além disso, o avanço no uso de talheres e a redução de derramamento de alimentos refletem melhora nas habilidades de autoalimentação, contribuindo para maior autonomia da criança.

Por outro lado, a estabilidade dos comportamentos relacionados ao Fator 4 pode ser explicada pela baixa ocorrência inicial desses aspectos, o que limita a identificação de mudanças ao longo do tempo. Esse resultado evidencia que nem todos os domínios do comportamento alimentar apresentam o mesmo potencial de modificação, podendo alguns já se encontrarem adequados ou demandarem abordagens específicas (Dumont *et al.*, 2023).

Em relação à rigidez alimentar, a redução da preferência por padrões repetitivos, como consumo dos mesmos alimentos, cores ou rituais, indica maior flexibilidade comportamental e sensorial. Esse achado é relevante, considerando que a rigidez está frequentemente associada à seletividade alimentar, especialmente em crianças com alterações sensoriais (Morais *et al.*, 2021).

A diminuição da preferência por alimentos de mesma cor pode refletir maior aceitação de diferentes estímulos visuais e sensoriais,

indicando avanço na flexibilidade alimentar. Esse aspecto é particularmente relevante, uma vez que nem sempre é reconhecido pelos responsáveis como um sinal de rigidez alimentar, o que pode dificultar sua identificação precoce e, conseqüentemente, o acesso à intervenção adequada.

Além disso, a ausência de rituais alimentares no período pós-intervenção sugere melhora na adaptação às refeições e redução de comportamentos repetitivos associados à alimentação. Em conjunto, as evidências reforçam a importância da intervenção terapêutica aliada à orientação familiar, especialmente para o reconhecimento precoce de padrões alimentares rígidos (Oliveira; Frutuoso, 2021).

Resultados semelhantes foram observados nos comportamentos opostos alimentares, que apresentaram redução após a intervenção. A menor frequência de comportamentos como pegar comida fora do horário, consumo excessivo e invasão do espaço alimentar de outros indica melhora na organização do comportamento alimentar. Esses aspectos são frequentemente alterados em crianças com seletividade e podem impactar negativamente a dinâmica das refeições (Santos; Beliene; Santos, 2022; Pasquini; Cancelier, 2025).

Nesse sentido, intervenções interdisciplinares mostram-se eficazes na promoção de maior adaptação alimentar e organização do padrão alimentar (Garcia, 2026).

Embora não tenham sido identificadas alergias ou intolerâncias alimentares relevantes na amostra, observa-se possível divergência entre a percepção dos responsáveis e a avaliação profissional. Essa

discrepância pode estar relacionada à dificuldade em reconhecer sinais clínicos, o que pode influenciar os dados obtidos. Ainda assim, a ausência de registros expressivos sugere que os comportamentos alimentares observados estão mais relacionados a fatores sensoriais e comportamentais do que a condições clínicas (Diogo *et al.*, 2026).

A intervenção terapêutica contribuiu para a redução da gravidade das dificuldades alimentares e para a melhora do comportamento alimentar, evidenciando a efetividade de abordagens estruturadas e individualizadas no manejo da seletividade alimentar, especialmente em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento (Akyurek; Senturk, 2025).

Destacam-se os casos A7B (TEA nível 1 e TDAH), B1C (TEA nível 1) e V7L (TEA nível 2 com TDAH), que ilustram esse padrão de resposta e reforçam que crianças com diferentes níveis de suporte, inclusive na presença de comorbidades, podem apresentar melhora consistente no comportamento alimentar, indicando que, mesmo em situações mais complexas, é possível alcançar evolução significativa.

Além disso, a melhora observada em diferentes níveis de dificuldade reforça a importância da intervenção precoce, uma vez que pode evitar o agravamento da seletividade alimentar e seus impactos no estado nutricional e no desenvolvimento infantil (Fonseca *et al.*, 2024).

A mudança no perfil de gravidade, evidenciada pela redução dos casos severos e pelo aumento da categoria sem dificuldade, reforça o impacto positivo da intervenção sobre o comportamento alimentar das crianças. No entanto, esses resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a classificação de ausência

de dificuldade não necessariamente reflete a completa resolução das alterações alimentares (Wolstenholme *et al.*, 2020).

Como exemplo, destaca-se o caso da criança 6HT, diagnosticada com TEA nível 1, TOD e TDAH, que foi classificada como sem dificuldade alimentar ainda no período pré-terapia. Esse caso evidencia uma limitação importante do instrumento utilizado, considerando que a criança foi encaminhada para intervenção justamente por apresentar dificuldades nesse domínio. Tal situação reforça que a escala, por sua natureza padronizada, pode não captar integralmente a complexidade do comportamento alimentar infantil, especialmente em casos que envolvem múltiplos fatores comportamentais e contextuais.

Além disso, o instrumento apresenta limitações na avaliação do comportamento alimentar, especialmente em contextos mais complexos. A subjetividade das respostas dos responsáveis, bem como variações no contexto familiar e no comportamento da criança, pode gerar inconsistências na classificação. Assim, a escala deve ser compreendida como ferramenta de triagem e acompanhamento, devendo ser associada à avaliação clínica para uma compreensão mais abrangente do quadro alimentar (Rojas; Gordillo, 2024).

Por fim, o contato com ambientes naturais mostrou-se um possível fator facilitador do comportamento alimentar, especialmente por favorecer regulação emocional e reduzir respostas de resistência durante as refeições (Mason *et al.*, 2022). Além disso, a exposição a diferentes estímulos sensoriais nesses ambientes pode contribuir para maior abertura a novas experiências alimentares,

particularmente em crianças com alterações sensoriais (Chistol *et al.*, 2018).

A discreta ampliação do repertório alimentar observada neste estudo não exclui a possibilidade de benefícios indiretos promovidos pelo contato com a natureza, sobretudo em dimensões emocionais e comportamentais relacionadas à alimentação.

## **5. CONCLUSÃO**

Conclui-se que a terapia alimentar promove melhora na gravidade da seletividade alimentar e em diferentes domínios do comportamento alimentar infantil, incluindo motricidade mastigatória, flexibilidade alimentar, habilidades durante as refeições e redução de comportamentos opostos. Os resultados indicam que o objetivo do estudo foi alcançado, evidenciando impacto positivo da intervenção no padrão alimentar das crianças.

Observa-se, ainda, que fatores relacionados a ambientes naturais e o envolvimento familiar atuam como facilitadores no processo terapêutico, contribuindo para a adaptação alimentar e a consolidação das estratégias no ambiente domiciliar. Como contribuição, o estudo evidencia a importância de abordagens integradas, que considerem aspectos comportamentais, sensoriais e contextuais no manejo da seletividade alimentar.

Entre as limitações, destacam-se a dependência da percepção dos responsáveis, o que pode influenciar os resultados. Por fim, recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras maiores, acompanhamento longitudinal e utilização de instrumentos mais sensíveis, a fim de ampliar a compreensão sobre

os efeitos da terapia alimentar e os fatores associados à seletividade alimentar infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKYUREK, G.; SENTURK, R. B. K. Current therapeutic and educational interventions for feeding problems in early childhood: A systematic review. **Appetite**, v. 216, p. 108271, ago. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108271>. Acesso em: 2 mai. 2026.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Washington, DC: APA, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>. Acesso em: 26 abri.2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/t/transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade-tdah>. Acesso em: 26 abr. 2026.

BENNETT, C. *et al.* Children overcoming picky eating (COPE) – A cluster randomised controlled trial. **Appetite**, v. 154, p. 104791, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104791>. Acesso em: 2 mai. 2026.

CARDOSO, D. K. O. *et al.* Tratamento nutricional no transtorno alimentar restritivo evitativo: uma revisão integrativa. **Debates em Psiquiatria**, v. 13, p. 1-34, 2023. Disponível em:

<https://revistardp.org.br/revista/article/view/453>. Acesso em: 25 abr. 2026.

CHANG, J. P.C. *et al.* Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Youths with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials and Biological Studies. **Neuropsychopharmacology**, v. 43, n. 3, p. 534–545, fev. 2018. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/npp2017160>. Acesso em: 2 mai. 2026.

CHEN, Y.; MICHALAK, M.; AGELLON, L. B. Importance of Nutrients and Nutrient Metabolism on Human Health. **The Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 91, n. 2, p. 95, jun. 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6020734>. Acesso em: 2 mai.2026.

CHISTOL, L.T.*et al.* Sensory sensitivity and food selectivity in children with autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 48, n. 2, p. 583–591, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6215327>. Acesso em: 3 mai.2026.

CHOW, C. Y. *et al.* A review on children's oral texture perception and preferences in foods. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 64, n. 12, p. 1–19, 27 out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10408398.2022.2136619>. Acesso em: 2 mai.2026.

DEMONTEIL, L. *et al.* Longitudinal study on acceptance of food textures between 6 and 18 months. **Food Quality and Preference**, v. 71, p. 54–65, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2018.05.010>. Acesso em: 2 mai.2026.

DIOGO, L. R. F. *et al.* Seletividade alimentar no Transtorno do Espectro Autista: um estudo multicêntrico sobre padrões, fatores associados e abordagens terapêuticas. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 8, n. 1, p. 1-17, 2026. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/11586>.

Acesso em: 1 mai.2026.

DUMONT, E. *et al.* Feeding/Eating problems in children: Who does (not) benefit after behavior therapy? A retrospective chart review. **Frontiers in Pediatrics**, v. 11, fev. 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2023.1108185>. Acesso em: 1 mai.2026.

FONSECA, N. K. O. *et al.* Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. **Journal of Eating Disorders**, v. 12, n. 1, p. 74, jun. 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-024-01021>. Acesso em: 3 mai.2026.

FERRAZ, T. M. S.; LISBOA, C. S. A importância da introdução alimentar nos primeiros 2 anos de vida: revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE**, São Paulo, v. 11, n. 10, p. 2888–2893, out. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v11i10.21575>. Acesso em: 25 abr.2026.

GARCIA, T. F. M. Laboratório De Estimulação Interprofissional Em Seletividade Alimentar: como o afeto e a ciência estão mudando a vida de crianças neurodivergentes. **Saberes: Revista interdisciplinar de Filosofia e Educação**, v. 26, n. 1, p.2, jun. 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/1984-3879.2026v26n1ID42475>. Acesso em: 3 mai.2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: pessoas com deficiência e diagnóstico de transtorno do espectro autista.** Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>. Acesso em: 26 abr. 2026.

IVNUK, L. P. *et al.* Seletividade alimentar infantil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 12, e130121244099, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i12.44099>. Acesso em: 21 abr. 2026.

LINSTEAD, E. *et al.* An evaluation of the effects of intensity and duration on outcomes across treatment domains for children with autism spectrum disorder. **Translational Psychiatry**, v. 7, e1234, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/tp.2017.207>. Acesso em: 1 mai.2026.

LOBO, F. S. *et al.* Seletividade alimentar e crianças com transtorno do espectro autista: revisão da literatura. **Revista Neurociências**, v. 31, p. 1-19, 15 nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/rnc.2023.v31.15516>. Acesso em: 2 mai.2026.

MASON, L. *et al.* Children's attentional processes in outdoor and indoor environments: the role of physiological self-regulation. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 20, p. 13141, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013141>. Acesso em: 3 mai.2026.

MORAES, L. S. *et al.* Seletividade alimentar em crianças e adolescente com transtorno do espectro autista. **Revista da Associação**

**Brasileira de Nutrição (RASBRAN)**, v. 12, n. 2, p. 42-58, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47320/rasbran.2021.1762>. Acesso em: 1 mai.2026.

OLIVEIRA, B. M. F.; FRUTUOSO, M. F. P. Muito além dos nutrientes: experiências e conexões com crianças autistas a partir do cozinhar e comer juntos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. e00132020, 2021. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7738>. Acesso em: 2 mai.2026.

PASQUINI, G.; CANCELIER, A. C. L. Seletividade alimentar em crianças com Transtorno do Espectro Autista: um estudo em Araranguá - SC. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN**, v. 16, p. 1-14, dez. 2025. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/3206>. Acesso em: 3 mai. 2026.

ROCHA, C. C. *et al.* O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290412>. Acesso em: 1 mai.2026.

ROJAS, G. V. E.; GORDILLO, M. A. R. Alimentación exigente en niños; signos y síntomas, evaluación e intervención multiprofesional. **Areté**, v. 24, n. 1, p. 1-12, jun. 2024. Disponível em: <https://arete.iberu.edu.co/index.php/arete/article/view/art.24101>. Acesso em: 3 mai.2026.

SABATINI, B. E. J. *et al.* Sensibilidade sensorial e seletividade alimentar em crianças com transtorno do espectro autista (TEA): diretrizes para a terapia alimentar. **Dataset Reports**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.58951/dataset.2023.64>. Acesso em: 21 abr. 2026.

SHAO, Y. *et al.* Stunted microbiota and opportunistic pathogen colonization in caesarean-section birth. **Nature**, v. 574, n. 7776, p. 117–121, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1560-1>. Acesso em: 3 mai.2026.

SHARP, W. G. *et al.* Intensive, Manual-based Intervention for Pediatric Feeding Disorders. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 62, n. 4, p. 658–663, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001043>. Acesso em: 2 mai.2026.

SANTOS, A. C. D. M. N. L. DOS; BELIENE, F. P.; SANTOS, J. M. DOS. Seletividade alimentar na criança fase de pré-escolar: revisão bibliográfica. **Rev. Cient. UBM**, v.27, n. 52, p. 122-135, Jan, 2025. Disponível em: <https://revista.ubm.br/index.php/revistacientifica/article/view/2271>. Acesso em: 2 mai.2026.

SURÉN, P. *et al.* Diagnosing autism spectrum disorder among children in Norway. **Tidsskrift for Den norske legeforening**, v. 139, n. 14, p. e1–13, 2019. Disponível em: <https://tidsskriftet.no/en/2019/10/originalartikkel/diagnosing-autism-spectrum-disorder-among-children-norway>. Acesso em: 1 mai.2026

TAYLOR, C. M.; EMMETT, P. M. Picky eating in children: causes and consequences. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 78, n. 2, p. 1–9, nov. 2018. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/picky-eating-in-children-causes-and-consequences/34921F967B9F37046962CA866DC199C3>. Acesso em: 2 mai.2026.

TORRES, T. O.; GOMES, D. R.; MATTOS, M. P. Factors associated with food neophobia in children: systematic review. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, e2020038, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7649857>. Acesso em: 25 abr. 2026.

TROFHOLZ, A. C.; SCHULTE, A. K.; BERGE, J. M. How parents describe picky eating and its impact on family meals: A qualitative analysis. **Appetite**, v. 110, p. 36–43, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.027>. Acesso em: 3 mai. 2026.

WOLSTENHOLME, H. *et al.* Childhood fussy/picky eating behaviours: a systematic review and synthesis of qualitative studies. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 1, jan. 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5243124>. Acesso em: 3 mai.2026.

YANG, Y. *et al.* Anesthesia, sex and miscarriage history may influence the association between cesarean delivery and autism spectrum disorder. **BMC Pediatrics**, v. 21, n. 62, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02518-1>. Acesso em: 3 mai.2026.

---

<sup>1</sup> Discente do curso superior de Nutrição pelo Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>2</sup> Discente do curso superior de Nutrição pelo Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>3</sup> Pós-graduada em Pediatria Integrativa e Nutrição Funcional no Autismo e TDAH pela Faculdade Focus – FOCUS. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

<sup>4</sup> Doutora em Alimentos e Nutrição pelo Universidade Federal do Piauí (UFPI). Docente do Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)