

SELETIVIDADE ALIMENTAR NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E REPERCUSSÕES NUTRICIONAIS DOS 6 MESES AOS 10 ANOS

**FOOD SELECTIVITY IN AUTISM SPECTRUM DISORDER AND NUTRITIONAL
REPERCUSSIONS FROM 6 MONTHS TO 10 YEARS**

Ciências da Saúde • 23/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792676085](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792676085)

Jakelline Sousa do Nascimento¹

Nayara Silva de Oliveira²

Ronildo Oliveira Figueiredo³

RESUMO

A seletividade alimentar pode restringir a variedade da dieta e aumentar o risco de ingestão insuficiente de nutrientes no transtorno do espectro autista (TEA). Este estudo discute essas repercussões no período de 6 meses a 10 anos. Realizou-se revisão narrativa com buscas eletrônicas dirigidas ao PubMed e consulta a textos disponíveis em periódicos, repositórios e fontes oficiais. Selecionaram-se 11 documentos conforme população, relação com alimentação e nutrição e disponibilidade de informações metodológicas. O marco de 6 meses corresponde ao início da alimentação complementar; o limite de 10 anos delimita a análise das etapas seguintes da infância. Dados de lactentes foram interpretados como história alimentar anterior ao diagnóstico. Os estudos relacionam repertório restrito a risco de inadequação da ingestão e descrevem associação com características sensoriais. Peso e crescimento preservados não afastam dificuldades de qualidade da dieta. A heterogeneidade das amostras limita comparações e impede generalizar resultados para todas as idades. Conclui-se que a avaliação nutricional deve considerar consumo real, habilidades alimentares e crescimento, distinguindo risco estimado de deficiência confirmada.

Palavras-chave: transtorno do espectro autista; seletividade alimentar; nutrição da criança; comportamento alimentar.

ABSTRACT

Food selectivity may restrict dietary variety and increase the risk of inadequate nutrient intake in autism spectrum disorder (ASD). This study discusses these repercussions from 6 months to 10 years of age. A narrative review was conducted through electronic searches directed at PubMed and consultation of documents available in journals, repositories and official sources. Eleven documents were

selected according to population, relevance to feeding and nutrition, and availability of methodological information. The 6-month boundary corresponds to the introduction of complementary foods; the 10-year boundary defines the scope of the subsequent stages of childhood. Infant data were interpreted as feeding history before diagnosis. Studies link restricted food repertoires to risk of inadequate intake and describe associations with sensory characteristics. Preserved weight and growth do not rule out problems with dietary quality. Sample heterogeneity limits comparisons and prevents generalization across all ages. Nutritional assessment should consider actual intake, feeding skills and growth, distinguishing estimated risk from confirmed deficiency.

Keywords: autism spectrum disorder; food selectivity; child nutrition; feeding behavior.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por alterações na comunicação e na interação social, além de padrões restritos ou repetitivos de comportamento. Dificuldades alimentares podem acompanhar o quadro, mas precisam de avaliação própria (Hyman; Levy; Myers, 2020). A revisão de Nogueira-de-Almeida et al. (2025) relaciona a seletividade à restrição da variedade consumida e descreve repercussões nutricionais diversas, que não devem ser atribuídas automaticamente a toda criança com TEA.

Na literatura, o termo seletividade alimentar abrange diferentes medidas, como recusa de alimentos oferecidos e repertório alimentar restrito. Essa diferença de definição importa: rejeitar alguns alimentos não equivale a excluir grupos inteiros da

alimentação. Bandini et al. (2010) utilizaram medidas distintas para examinar esses comportamentos e sua relação com a adequação de nutrientes. Assim, a descrição concreta do consumo é mais informativa do que a classificação isolada de uma criança como seletiva.

A faixa de 6 meses a 10 anos foi adotada para acompanhar a alimentação desde a introdução de outros alimentos até o limite etário escolhido para esta revisão. O marco inicial corresponde à recomendação brasileira de começar a alimentação complementar aos 6 meses. O limite superior foi definido por abranger o período contemplado pelas orientações do Ministério da Saúde para crianças de 2 a 10 anos, em continuidade às recomendações para menores de 2 anos (Brasil, [s.d.]). Trata-se de uma delimitação do estudo, não de uma afirmação de que a seletividade se encerra aos 10 anos.

A inclusão dos primeiros meses exige uma distinção: nesta revisão, dados de lactentes correspondem à história alimentar de crianças que receberam diagnóstico de TEA posteriormente. Emond et al. (2010) acompanharam informações alimentares desde os 6 meses e relacionaram esses registros ao diagnóstico posterior. Assim, a análise inclui a introdução alimentar, a alimentação pré-escolar e a escolar, respeitando a idade em que cada informação foi obtida; não pressupõe diagnóstico estabelecido aos 6 meses.

A questão que orienta esta revisão é: de que forma a seletividade alimentar se relaciona aos riscos nutricionais na infância, e quais cuidados são necessários para interpretar essa relação no período de 6 meses a 10 anos? O objetivo é discutir os achados disponíveis, distinguindo restrição alimentar, risco de inadequação da ingestão e alterações nutricionais efetivamente demonstradas. Essa distinção

permite uma abordagem mais útil à Nutrição e evita conclusões que os estudos não sustentam.

2. MÉTODOS

2.1. Delineamento e Pergunta da Revisão

Realizou-se uma revisão narrativa, descritiva e crítica, sem coleta de dados de pacientes. A pergunta foi: quais relações a literatura descreve entre seletividade alimentar e repercussões nutricionais no período de 6 meses a 10 anos, considerando a história alimentar anterior ao diagnóstico e as diferenças entre as etapas da infância? A escolha da revisão narrativa permitiu discutir estudos com diferentes desenhos e relacioná-los às orientações de alimentação infantil, sem calcular uma medida conjunta de efeito.

2.2. Fontes Consultadas e Termos de Busca

O levantamento inicial ocorreu em 27 de setembro de 2026, com consultas complementares em 15 de outubro de 2026. Foram realizadas buscas na web direcionadas aos registros bibliográficos do PubMed. Os textos disponíveis foram consultados no PubMed Central, nas páginas dos periódicos e em repositórios das instituições dos autores. PubMed foi utilizado para localizar registros; PubMed Central e os demais sites foram utilizados para acessar os documentos, não como bases independentes somadas à busca. As recomendações brasileiras foram consultadas no portal oficial do Ministério da Saúde.

Nas consultas dirigidas ao PubMed foram combinados os termos livres em inglês “autism”, “food selectivity” e “nutrient”; “autism”, “sensory sensitivity” e “children”; e “autism”, “complementary food” e

“children”. O direcionamento eletrônico utilizou o domínio pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. No levantamento inicial também foram utilizados “nutritional inadequacy” e buscas pelos títulos dos estudos. Para localizar orientações nacionais, foram empregados os termos em português “alimentação saudável”, “crianças”, “6 meses” e “2 a 10 anos”, com direcionamento ao domínio gov.br. Não foi empregado um filtro automático de idade, pois ele poderia excluir estudos que recuperam a alimentação anterior ao diagnóstico.

A consulta às referências dos documentos recuperados complementou a localização de estudos relacionados. Não se aplicou limite de ano para a busca. As publicações científicas efetivamente utilizadas nesta síntese datam de 2010 a 2025, além de uma página institucional sem data identificada; esse intervalo descreve o conjunto selecionado e não representa uma busca exaustiva da produção do período.

2.3. Critérios de Seleção

Foram elegíveis estudos primários em seres humanos que abordassem crianças com TEA, incluindo pesquisas com informações da alimentação anteriores ao diagnóstico, e apresentassem pelo menos um dos seguintes aspectos: variedade ou recusa alimentar; ingestão e adequação de nutrientes; indicadores de crescimento ou estado nutricional; fatores sensoriais relacionados à seletividade; ou intervenção sobre o comportamento alimentar. Foram considerados documentos em português ou inglês com informações suficientes para identificar população, método e resultados.

Foram incluídos, como apoio conceitual e clínico, revisões diretamente relacionadas ao tema, um consenso sobre dificuldades alimentares pediátricas, um relatório clínico e orientações oficiais de alimentação infantil. Estudos com participantes acima de 10 anos só foram utilizados como evidência complementar quando também incluíam crianças na faixa de interesse. Os resultados globais dessas amostras foram identificados como tais, sem atribuí-los exclusivamente às crianças de até 10 anos.

Foram deixados de fora da síntese estudos exclusivamente com adultos ou adolescentes sem crianças na faixa de interesse, trabalhos em animais, textos de opinião ou divulgação sem método identificável e publicações sobre intervenções no TEA sem relação com alimentação ou nutrição. Registros do mesmo documento localizados em mais de um site foram considerados uma única fonte. A inclusão da história alimentar de lactentes não foi interpretada como confirmação de TEA nessa idade.

A seleção ocorreu pela leitura de títulos e resumos, seguida da consulta aos textos completos disponíveis. Nos casos em que apenas o resumo pôde ser consultado, foram utilizadas somente as informações expressas nele, sem inferir dados ausentes. A seleção foi intencional, conforme a contribuição para a pergunta da revisão, sem pretensão de incluir todos os registros elegíveis. O conjunto final compreendeu 11 documentos: seis estudos primários, duas revisões, um consenso, um relatório clínico e uma orientação institucional.

2.4. Organização e Análise das Informações

Dos estudos primários foram registrados autor e ano, desenho, número de participantes, faixa etária, aspecto alimentar investigado e limite de aplicação dos resultados. O Quadro 1 apresenta sua caracterização. A discussão foi organizada em experiências sensoriais, alimentação complementar, repercussões nutricionais e acompanhamento. Foram distinguidos ingestão estimada, risco de inadequação, deficiência confirmada e alterações de crescimento. Resultados de amostras que ultrapassavam 10 anos não foram recalculados para um subgrupo não descrito no estudo original.

A síntese foi qualitativa e não incluiu metanálise, triagem independente por dois revisores ou avaliação formal do risco de viés. Os achados foram interpretados segundo o desenho, a origem da amostra, a idade e o instrumento utilizado. Essas características definem o alcance da revisão narrativa e impedem tratar suas conclusões como estimativas de prevalência ou prova de causalidade.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Características das Evidências Consultadas

O conjunto consultado inclui estudos observacionais, um ensaio de intervenção, revisões e orientações de cuidado. O Quadro 1 apresenta seis pesquisas utilizadas na discussão. Sua função é tornar visíveis as diferenças entre as populações; os resultados não foram somados, pois representam contextos e medidas distintos.

Quadro 1. Características de estudos selecionados

Estudo e desenho	População e faixa etária	Contribuição e limite
-------------------------	---------------------------------	------------------------------

Emond et al. (2010) Coorte	79 crianças posteriormente diagnosticadas e 12.901 controles; alimentação acompanhada desde 6 meses.	Permite examinar o histórico alimentar anterior ao diagnóstico.
Bandini et al. (2010) Transversal	53 crianças com TEA e 58 com desenvolvimento típico; 3 a 11 anos.	Relaciona repertório alimentar e adequação da ingestão; inclui idade acima do recorte.
Chistol et al. (2018) Observacional	53 crianças com TEA e 58 sem TEA; 3 a 11 anos.	Examina sensibilidade oral e seletividade; faixa etária parcialmente além do recorte.
Sharp et al. (2018) Revisão de prontuários	70 crianças e adolescentes com TEA e seletividade grave; 2 a 17 anos.	Amostra de serviço especializado; resultados não representam todas as crianças com TEA.
Sharp et al. (2019) Ensaio randomizado	38 crianças com TEA e seletividade moderada; elegibilidade de 3 a 8 anos.	Compara orientação estruturada de alimentação com educação geral aos responsáveis.
Wang et al. (2022) Transversal	84 crianças com TEA e 77 com desenvolvimento típico; 2 a 5 anos; histórico alimentar relatado pelos pais.	Investiga associações entre introdução alimentar e dificuldades posteriores; sujeito a erro de recordação.

Fonte: elaboração a partir dos estudos citados. TEA: transtorno do espectro autista.

3.2. Seletividade e Experiências Sensoriais

O estudo de Chistol et al. (2018), com participantes de 3 a 11 anos, encontrou relação entre maior sensibilidade oral e maior

seletividade alimentar. Esse achado ajuda a compreender por que a textura ou outras características sensoriais podem interferir na aceitação. Contudo, uma associação observacional não demonstra que a sensibilidade seja a única causa da recusa. A faixa etária do estudo também ultrapassa, em parte, o limite desta revisão.

Na interpretação clínica, duas crianças que recusam um mesmo alimento podem apresentar necessidades diferentes. Uma pode rejeitar determinada consistência; outra pode ter dificuldade para mastigá-la. O consenso de Goday et al. (2019) propõe avaliar as dificuldades alimentares nos domínios médico, nutricional, das habilidades alimentares e psicossocial. Essa organização evita reduzir o problema a uma questão de vontade ou de comportamento da família.

Goday et al. (2019) definem o transtorno alimentar pediátrico pela ingestão oral inadequada à idade associada a disfunção em pelo menos um dos domínios mencionados. Essa definição não é equivalente à recusa ocasional de um alimento. Para o presente tema, sua contribuição é mostrar que a quantidade e a variedade consumidas precisam ser interpretadas junto às condições de saúde, às habilidades para comer e à repercussão nas refeições. Trata-se de um referencial de avaliação, não de uma estimativa de frequência de transtornos em crianças com TEA.

3.3. Alimentação Complementar e Limites da Evidência em Lactentes

Emond et al. (2010) observaram menor variedade alimentar a partir de 15 meses nas crianças posteriormente diagnosticadas com TEA. Apesar das diferenças de alimentação, não identificaram prejuízo de

crescimento nas avaliações descritas. O estudo permite reconhecer sinais alimentares precoces, mas não autoriza usar seletividade ou introdução tardia de sólidos como confirmação diagnóstica.

Wang et al. (2022) encontraram associação entre introdução mais tardia da alimentação complementar e dificuldades alimentares no grupo com TEA. Como as informações iniciais foram recuperadas por relato dos pais em um estudo transversal, o resultado está sujeito a viés de memória. Não demonstra que o momento da introdução alimentar tenha causado TEA ou que a mudança desse momento impediria o transtorno.

As orientações brasileiras indicam iniciar a oferta de outros alimentos aos 6 meses, manter a amamentação até 2 anos ou mais e respeitar sinais de fome e saciedade. Essas recomendações gerais ajudam a situar o cuidado, mas não substituem a avaliação de dificuldades persistentes (Brasil, [s.d.]). Para esta revisão, o período de 6 a 23 meses precisa, portanto, ser interpretado como uma fase própria de desenvolvimento alimentar, com evidência específica ainda limitada no conjunto consultado.

3.4. Repercussões Nutricionais e Avaliação do Crescimento

Bandini et al. (2010) identificaram maior recusa alimentar no grupo com TEA e associação entre repertório limitado e inadequação da ingestão. A conclusão relevante é que conhecer a variedade efetivamente consumida acrescenta informação à avaliação nutricional. A pesquisa não permite afirmar que todas as crianças seletivas tenham o mesmo déficit ou necessitem da mesma suplementação.

Na amostra clínica de Sharp et al. (2018), 78% dos participantes apresentavam dieta com risco de inadequação de cinco ou mais nutrientes. Os riscos estimados envolveram, entre outros componentes, vitamina D, fibras, vitamina E e cálcio. Esses números se referem a crianças e adolescentes com seletividade grave atendidos em um serviço especializado. Não são estimativas para a população geral nem resultados exclusivos de crianças até 10 anos. Além disso, risco calculado a partir da dieta não equivale a deficiência comprovada por avaliação clínica ou laboratorial.

A comparação entre consumo e crescimento exige o mesmo cuidado. Uma criança pode obter energia suficiente com pouca variedade. Por outro lado, a redução do consumo pode comprometer a ingestão total. A revisão de Nogueira-de-Almeida et al. (2025) discute a heterogeneidade das repercussões nutricionais, incluindo deficiência de micronutrientes, desnutrição e obesidade. Esses desfechos são possibilidades clínicas, não uma sequência inevitável da seletividade.

Hyman, Levy e Myers (2020) recomendam obter a história alimentar nas consultas e considerar avaliação por nutricionista para verificar a suficiência da dieta. Os autores também alertam que o uso de suplementos deve considerar a ingestão e as necessidades da criança. Em conjunto com os achados de Bandini et al. (2010), essa orientação sustenta a avaliação do repertório e do consumo, em vez de inferir uma carência somente pelo diagnóstico de TEA. A necessidade de suplementação individual não foi testada nesta revisão.

3.5. Possibilidades de Acompanhamento Nutricional

O ensaio de Sharp et al. (2019) comparou, durante 16 semanas, um programa estruturado de orientação alimentar aos responsáveis com educação geral sobre autismo. A proporção de crianças avaliadas como muito ou muitíssimo melhoradas na escala de Impressão Clínica Global de Melhora foi de 47,4% no grupo MEAL Plan e 5,3% no grupo comparador. O resultado é promissor para seletividade moderada, mas a amostra de 38 participantes é pequena. A intervenção não deve ser apresentada como solução comprovada para lactentes, para todos os graus de seletividade ou para correção de deficiências nutricionais em longo prazo.

Ferrara et al. (2025) discutem a associação entre seletividade, menor diversidade alimentar e características sensoriais. A revisão recomenda uma abordagem multidisciplinar, mas não estabelece uma resposta uniforme às intervenções. Já Nogueira-de-Almeida et al. (2025) descrevem a participação familiar e a exploração visual, tátil e olfativa dos alimentos como estratégias para favorecer a ampliação do repertório. Essas propostas devem ser diferenciadas dos resultados de ensaios: uma recomendação de revisão não demonstra, por si só, eficácia para todas as idades ou níveis de dificuldade.

O Ministério da Saúde recomenda respeitar sinais de fome e saciedade e favorecer experiências positivas nas refeições de menores de 2 anos. Para crianças de 2 a 10 anos, orienta refeições em ambiente tranquilo e, quando possível, na companhia de familiares ou amigos (Brasil, [s.d.]). São recomendações gerais de alimentação infantil, não um tratamento específico para seletividade no TEA. Sua aplicação ao tema deve ser articulada à avaliação individual descrita nos referenciais clínicos, sem substituir intervenções especializadas quando necessárias.

Hyman, Levy e Myers (2020) indicam avaliação fonoaudiológica ou de terapia ocupacional quando há preocupações com habilidades orais e motoras, além de investigação de desconfortos que possam contribuir para a recusa. Esse encaminhamento complementa a avaliação nutricional: ampliar a oferta de alimentos pode não resolver uma dificuldade de mastigação ou deglutição. A assistência deve considerar a função comprometida, evitando interpretar toda recusa como seletividade de origem exclusivamente sensorial.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos discutidos relacionam repertório alimentar restrito ao risco de ingestão insuficiente, mas não demonstram que toda criança com TEA apresente deficiência nutricional (Bandini et al., 2010; Sharp et al., 2018). A distinção entre ingestão estimada, deficiência confirmada e crescimento evita interpretar resultados diferentes como se fossem equivalentes. A repercussão nutricional deve ser avaliada conforme os alimentos consumidos e as condições de alimentação de cada criança.

Para o recorte de 6 meses a 10 anos, a evidência é desigual. Emond et al. (2010) contribuem com observações anteriores ao diagnóstico, enquanto Sharp et al. (2019) avaliaram uma intervenção em crianças com seletividade moderada. Esses resultados não podem ser aplicados indistintamente a todas as idades. O acompanhamento deve integrar história alimentar, avaliação nutricional e investigação de dificuldades associadas, conforme as recomendações de Hyman, Levy e Myers (2020). Permanecem necessárias pesquisas que delimitem melhor as repercussões por faixa etária e avaliem a manutenção dos resultados nutricionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDINI, Linda G. et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. **The Journal of Pediatrics**, v. 157, n. 2, p. 259–264, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.013>. Acesso em: 27 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia/alimentacao-saudavel>. Acesso em: 15 out. 2026.

CHISTOL, Liem 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. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3340-9>. Acesso em: 27 set. 2026.

EMOND, Alan et al. Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders. **Pediatrics**, v. 126, n. 2, p. e337–e342, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2391>. Acesso em: 27 set. 2026.

FERRARA, Rosaria et al. Food selectivity and autism: a systematic review. **World Journal of Clinical Pediatrics**, v. 14, n. 3, 101974, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5409/wjcp.v14.i3.101974>. Acesso em: 27 set. 2026.

GODAY, Praveen S. et al. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 68, n. 1, p. 124–129, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>. Acesso em: 27 set. 2026.

HYMAN, Susan L.; LEVY, Susan E.; MYERS, Scott M. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. **Pediatrics**, v. 145, n. 1, e20193447, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>. Acesso em: 27 set. 2026.

NOGUEIRA-DE-ALMEIDA, Carlos A. et al. Nutritional factors and therapeutic interventions in autism spectrum disorder: a narrative review. **Children**, v. 12, n. 2, 202, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/children12020202>. Acesso em: 27 set. 2026.

SHARP, William G. et al. Dietary intake, nutrient status, and growth parameters in children with autism spectrum disorder and severe food selectivity: an electronic medical record review. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 118, n. 10, p. 1943–1950, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.005>. Acesso em: 27 set. 2026.

SHARP, William G. et al. The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education: a randomized clinical trial. **The Journal of Pediatrics**, v. 211, p. 185–192.e1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.046>. Acesso em: 27 set. 2026.

WANG, Tiantian et al. Feeding problems, age of introduction of complementary food and autism symptom in children with autism spectrum disorder. **Frontiers in Pediatrics**, v. 10, 860947, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fped.2022.860947>. Acesso em: 27 set. 2026.

de Bacharel em Nutrição.

¹ Graduanda em Nutrição pela Universidade Nilton Lins, Manaus,
Amazonas, Brasil.

² Orientadora do artigo.

³ Coordenador.