UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Ana Beatriz Wolff Machado

Sintomas Gastrointestinais e Seletividade Alimentar em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão de escopo

Florianópolis
2026

Ana Beatriz Wolff Machado

Sintomas Gastrointestinais e Seletividade Alimentar em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão de escopo

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Nutrição.

Orientador(a): Prof.(a), Dr.(a) Eloísa Pavesi

Florianópolis
2026

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Machado, Ana Beatriz

Sintomas Gastrointestinais e Seletividade Alimentar em Pacientes com Transtorno do Espectro Autista : uma revisão de escopo / Ana Beatriz Machado ; orientadora, Eloísa Pavesi, 2026.
68 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Nutrição, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Nutrição. 2. Autismo. 3. Seletividade Alimentar . 4. Sintomas Gastrointestinais. I. Pavesi, Eloísa . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Nutrição. III. Título.

Elaborado por meio de sistema gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Dedico este trabalho a toda a comunidade neurodivergente e profissionais da saúde que se dedicam-se por um atendimento mais inclusivo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Prof.(a) Dr.(a) Eloísa Pavesi, por ter embarcado comigo em uma temática pouco explorada na graduação, assim como também agradeço à orientadora pedagógica Luiza e à Profa. Marilúcia, por terem possibilitado que esse caminho fosse percorrido com menos obstáculos e de forma menos solitária.

Também agradeço à banca avaliadora, composta pela Me. Talissa, por prestigiar este trabalho com suas considerações, mesmo em um período tão curto.

Igualmente agradeço aos meus familiares e a uma amiga em especial, Ikeda, que me ajudou não apenas nos momentos em que eu precisava de foco, mas também por me lembrar do que sou capaz ao longo desses anos. Quando se é neurodivergente, a vida acadêmica pode se tornar bem desafiante e isolada e são pessoas como essas, que me ajudaram nesse processo, que te dão força para não ser mais uma alma com potencial a desistir de ter um diploma.

RESUMO

A seletividade alimentar e os sintomas gastrointestinais são condições frequentemente observadas em pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), embora a relação entre essas manifestações ainda não esteja completamente esclarecida. O objetivo desta pesquisa foi mapear e sintetizar as evidências disponíveis sobre as relações entre sintomas gastrointestinais e seletividade alimentar em pessoas com TEA. O estudo se trata de uma revisão de escopo, na qual foram incluídos 13 estudos que passaram pelos critérios estabelecidos. Resultados: os resultados mostraram uma associação positiva entre Seletividade Alimentar e Sintomas Gastrointestinais para 8 estudos, associação mista para 4 e apenas 1 estudo resultou na ausência de relação significativa entre as variáveis analisadas. Os principais sintomas gastrointestinais citados foram constipação, diarreia e dor abdominal, sendo também os mais relacionados com a seletividade alimentar. Houve uma heterogeneidade tanto nas ferramentas utilizadas para avaliar a seletividade alimentar e os sintomas gastrointestinais, quanto nos critérios de classificação de seletividade alimentar e de sintomas gastrointestinais. Isso impacta diretamente na análise sobre a relação entre essas duas comorbidades frequentes no autismo. Conclusão: a análise integral do indivíduo autista deve passar por ferramentas adequadas que permitam identificar problemas subjetivos como desconforto gastrointestinal e aversões alimentares evitando o risco de colocá-las como mero problema comportamental inerente ao autismo.

Palavras-chave: autismo;seletividade alimentar; sintomas gastrointestinais

ABSTRACT

Food selectivity and gastrointestinal symptoms are frequently observed in individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD), although the relationship between these manifestations remains unclear. The objective of this research was to map and synthesize the available evidence regarding the relationship between gastrointestinal symptoms and food selectivity in individuals with ASD. This study is a scoping review, which included 13 studies that met the established criteria. The results showed a positive association between food selectivity and gastrointestinal symptoms in 8 studies, a mixed association in 4, and only 1 study found no significant relationship between the variables analyzed. Discussion: The primary gastrointestinal symptoms reported were constipation, diarrhea, and abdominal pain; these were also the symptoms most strongly associated with food selectivity. There was significant heterogeneity both in the tools used to assess food selectivity and gastrointestinal symptoms, and in the criteria used to classify them. This directly impacts the analysis of the relationship between these two common comorbidities in autism. Conclusion: A comprehensive assessment of an autistic individual should utilize appropriate tools capable of identifying subjective issues — such as gastrointestinal discomfort and food aversions — thereby avoiding the risk of mischaracterizing them as merely behavioral problems inherent to autism.

Keywords: autism; food selectivity; gastrointestinal symptoms

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BU	Biblioteca Universitária
TEA	Transtorno do Espectro Autista
DT	Desenvolvimento Típico
SA	Seletividade Alimentar
CA	Comportamento Alimentar
TARE/ARFID	Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
BAMBI	Inventário Breve de Comportamentos Alimentares no Horário das Refeições em Crianças com Autismo
STEP-CHILD	Instrumento de Triagem de Problemas Alimentares Aplicado à Criança
CEBQ	Questionário de Comportamento Alimentar Infantil
NIAS	Questionário de Triagem de ARFID/TARE de Nove Itens
YAQ	Questionário de Frequência Alimentar para Jovens/Adolescentes
DGIF	Distúrbios Gastrointestinais Funcionais
SGI	Sintomas Gastrointestinais
6-GSI	Índice de Gravidade de Sintomas Gastrointestinais de 6 itens
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
EoE	Esofagite Eosinofílica
CF	Constipação Funcional
DF	Diarreia Funcional
Dis. Ab.	Distensão Abdominal
Dor Ab.	Dor Abdominal
ATN-GISSI-17	Inventário de Sinais e Sintomas Gastrointestinais da Rede de Tratamento do Autismo-17
ESPGHAN	Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica
NASPGHAN	Sociedade Norte-Americana de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica
CASD	Checklist para Transtorno do Espectro Autista
PBS	Escala de Comportamento Pediátrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **16**
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **17**
2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) 17
2.2 SELETIVIDADE ALIMENTAR 18
2.3 SINTOMAS GASTROINTESTINAIS 21
1.1 OBJETIVO GERAL 23
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 23
3 METODOLOGIA **24**
3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 24
3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 24
3.3 DESCRITORES E BASES DE DADOS 25
4 RESULTADOS **27**
4.1 DELINEAMENTO DOS ESTUDOS 28
4.2 ACHADOS SOBRE SELETIVIDADE ALIMENTAR 34
4.3 ACHADOS SOBRE SINTOMAS GASTROINTESTINAIS 39
4.4 RELAÇÃO ENTRE SELETIVIDADE ALIMENTAR E SINTOMAS GASTROINTESTINAIS 43
4.5 INFORMAÇÕES ADICIONAIS 50
5 DISCUSSÃO **59**
6 CONCLUSÃO **66**
REFERÊNCIAS **68**

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.ª edição, Texto Revisado (DSM-5-Tr), é um transtorno do neurodesenvolvimento marcado por dificuldades clinicamente relevantes em áreas da comunicação e responsividade social, comportamentos restritos e repetitivos, além de poder cursar com alteração estrutural da linguagem e/ou deficiência intelectual (APA, 2023).

O censo demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), avaliou pela primeira vez a população autista. O número de diagnósticos de autismo no Brasil atingiu 2,4 milhões de casos, o que equivale a 1 em cada 38 pessoas ou 1,2% da população (Siqueira, 2025). Por outro lado, nos EUA, já foi possível estabelecer uma série histórica em relação à população com autismo. O Centro para Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC), que em 2000 havia publicado uma prevalência de autismo de 1 a cada 150 pessoas, em seu censo mais recente, atualizou essa informação para 1 a cada 31 pessoas, evidenciando o aumento significativo de diagnósticos de autismo atualmente (Shaw, 2025).

Além dos sintomas que entram como critério para o diagnóstico do autismo, existem condições que aparecem de forma comórbida no TEA e que ocupam grande parcela da população com essa condição. A Seletividade Alimentar (SA), nesse contexto, se mostra como uma condição cuja prevalência média, segundo uma metanálise recente, chega a 63,5% entre crianças autistas (Bandeira dos Santos Junior; Rezende Soares da Paz Oliveira; Da Paz Oliveira, 2025). Essa condição alimentar envolve comportamentos de recusa e neofobia alimentar, aversão sensorial, além de restrição significativa de variedade de grupos alimentares (Rodrigues et al., 2023; Sarnataro et al., 2025).

Somado a isso, estudos demonstram que a presença de sintomas gastrointestinais (SGI) ou distúrbio gastrointestinal funcional (DGIF) são um quadro comórbido bastante comum em autistas. Uma metanálise de McElhanon et al. (2014), trouxe um valor de odds Ratio de 4,42 indicando uma maior prevalência de SGI em crianças autistas, em comparação com seus controles. Em outro estudo, a

mediana para prevalência de algum sintoma gastrointestinal foi de 46,8%, sendo a constipação o sintoma mais comum entre os autistas (Holingue et al., 2017). Entretanto, a heterogeneidade entre os estudos ainda é uma realidade.

Apesar da coexistência dessas duas comorbidades em pessoas com TEA ser frequente, os mecanismos por trás dessa simultaneidade entre SA e SGI ainda estão pouco esclarecidos (Valenzuela-Zamora; Ramírez-Valenzuela; Ramos - Jiménez, 2022; Babinska et al., 2020). Alguns estudos sugerem o papel da microbiota como influenciadora na manifestação de comportamentos alimentares e distúrbios gastrointestinais (Topuz; Önal, 2026; Laysa Moreira Peterle et al., 2025). Todavia, independente disso, sabe-se que um padrão alimentar desequilibrado, principalmente no que diz respeito ao consumo de frutas e vegetais, pode influenciar em SGI (Valenzuela-Zamora; Ramírez-Valenzuela; Ramos-Jiménez, 2022; Al-Joburi; Hasan; Al-Aaraji, 2023). Da mesma forma, SGI também podem influenciar nas escolhas alimentares, inclusive reforçando comportamentos seletivos (Valenzuela-Zamora; Ramírez-Valenzuela; Ramos - Jiménez, 2022; Deng et al., 2022; Bonner-Reid, 2026).

Sendo assim, esta revisão de escopo teve como pergunta norteadora a seguinte: “Como a literatura científica caracteriza as relações entre sintomas gastrointestinais e SA em pessoas com Transtorno do Espectro Autista?”. Dessa forma, esse estudo tem por objetivo mapear e sintetizar as evidências disponíveis sobre as relações entre SGI e SA em pessoas com Transtorno do Espectro Autista.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por ser um transtorno do neurodesenvolvimento, segundo o DSM-V-TR (APA, 2023), fundamentado em 2 critérios principais que consistem em déficits persistentes na comunicação e interação social e padrões de comportamento e/ou interesses restritos e repetitivos, podendo ou não estar associado a deficiência intelectual e/ou deficiência estrutural de linguagem (APA, 2023).

O diagnóstico do TEA é realizado unicamente de forma clínica, por um médico, ou seja, não há nenhum tipo de exame ou teste capaz de permitir um diagnóstico. Porém, é comum o apoio complementar de avaliação neuropsicológica e/ou avaliações de outros profissionais como: fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicólogos, que de forma interdisciplinar e multiprofissional, contribuem para o diagnóstico e direcionamento de tratamento de forma mais efetiva. Entre as condições contempladas na avaliação diagnóstica e que está presente em muitos autistas, destaca-se a SA.

2.2 SELETIVIDADE ALIMENTAR

A SA é comumente entendida pela literatura como um comportamento alimentar restritivo, marcado por recusa alimentar a uma ampla gama de alimentos familiares, somada a uma neofobia, que seria a aversão a alimentos novos, persistente e que gera impacto significativo na vida do indivíduo e aqueles à sua volta (Sampaio et al., 2013; Baraskewich et al., 2021*).*

Este comportamento de desinteresse pelo alimento ou mesmo a neofobia, são comuns nas fases de introdução alimentar e pré-escola, mesmo em crianças típicas, entretanto, quando se observa uma exclusão de grupos alimentares inteiros, ingestão significativamente reduzida, somados a um impacto nutricional e/ou comportamental que persiste para além da primeira infância, considera-se uma SA atípica. (SBP, 2022; Taylor; Emmet, 2019).

Os estudos indicam, dentre os principais grupos alimentares evitados, principalmente se tratando de motivos sensoriais, as frutas, verduras e carne, sendo a vermelha a menos aceita, além de alguns demonstrarem aversão também a alimentos mais pastosos ou moles, com odores ou cores específicos e ainda, leite e derivados (Pereira et al., 2023; Baraskewich et al., 2021; Sharp et al., 2013; Cermak; Curtin; Bandini, 2010).

Quanto àqueles alimentos com maior aceitabilidade, estão os ultraprocessados, preparações fritas, carboidratos altamente energéticos (batata, pães, bolachas, massas), além de algumas preferências por alimentos de textura seca ou crocante e em alguns casos preferências por cor ou marcas (Pereira et al., 2023; Baraskewich et al., 2021; Sharp et al., 2013; Cermak; et al., 2010).

Com um perfil alimentar altamente seletivo, o impacto nutricional pode vir através das deficiências de micronutrientes e vitaminas como: o ferro, cálcio e zinco, as vitaminas A, C, D, B1, B9, B12, além da falta em macronutrientes como as fibras e em alguns casos mais raros, deficiências proteicas e de iodo (Pereira et al., 2023; Sharp et al. 2013).

Quanto aos tipos de seletividade, a Sociedade Brasileira de Pediatria, em seu Guia de Orientações para Dificuldades Alimentares (2022), traz dois tipos de seletividade. A seletividade leve que se refere a um indivíduo “exigente” para comer, que não possui uma variedade de alimentos consumidos tão ampla quanto seus pares, mas que não traz prejuízo comportamental e nutricional à sua vida e desenvolvimento. Em contrapartida, o indivíduo altamente seletivo, que se encaixa no segundo tipo, refere-se a um comportamento que:

> (…) vai além de neofobia alimentar, é uma resistência mais intensa e persistente, na maioria das vezes apresenta associação com algumas alterações sensoriais tais como: sensibilidade a ruídos ou dificuldades com materiais que causam sensação de sujeira nas mãos, pés ou outra parte do corpo. São crianças com dificuldade para pegar no alimento, manusear tintas, massa de modelar, argila, pisar na areia ou grama, dentre outros objetos com variadas texturas (SBP, 2022, p. 28).

Bandini et al. (2010) e Cermak, Curtin e Bandini (2010), mencionam como um dos parâmetros para definição de SA, distinta da seletividade típica, o consumo de menos de 20 alimentos, quantia esta, que é citada em mais de um artigo e práticas clínicas, mas que não é oficializada como critério diagnóstico. Ademais, Sharp et al. (2013), aponta como parte da SA a rigidez cognitiva, abrangendo formas de apresentação, cor, ou mesmo recipientes em que o alimento é colocado, como fatores influenciadores dessa seletividade. Por fim, os três estudos também trazem a recusa alimentar persistente, como um marcador, mas que vai para além da variedade, pois considera aspectos de processamento sensorial e rigidez cognitiva, como influenciadores tanto da seletividade quanto do comportamento alimentar (Sharp et al., 2013; Bandini et al., 2010; Cermak; Curtin; Bandini, 2010).

Atualmente, há entre os transtornos alimentares abordados pelo DSM-V-TR, o Transtorno Alimentar Evitativo/Restritivo, conhecido pela sigla ARFID em inglês e

em português TARE, cuja caracterização muito se assemelha à SA. O TARE conta com comportamentos de recusa e aversão seletiva perante determinados alimentos, movida por questões sensoriais ou experiências prévias negativas com alimentação, entretanto, sem envolver preocupações com auto imagem e ganho de peso. Entretanto, também trazem prejuízo para o quadro nutricional (APA, 2023).

Quando levamos em conta o contexto neurodivergente, no entanto, o DSM-5-Tr, ressalta como critério, a ausência de outros transtornos que justifiquem o comportamento seletivo, entre eles os Transtornos de Neurodesenvolvimento, sendo possível o diagnóstico de TARE nesses casos, apenas se os sintomas exacerbarem o comumente encontrado na população neuro diversa que possui SA (APA, 2023).

Nesse sentido, percebe-se uma dificuldade em definir até onde o comportamento seletivo se torna patológico, ou mesmo até onde se enquadra em SA e não em algum outro Transtorno, além de não existirem ferramentas de avaliação padronizadas e aceitas pela academia, que auxiliem no processo de identificação da SA.

Isso posto, quando se fala de Autismo e comportamento alimentar, têm-se uma população com alta prevalência de SA, devido às suas especificidades sensoriais e cognitivas mais rígidas – podendo apresentar desde manifestações mais brandas ou até severas de seletividade, inclusive se enquadrando no diagnóstico adicional de TARE, com consumo de 5 alimentos ou menos (APA, 2023; Pereira et al., 2023).

Segundo estudo realizado por Susan D. Mayes e Hana Zickgraf, sobre comportamento alimentar em crianças e adolescentes atípicos em comparação com aqueles de desenvolvimento típico:

> Combinando os resultados das 2102 crianças da clínica diagnóstica infantil e das amostras de padronização do CASD, os comportamentos alimentares atípicos foram cinco vezes mais comuns no autismo (70%) do que em crianças com outros transtornos (13%) e foram 15 vezes mais comuns no autismo do que em crianças típicas (5%) (Mayes; Zickgraf, 2019).

Porém, quando se tem uma seletividade cuja manifestação é mais branda, os sintomas podem passar por “frescura”, “paladar exigente”, ou mesmo serem

ignorados diante do diagnóstico primário de autismo, resultando em uma subnotificação e ausência de tratamento desse comportamento seletivo (Gupta; Gupta, 2023). Ademais, trazendo também impacto social e familiar, além de comportamental e psicológico (Zickgraf; Elkins, 2021; Zucker et al., 2015).

2.3 SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

Os SGI são trazidos pela literatura em duas esferas distintas, sendo elas: funcionais e orgânicos/patológicos, embora essa divisão nem sempre exista na prática clínica (Butt et al., 2025; Black et al., 2020). Ao considerar sintomas fisiológicos ou funcionais, estão dentre os mais abordados nas pesquisas: constipação, diarreia, refluxo, azia, estufamento, dor abdominal, eructação, entre outros (Black et al., 2020; Sheth, 2007; Varni et al., 2014). Entretanto, esses sintomas também podem ser encontrados como manifestação de alguma causa patológica como, por exemplo, Síndrome do Intestino Irritável (SII), Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), Gastrite, Esofagite, entre outros (Black et al. 2020; Gracey et al., 2023; Rasmussen et al., 2014). Ademais, condições como Alergias e Intolerâncias Alimentares, bem como deficiências enzimáticas específicas, igualmente podem contribuir com esse quadro sintomatológico (Tuck et al., 2019; Hage et al., 2025; Labrosse; Graham; Caubet, 2020).

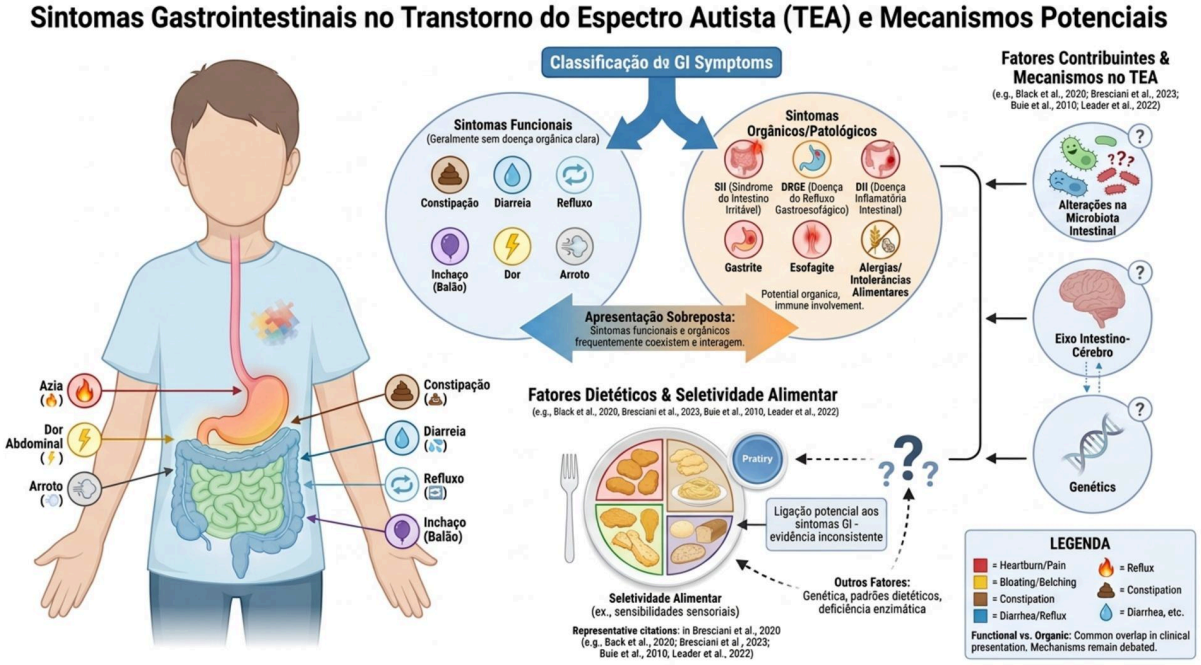
Nesse contexto, quando se fala da presença de SGI no autismo, é importante essa diferenciação. A relação entre SGI e TEA é amplamente citada pela ciência, sendo a constipação o sintoma mais prevalente dentre os relatos (Prosperi et al., 2017; Bresciani et al., 2023).

Apesar da menção contínua de SG no TEA, a literatura ainda é bastante heterogênea em sua metodologia e consistência de resultados. Além de que os mecanismos propostos para explicar essa relação ainda são discutidos e vão desde alterações na microbiota intestinal, mecanismos relacionados ao eixo intestino-cérebro e possíveis fatores genéticos do TEA (McElhanon et al., 2014; Page et al., 2021; Leader et al., 2022).

Sabe-se que a alimentação pode ser um grande preditor para alterações metabólicas e do trato gastrointestinal. Dessa forma, alguns desses estudos

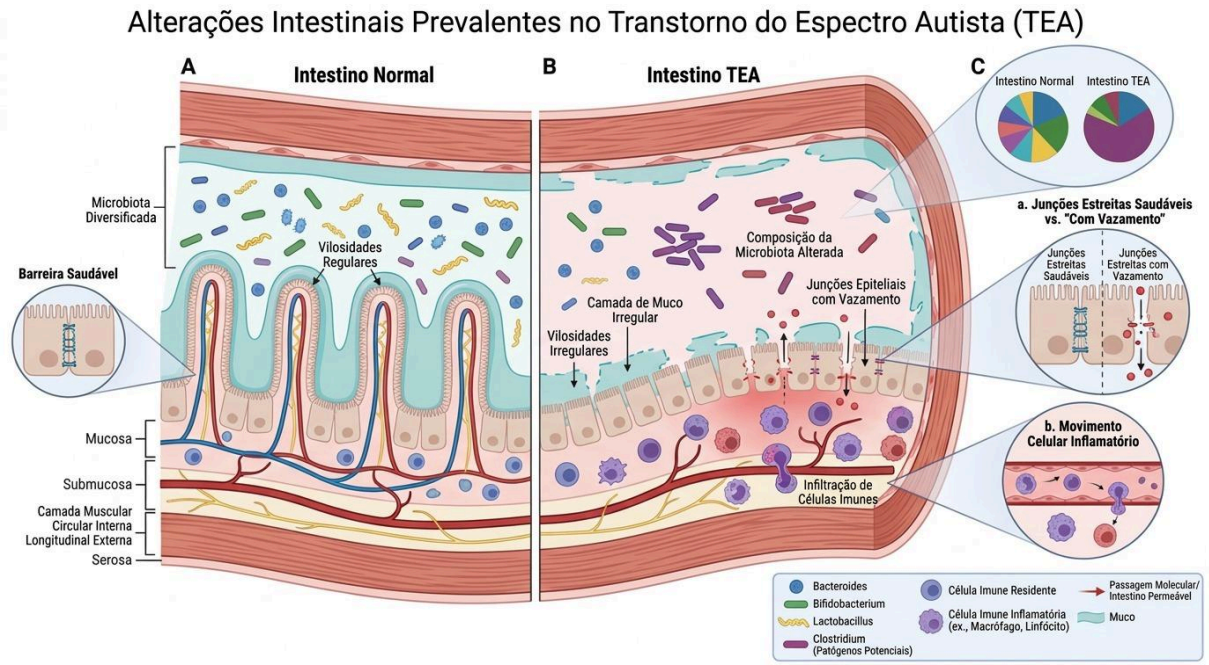
abordam o possível papel dos problemas alimentares predominantes no espectro no funcionamento e sintomatologia gastrointestinal. Dentre os problemas alimentares citados encontra-se a SA como uma possível vertente dessa relação. Porém, os resultados permanecem inconsistentes, com estudos afirmando estarem associados, seletividade e SGI, outros negando e atribuindo esses achados à genética do TEA e outros ainda, apenas mencionando a coexistência de Seletividade e SG sem explorar o papel de um na manifestação do outro (Conti et al., 2025; Nogueira-de-Almeida et al., 2025; Valicenti-McDermott et al., 2006;).

Figura 1 - Imagem ilustrativa dos Sintomas Gastrointestinais no Autismo



Fonte: elaborado pela autora com FigureLabs (2026).

Figura 2 - Imagem ilustrativa dos possíveis mecanismos e alterações gastrointestinais em autistas



Fonte: elaborado pela autora com FigureLabs (2026).

1.1 OBJETIVO GERAL

Mapear e sintetizar as evidências disponíveis, por meio de uma revisão de escopo, sobre as relações entre SGI e SA em pessoas com Transtorno do Espectro Autista.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar os SGI mais prevalentes na população considerada;
- Descrever os principais SGI identificados nos estudos incluídos;
- Discutir as diferentes proposições trazidas pelos estudos em relação a SA em pessoas com TEA;
- Sintetizar e discutir as relações entre SGI e SA apontadas pelos estudos.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão de escopo que tem como sua pergunta norteadora: “Como a literatura científica caracteriza as relações entre SGI e SA em pessoas com Transtorno do Espectro Autista?”.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O estudo apresentou como critérios de inclusão: dados que permitiram avaliar alguma relação entre seletividade/comportamento alimentar e SGI na população com TEA, sem limite de ano de publicação. Sendo assim, se fez importante o levantamento de estudos sobre pessoas com diagnóstico de TEA, sem restrição de idade ou sexo. Os estudos contemplaram a avaliação de SA, recusa alimentar, repertório alimentar restrito, *picky/selective eating* ou comportamento alimentar seletivo; avaliação de sintomas ou alterações gastrointestinais, como constipação, diarreia, dor abdominal, refluxo, distensão abdominal, alterações do hábito intestinal, alteração de microbiota, etc. Foram incluídos estudos observacionais (transversais, caso-controle e coortes) e estudos de intervenção, desde que apresentassem dados relevantes para essa relação. Incluímos estudos publicados em português, inglês ou espanhol, conforme o protocolo da BU/UFSC. A revisão seguiu o protocolo estabelecido pelo PRISMA-ScR.

3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Quanto aos critérios de exclusão, têm-se estudos que: não incluíam participantes com TEA ou que apresentassem uma população mista sem resultados separáveis para o grupo com TEA; estudos realizados exclusivamente com animais, modelos experimentais ou *in vitro*; que abordassem apenas microbiota intestinal, eixo intestino-cérebro ou mecanismos neurobiológicos sem avaliar SGI e/ou comportamento alimentar; que investigassem apenas SA e vice-versa; estudos sobre alergias, intolerâncias alimentares, dietas específicas, suplementação, estado nutricional ou obesidade que não apresentassem dados relacionados à questão da revisão. Não incluímos revisões narrativas, revisões sistemáticas e metanálises como parte da amostra final, mas as mantivemos como possíveis fontes de

referência. Também não incluímos tabelas de extração; editoriais, cartas ao editor, comentários, protocolos, resumos de congresso e relatos de caso que não forneceram dados suficientes para análise. Estudos duplicados foram excluídos.

3.3 DESCRITORES E BASES DE DADOS

Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão, foi preenchido Protocolo para Elaboração de Estratégia de Busca fornecido pela Biblioteca Universitária da UFSC, que resultou nos seguintes descritores: **Assunto #1:** "Autism Spectrum Disorder"[MeSH] OR "Autistic Disorder"[MeSH] OR "Autism" OR Autistic* OR "ASD" OR Autista* OR "Autismo" OR Autístico*. **Assunto #2:** "Food Fussiness"[MeSH] OR "Feeding Behavior"[MeSH] OR "Food Fussiness" OR "Food Fussinesses" OR "Picky Eating" OR "Food Pickiness" OR "Fussy Eating" OR "Food Selectivity" OR "Feeding Behavior" OR "Diet Habit" OR "Diet Habits" OR "Dietary Habit" OR "Dietary Habits" OR "Eating Behavior" OR "Eating Behaviors" OR "Eating Habit" OR "Eating Habits" OR "Feeding Behaviors" OR "Feeding Pattern" OR "Feeding Patterns" OR "Feeding Related Behavior" OR "Feeding-Related Behavior" OR "Feeding-Related Behaviors" OR "Food Habit" OR "Food Habits" OR "Seletividade Alimentar" OR "Ingestão Seletiva" OR "Seletividade de Alimentos" OR "Seletividade de Comida" OR "Comportamento Alimentar" OR "Comportamentos Alimentares" OR "Comportamento Relacionado à Alimentação" OR "Conduta na Alimentação" OR "Hábito Alimentar" OR "Hábitos Alimentares" OR "Hábitos Dietéticos" OR "Padrão de Alimentação" OR "Padrões de Alimentação" OR "Irritabilidad Alimentaria" OR "Comer Quisquilloso" OR "Quisquilloso para Comer" OR "Conducta Alimentaria" OR "Comportamiento Relacionado con la Alimentación" OR "Conducta del Comer" OR "Conducta en la Alimentación" OR "Habitos Dietéticos" OR "Hábitos Alimentarios" OR "Hábitos Alimenticios". **Assunto #3**: "Gastrointestinal Diseases"[MeSH] OR "Brain-Gut Axis"[MeSH] OR "Gastrointestinal" OR Gastroenteropath* OR "Digestive Tract Disease" OR "Digestive Disease" OR "GI Symptoms" OR "Brain-Gut Axis" OR "Brain Gut Axis" OR "Brain Gut Microbiome Axis" OR "Brain and Gut Axis" OR "Brain-Gut-Microbiome Axis" OR "Gut Brain Axis" OR "Gut Brain Microbiome Axis" OR "Gut and Brain Axis" OR "Microbiome Brain Gut Axis" OR "Microbiome Gut Brain Axis" OR "Microbiome-Brain-Gut Axis" OR

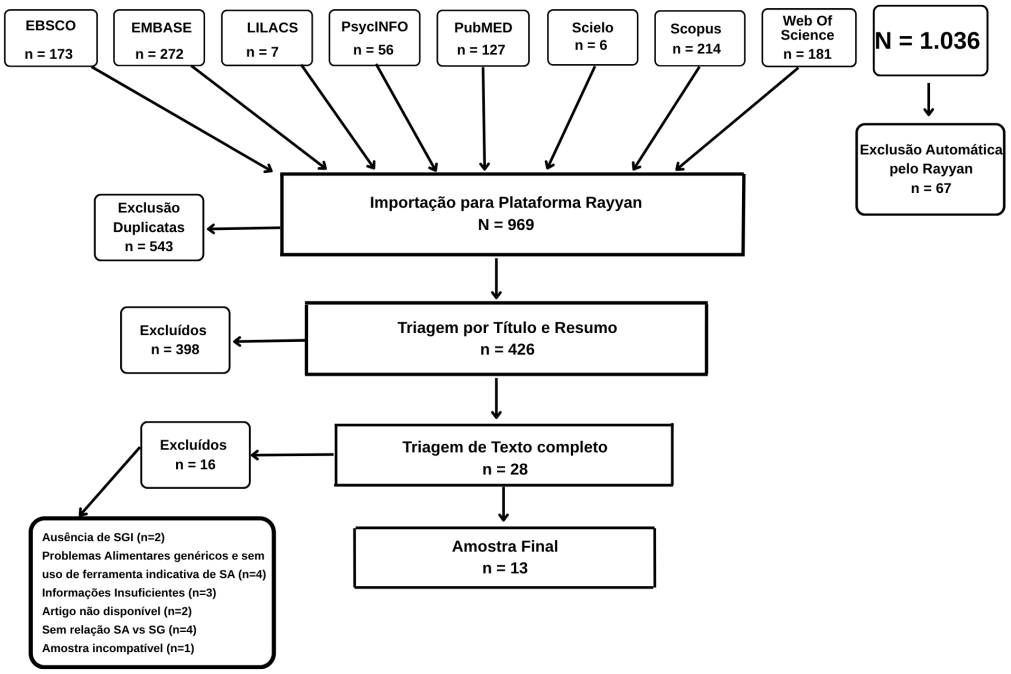
"Microbiome-Gut-Brain Axis" OR "Microbiota Brain Gut Axis" OR "Microbiota Gut Brain Axis" OR "Microbiota-Brain-Gut Axis" OR "Microbiota-Gut-Brain Axis" OR Gastroenteropatia* OR "Gastrointestinais" OR "Gastrintestinais" OR "Eixo Intestino-Cérebro" OR "Eixo Cérebro-Intestino" OR "Eixo Cérebro-Intestino-Microbioma" OR "Eixo Encéfalo e Intestino" OR "Eixo Encéfalo-Intestino" OR "Eixo Encéfalo-Intestino-Microbioma" OR "Eixo Instestino-Encéfalo" OR "Eixo Intestino e Encéfalo" OR "Eixo Intestino-Cérebro-Microbioma" OR "Eixo Intestino-Encéfalo-Microbioma" OR "Eixo Microbioma-Encéfalo-Intestino" OR "Eixo Microbioma-Intestino-Encéfalo" OR "Eixo Microbiota-Encéfalo-Intestino" OR "Eixo Microbiota-Intestino-Encéfalo" OR "Gastrointestinales" OR "Eje Cerebro-Intestino" OR "Eje Cerebro e Intestino" OR "Eje Cerebro-Intestino-Microbioma" OR "Eje Intestino y Cerebro" OR "Eje Intestino-Cerebro" OR "Eje Intestino-Cerebro-Microbioma" OR "Eje Microbioma-Cerebro-Intestino" OR "Eje Microbioma-Intestino-Cerebro" OR "Eje Microbiota-Cerebro-Intestino" OR "Eje Microbiota-Intestino-Cerebro".

A pesquisa deu seguimento com a busca nas bases de dados CINAHL/ FSTA/ FOOD SCIENCE SOURCE/ ASP (EBSCO), EMBASE, LILACS, PsycINFO (APA), PubMed, Scielo, Scopus e Web Of Science. A busca resultou em 1.036 trabalhos, os quais foram exportados para a plataforma Rayyan e tiveram redução de 67 estudos no processo, resultando em 969 artigos disponíveis. Desses, foram identificadas pela plataforma 763 duplicatas, as quais passaram por exclusão manual, levando em conta a integridade do conteúdo e do arquivo. Após o processo de exclusão, que resultou em 426 artigos, deu-se início ao processo de triagem por título e resumo. Nessa fase, foram excluídos 398 artigos que não passaram pelos critérios estabelecidos ou que possuíam informações faltantes que impossibilitaram a leitura.

Restaram para análise de conteúdo completo, 28 trabalhos, os quais foram triados segundo critérios organizados em planilha contendo: autor, ano e país de origem do estudo; objetivos, população alvo, incluindo idade e sexo, critérios diagnósticos para TEA, ferramentas avaliativas e categorias avaliadas em SA e SGI, com frequência/prevalência evidenciadas; relação entre seletividade e SGI; presença/ausência de abordagem sobre microbiota; medida estatística, variáveis de ajuste e por fim, conclusão e limitações trazidas pelos autores. Para averiguar a

presença ou não de avaliação de SA nos estudos, foram utilizados os critérios encontrados na literatura sobre SA, apontados, inclusive, no referencial Teórico, como Variedade Limitada, Recusa Alimentar, Aversão, Neofobia ou exclusão importante de grupos ou categorias alimentares. Ao final desse processo, restaram 13 artigos que entraram para a amostra final. Na figura 3 é possível analisar o fluxograma detalhado do processo de seleção da amostra. Os resultados contaram com uma análise qualitativa dos artigos, considerando o que é apresentado até agora na literatura.

Figura 3 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado do PRISMA



Fonte: Elaborado pela autora, 2026.

4 RESULTADOS

Foram reunidos 13 artigos que passaram por todos os critérios de inclusão e exclusão. Para os resultados, os estudos foram organizados segundo informações introdutórias quanto ao delineamento dos estudos; achados sobre SA no Autismo; Achados sobre SGI no Autismo; Relação entre SA e SGI; e por fim, Informações

Adicionais. Os resultados foram sintetizados no Quadro 1, ao final da sessão de resultados.

4.1 DELINEAMENTO DOS ESTUDOS

O estudo de Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska (2025), realizado na Polônia, apresentou delineamento transversal e teve como objetivo caracterizar o perfil da microbiota oral em crianças com TEA e avaliar associações entre táxons microbianos orais e DGIF, ingestão alimentar e SA. A amostra foi composta por 45 crianças, selecionadas de um total de 234 crianças e adolescentes com TEA, recrutados no Departamento de Doenças Infecciosas e Neurologia Infantil da Universidade de Ciências Médicas de Poznán. A média de idade dos participantes foi de 7,9 anos de idade. O diagnóstico de TEA foi realizado por equipe de psicólogos e psiquiatras baseado no CID-10[1]. Os critérios de inclusão foram a ausência de doenças gastrointestinais orgânicas, epilepsia, dieta de exclusão, alergias ou intolerâncias, transplante fecal e sem uso de medicações que pudessem influenciar a microbiota. Para a análise dos dados, foram utilizados o software R, versão 4.3.2 e para a análise da composição da microbiota e os fatores modificadores foram utilizadas as correlações de Spearman e de Pearson Winsorizada. A avaliação da normalidade bivariada foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk.

Li et al. (2024), realizaram um estudo de Caso-controle na China, com o objetivo de comparar a ingestão alimentar e SGI entre TEA e crianças com Desenvolvimento Típico (DT), além de quantificar a contribuição do TEA para ingestão alimentar e a contribuição de ambos os fatores para a presença de SGI. A amostra foi composta por 242 crianças, sendo 121 com TEA e 121 com DT. Os participantes foram recrutados, respectivamente, pelo Centro de Psicologia e Desenvolvimento Comportamental da Criança e do Adolescente da Universidade Sun Yat-sen e Centro de Reabilitação Little Angel e no Departamento de Saúde Infantil do Hospital Materno-Infantil de Foshan. A amostra contou com crianças de 2 a 10 anos e a comprovação de TEA foi atestada por profissional médico licenciado e

[1] CID-10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

posteriormente confirmada por dois pediatras do desenvolvimento e do comportamento com experiência na área, de acordo com os critérios do DSM-5. Foram excluídas crianças com dietas especiais estabelecidas, como dietas sem glúten e sem caseína ou dieta cetogênica; crianças que utilizaram suplementos probióticos, prebióticos ou simbióticos, antibióticos ou antifúngicos e laxantes nos últimos três meses; ou que apresentavam condições inflamatórias clinicamente evidentes, como doença de Crohn e colite ulcerativa. As medidas estatísticas de efeito utilizadas foram: Coeficientes Beta Padronizados (B) para variáveis contínuas e Razões de Chances (RC / Odds Ratio) para desfechos binários (regressão logística), ambos calculados por modelos de efeitos mistos com IC de 95%. Quanto aos testes bivariados/preliminares, foram utilizados: Teste t de Student, Teste U de Mann-Whitney e Teste de Qui-quadrado (X^2).

Leader et al. (2020a) desenvolveram um estudo transversal na Irlanda, cujo objetivo foi investigar problemas concomitantes que frequentemente associados às dificuldades de alimentação em crianças e adolescentes com TEA. A amostra foi composta por informações fornecidas por 120 pais e responsáveis, recrutados por meio de grupos de apoio a familiares e escolas especiais. Os participantes tinham média de idade de 8 anos (DP = 3,79), com idade entre 3 e 17 anos. Quanto ao sexo, 77,5% (n = 93) eram meninos enquanto 22,5% (n = 27) eram meninas. O diagnóstico de TEA foi realizado de acordo com os critérios do DSM-IV-TR, fornecidos por psicólogo habilitado ou pediatra, independentemente do estudo. As medidas estatísticas para tal avaliação foram testes *t* de Student independentes e testes de qui-quadrado para cada subescala individual.

Mirizzi et al. (2025) realizaram um estudo transversal na Itália, com o objetivo de identificar crianças com alto risco a partir da combinação de SA, dieta, IMC, SGI, processamento sensorial e práticas parentais de alimentação, comparando crianças com TEA e crianças com DT. A amostra contou com 499 crianças, das quais 249 possuíam TEA e 250 DT. O recrutamento se deu por meio de colaboração com escolas, centros de reabilitação e associações de autismo no sul da Itália. A faixa etária foi de 3 a 12 anos, sem estratificação por sexo. O diagnóstico de TEA se deu por meio de entrevistas com os cuidadores, cujos relatos foram comparados aos critérios do DSM-5 e posterior confirmação por laudo enviado por e-mail. Entre os critérios de inclusão relacionados ao TEA estavam a ausência

de comorbidade com transtornos de aprendizagem, síndromes neurológicas ou genéticas, ou transtornos alimentares. Para a análise dos dados, o estudo contou com o uso de Teste t student, Teste Qui-Quadrado, Coeficiente de Correlação de Pearson, Nível de Significância (p-valor) e Análise de Cluster K-means. As variáveis de ajuste foram sexo e idade.

Corrêa et al. (2024) realizaram estudo transversal no Brasil, com o objetivo de caracterizar o perfil clínico e nutricional de crianças e adolescentes com TEA e seus problemas alimentares. Ao todo foram 613 crianças com TEA já diagnosticado e reportado pelos pais ou responsáveis. A amostra englobou participantes de 2 a 19 anos, sem especificação de distribuição por sexo. Os critérios de inclusão foram participantes com alimentação exclusivamente por via oral, excluindo indivíduos com síndrome de Rett, trissomia do cromossomo 21, síndrome do X frágil , síndrome de Cornélia de Lange , esclerose tuberosa e síndrome de Prader-Willi. A avaliação dos resultados se deu por meio de teste qui-quadrado de Pearson.

Gürgör, Beyaz e Bayram (2026) realizaram um estudo transversal na Turquia, com o objetivo de examinar a associação entre a SA e a gravidade dos SGI, incluindo constipação, em crianças com TEA. Ao todo foram 105 pais voluntários de crianças com TEA, cujos diagnósticos foram estabelecidos em um dos três centros de psiquiatria infantil e da adolescência em Ancara. A amostra incluiu crianças de 4 a 10 anos, com 29,5% composta por meninas e 70,5% meninos. Os critérios de inclusão foram presença de diagnóstico clínico confirmado para TEA e ausência de intervenções dietéticas no momento do estudo. As ferramentas utilizadas para a análise dos dados foram: NCSS 2007, métodos estatísticos descritivos, Shapiro-Wilk, Kruskal-Wallis, teste U de Mann-Whitney, teste qui-quadrado e teste de Spearman. A significância foi avaliada em $p < 0,01$ e $p < 0,05$. As variáveis de ajuste citadas foram ingestão de fibras alimentares e água, nível de atividade física e uso de medicamentos para tratamento e que se apresentaram semelhantes entre os sexos, porém os dados não foram apresentados.

Almeida et al. (2025) fizeram um estudo transversal no Brasil, cujo objetivo foi descrever a ocorrência de sinais de alerta de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e esofagite em crianças com alterações no comportamento alimentar associadas ao TEA. A amostra reuniu 115 crianças, recrutadas por meio de cadastro de acompanhamento médico em ambulatórios, no Hospital das Clínicas da

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e na Clínica Escola de Fonoaudiologia da UFPE. As idades variaram de 3 a 12 anos. Quanto ao sexo, 78,3% dos participantes eram meninos e 21,7% meninas. O diagnóstico médico de TEA foi previamente estabelecido por neurologista pediátrico e/ou psiquiatra infantil, e informado pelo responsável. Para o estudo foram excluídas crianças com condições que pudessem interferir nas condições analisadas, como paralisia cerebral, malformação do trato gastrointestinal, cardiopatia ou doença pulmonar crônica. As medidas estatísticas utilizadas foram de Fisher e/ou o teste qui-quadrado de Pearson, o teste U de Mann-Whitney e foi utilizado um nível de significância de 5%para rejeitar a hipótese nula.

Leader et al. (2020b) realizaram um estudo transversal na Irlanda, que teve por objetivo investigar problemas de alimentação e sua relação com SGI e outras questões e identificar diferenças entre amostra e controle e os preditores dos problemas citados. Ao todo foram 136 crianças e adolescentes com TEA, classificados de acordo com critérios do DSM-4-Tr, recrutados por meio de grupos de apoio a pais e escolas especiais, através do Centro de Pesquisa para Autismo e Neurodesenvolvimento Irlandês (ICAN), localizado na Escola de Psicologia da na Universidade Nacional da Irlanda. O diagnóstico se deu por meio de relato dos pais e foi confirmado por equipe multidisciplinar composta por psicólogo, fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional. A amostra teve como idade média 8,36 anos e sua composição foi predominante masculina (72%) em comparação com 28% feminina. Para a análise estatística descritiva foram usadas média e DP, além de serem utilizados o Teste de Levene, Teste t de Student e Regressão Múltipla Stepwise. As variáveis de ajuste citadas foram idade e sexo.

Yang et al. (2018) fizeram um estudo transversal na China, cujo objetivo foi estimar a prevalência de problemas GI e de sono, seus impactos e investigar os fatores associados. O estudo reuniu 341 crianças, sendo 169 crianças com TEA e 172 com DT. O recrutamento das crianças com TEA foi feito no Centro de Pesquisa em Desenvolvimento e Comportamento Infantil da Universidade Médica de Harbin, enquanto das crianças com DT foi através de jardins de infância ou escolas de ensino fundamental em Harbin. A faixa etária que constituiu a amostra foi de 3 a 12 anos. Quanto ao diagnóstico de autismo, foi realizado por psiquiatra com base nos critérios do DSM-IV. Os critérios de inclusão para autistas foram a ausência de

síndrome do X frágil, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de tiques e deficiência intelectual. Quanto aos critérios de inclusão para crianças com DT foi a realização de avaliação neurológica para descartar possíveis problemas de neurodesenvolvimento. As relações foram analisadas com o uso de EpiData 3.02; SPSS 17.0, médias e desvios padrão, teste t independente ou ANOVA, teste qui-quadrado, teste exato de Fisher, teste H de Kruskal-Wallis, razão de chances (OR) e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) por meio de análise de regressão logística. As variáveis de ajuste foram sexo e idade.

Islamoglu et al. (2025) produziram um estudo de Caso-controle na Turquia, com o objetivo de comparar a prevalência do TARE entre crianças com TEA e com DT, além de analisar a influência do TEA no desenvolvimento do TARE. Ao todo foram 55 crianças, sendo 25 com TEA e 30 com DT, acompanhadas de seus pais. As crianças com TEA foram recrutadas de 4 centros de reabilitação para TEA e as com DT foram recrutadas de 3 escolas de educação infantil, fundamental e médio. As idades contempladas foram de 2 a 18 anos. Quanto ao sexo, 61,8% eram meninos e 38,2% meninas. O diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista foi estabelecido de forma prévia de acordo com os critérios do DSM-5. Os critérios de inclusão foram idade inferior a 18 anos e ausência de transtornos do neurodesenvolvimento no caso das crianças típicas. Os critérios de exclusão foram dieta de eliminação ou qualquer dieta específica devido a alergia/intolerância ou outras condições de saúde; condição que afetasse o sistema gastrointestinal; uso de suplementos nutricionais ou medicamentos; e crianças que tiveram a coleta de medidas antropométricas impossibilitada de ser realizada. Para a análise dos resultados foram utilizadas as ferramentas Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, testes t de Student, teste U de Mann-Whitney, correlação de Pearson e Spearman e teste qui-quadrado. Não houve menção a variáveis de ajuste utilizadas.

Postorino et al. (2015) realizaram um estudo transversal na Itália, cujo objetivo foi investigar características clínicas e comportamentais em indivíduos com TEA e identificar perfis clínicos distintos em crianças com e sem SA. A amostra resultou em 158 crianças com TEA, de descendência Italiana. Destas, 79 crianças possuíam SA comprovada por meio de Questionário de Frequência Alimentar (QFA), apresentando pontuação para recusa alimentar e/ou alta frequência de ingestão de um único alimento; e 79 sem SA, pareadas por idade e sexo. A amostra contemplou

a faixa de 3 a 12 anos, com distribuição por sexo de 136 meninos e 22 meninas. O diagnóstico de TEA se deu por meio de encaminhamento à Unidade de Neuropsiquiatria Infantil do Hospital Infantil Bambino Gesù de Roma (Itália) entre dezembro de 2012 e dezembro de 2013. Os critérios de exclusão foram: presença de distúrbios genéticos específicos, outras doenças clínicas e epilepsia. As medidas estatísticas utilizadas foram SPSS (versão 20.0 para Windows), teste qui-quadrado para variáveis dicotômicas e a ANOVA. Já as variáveis e ajuste foram sexo e idade.

Zickgraf et al. (2018), fizeram um estudo transversal nos EUA, com o objetivo de analisar uma possível correlação entre TEA e comportamentos alimentares atípicos/SA, dados demográficos, psicológicos e de saúde. A amostra clínica consecutiva foi composta por 1112 crianças, as quais foram encaminhadas para avaliação diagnóstica de autismo no Penn State Hershey Medical Center, com ampla variedade de Quocientes de Inteligência (QI). A faixa etária variou de 1 a 17 anos. Quanto ao sexo, 81,8% eram meninos e 18,2% meninas. A avaliação diagnóstica foi realizada por psicólogo habilitado, com doutorado, e incluiu entrevista diagnóstica semiestruturada com os pais, utilizando a *Checklist for Autism Spectrum DIsorder* (CASD); questionários e escalas preenchidos por pais e professores, incluindo a Escala de Comportamento Pediátrico; revisão de prontuários educacionais e médicos; aplicação de testes psicológicos de QI, desempenho, atenção e funções neuropsicológicas; e observações clínicas durante a realização dos testes. Os testes utilizados para as análises dos dados incluíram: testes qui-quadrados e modelos de regressão logística. Quanto às variáveis de ajuste utilizadas, houveram variáveis demográficas como Idade, QI, sexo, raça e ocupação dos pais; e variáveis clínicas e comportamentais, como gravidade do autismo, psicopatologias e uso de medicações psicotrópicas.

Wong et al. (2025) realizaram um estudo transversal na China, com o objetivo de comparar sintomas neuropsiquiátricos, comportamentos alimentares e padrões dietéticos em crianças com TEA, considerando a presença de DGIF. A amostra foi composta por 737 crianças chinesas com TEA, com idade igual ou inferior a 12 anos. A distribuição por sexo foi de 642 meninos e 95 meninas. O recrutamento foi por meio de uma clínica especializada em psiquiatria infantil e do adolescente de uma universidade reconhecida de Hong Kong. As crianças tiveram o diagnóstico de TEA realizado por psiquiatras infantis tendo como base os critérios

diagnósticos do DSM-5. Como critérios de exclusão colocaram: presença de deficiência intelectual, transtornos neurológicos, psicose, transtornos depressivos e/ou uso de antidepressivos, mais de um transtorno gastrointestinal funcional (TGI), doenças gastrointestinais orgânicas (doença inflamatória intestinal, doença de Hirschsprung entre outras doenças médicas graves). Os autores utilizaram como ferramentas estatísticas o software Jamovi (versão 2.4.8.0); para estatísticas descritivas: médias, desvios padrão, contagens e porcentagens; teste qui-quadrado para as variáveis categóricas; ANOVA para variáveis contínuas ou o teste de Kruskal-Wallis; Análise Multivariada de Covariância (MANCOVA), com o Traço de Pillai como estatística de teste multivariado; testes t com correção de Tukey para comparações múltiplas, com os tamanhos de efeito realizados por meio do eta-quadrado parcial ou d de Cohen. Por fim, as variáveis de ajuste utilizadas foram idade, sexo, uso de medicação psiquiátrica e gravidade dos sintomas centrais de autismo (segundo subescalas do SRS-2).

4.2 ACHADOS SOBRE SELETIVIDADE ALIMENTAR

No estudo de Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska (2025), para a avaliação alimentar e de SGI funcionais foram utilizados, respectivamente, o Diário Alimentar de 7 dias, com posterior avaliação da ingestão calórica em Hiper ou Hipo e composição da dieta em "predominantemente proteica e predominantemente carboidrato. Quanto aos critérios avaliados, as ferramentas coletaram informações como: composição de macronutrientes mais consumido na dieta (Dieta a Base de Carboidratos, Dieta a Base de Proteína, Dieta com Baixo Teor de Carboidratos; Dieta Hiper ou Hipo Calórica). Tratando-se dos resultados, foi identificado que 16 pessoas (36%) - principalmente faixa etária intermediária, apresentou SA, sendo que 69% delas relataram uma dieta rica em carboidratos.

Já em Li et al. (2024), a avaliação foi feita por meio de QFA validado, de 7 dias, com análise de consumo das seguintes categorias: cereais/batatas, vegetais, frutas, carne de animais de criação/aves, peixe/camarão, ovos, soja, laticínios e água potável, que demonstram variedade alimentar e qualidade da dieta. Além do QFA, foram utilizados o *Diet Balance Index* (DBI) com base nas Diretrizes Alimentares Chinesas e Pagode Alimentar Chinês (torre alimentar/ gráfico alimentar

chinês) e o Inventário Breve de Comportamento Alimentar no Autismo (BAMBI). O BAMBI avaliou 18 itens inclusos em três subescalas: variedade limitada, recusa alimentar e características do TEA. Os resultados apontaram uma ingestão diária de frutas e vegetais, variedade alimentar diária e presença de ingestão alimentar inadequada/desequilibrada pior no TEA ($p < 0,05$, tamanho do efeito > 0,1). Ao realizar Emparelhamento por Escore de Propensão (PSM), as crianças com TEA também apresentaram dietas piores, com menor ingestão diária de frutas e vegetais, menor variedade alimentar e maior grau de ingestão alimentar inadequada/desequilibrada ($p < 0,05$, tamanho do efeito > 0,1). Em modelos lineares gerais brutos e ajustados, às crianças com TEA apresentaram dietas piores do que as crianças com DT pareadas por idade ($p < 0,05$, tamanho do efeito > 0,02). Além disso, foram identificadas anormalidades sensoriais e problemas de comportamento durante as refeições mais graves no TEA ($P < 0,05$, tamanho do efeito > 0,02).

Como ferramenta de avaliação alimentar, Leader et al. (2020a) utilizaram o TEP-CHILD, um questionário de 15 itens relacionado a problemas alimentares em crianças que tem por objetivo analisar a frequência e a gravidade dos problemas alimentares segundo seis subescalas: Problemas de mastigação, Alimentação rápida, Recusa alimentar, Vômitos (provocados por aversão, engasgo reflexo durante o ato de comer e/ou recusa extrema), SA e Furto de alimentos. A partir da aplicação do questionário, foram identificadas 108 crianças/adolescentes (90%) com a presença de problemas alimentares, dos quais: a SA ocupou 81,7% (n = 98) da amostra; seguida da recusa alimentar, com 78,3% (n = 94); alimentação rápida, com 70% (n = 84); problemas de mastigação, 53,3% (n = 64); furto de alimentos, com 50,8% (n = 61); e por fim, vômitos, com 22,5% (n = 27) das crianças/adolescentes. Das 108 crianças com problemas alimentares, 32,5% (n = 39) foram encaminhados para avaliação nutricional.

Mirizzi et al. (2025), por sua vez, utilizaram o Inventário Breve de Comportamento Alimentar no Autismo (BAMBI) e um questionário sobre a dieta, que contava com categorias de alimentos consumidos (como carboidratos, vegetais/ leguminosas, frutas, laticínios e carne/peixe), e presença ou não de alergias e intolerâncias. No caso do BAMBI, as categorias avaliadas foram: Recusa Alimentar, incluindo comportamentos de fuga para evitar alimentos desagradáveis e Variedade Limitada, que identifica a relutância das crianças em experimentar novos alimentos

ou alimentos preparados de forma diferente devido à textura e ao tipo. Os resultados demonstraram que o consumo de verduras foi menor em crianças com TEA em comparação com crianças de DT em todas as faixas etárias. Estratificando por período escolar, tiveram que: na pré-escola, TEA contou com consumo por 65,4% e DT 82,0%; no ensino fundamental, TEA com 56,6% vs. DT com 81,8%; e no ensino médio, TEA com 68,4% enquanto DT teve consumo de verduras por 86,4% dos adolescentes. Na categoria de frutas, TEA também apresentou relato de menor ingestão, sendo que o consumo na pré-escola foi de 60,5% das crianças com TEA vs. 72,1% das crianças com DT e no ensino fundamental TEA com 54,7% vs. DT 81,8% das crianças. Para o consumo de laticínios também não foi diferente, com os participantes com TEA apresentando menor consumo em todas as faixas etárias. Quando avaliado o consumo de carne/peixe, os participantes com TEA na idade pré-escolar representou 86,4% vs DT 93,4%, sendo uma diferença não significativa ($p = 0,12$). No ensino fundamental I, TEA 75,5% vs. DT 94,8% e no ensino fundamental II TEA 82,5% vs. DT 91,5% das crianças. Sendo assim, o estudo demonstrou um consumo menor por parte do TEA em comparação com seus pares típicos para verduras, frutas, laticínios e carnes/peixe.

Corrêa et al. (2024) utilizou questionário elaborado pelos próprios pesquisadores através do Google Forms®, para avaliação alimentar, abordando 30 perguntas objetivas sobre perfil socioeconômico, variáveis clínicas e de morbidade, variáveis nutricionais e QFA da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. As categorias trazidas pelo QFA foram: Alimentos saudáveis, sendo representados por frutas e sucos naturais, legumes/verduras, hortaliças folhosas, cereais, leguminosas e proteínas animais; e alimentos não saudáveis, compostos por frituras, doces e guloseimas, biscoitos/bolachas, salgadinhos de pacote, refrigerantes e sucos artificiais, macarrão instantâneo e iogurte. Do total de participantes, 461 (77,2%) relataram SA presente e 33,8% relataram ter algum tipo de alergia alimentar, sendo 70,2% APLV, 35,4% alergia ao glúten, 28,3% ao ovo e demais alergias em menor quantidade como oleaginosas, frutos do mar e soja. Dentre os alimentos saudáveis menos consumidos estavam: fígado (98,7%), carnes bovinas ou suínas (70,6%), Frango (71,6%) peixes (95,7%), Ovos (73,3%), vegetais (68%), Tubérculos (75%) e vegetais folhosos (83,6%); Nos alimentos não saudáveis, os indicadores de maior frequência apontaram para: Pão (34,1%) e biscoitos ou bolachas (27,3%).

Gürgör, Beyaz e Bayram (2026) usaram o Inventário Breve de Comportamentos Alimentares no Horário das Refeições em Crianças com Autismo (BAMBI) para avaliar SA, composto por três subcategorias: variedade alimentar limitada, recusa alimentar e comportamentos específicos do autismo. A aplicação do BAMBI, resultou em uma pontuação total p = 0,830 e uma pontuação média de seletividade/ dificuldade alimentar geral para garotas (43,6 \pm 9,79) e garotos (44,4 \pm 10,83). Quanto à diversidade alimentar limitada, teve valor p = 0,978): (garotas/os média em torno de 22 pontos). Na recusa alimentar o p = 0,239. A frequência de recusa direta de alimentos também não mostrou variação relevante entre os sexos (9,4 para meninas vs 10,5 para meninos).

No estudo de Almeida et al. (2025), utilizaram o Breve Registro de Comportamento Alimentar - Transtorno do Espectro do Autismo (BRCA-TEA), uma tradução do BAMBI para avaliação alimentar. Foram analisados como critérios a recusa alimentar, características do TEA e variedade alimentar limitada. Os resultados demonstraram que 69 crianças (60%) apresentaram alteração no comportamento alimentar.

Leader et al. (2020b) utilizou para avaliar os problemas alimentares: Instrumento de Triagem de Problemas Alimentares em Crianças (STEP-CHILD; Seiberling et al., 2011); e o Questionário de Comportamento Alimentar Infantil (CEBQ; Wardle et al., 2001). Os critérios analisados foram: Problemas de Mastigação, Alimentação Rápida, Recusa Alimentar, SA, Vômito e Roubo de Comida. Quanto aos resultados, o estudo mostrou que a alimentação rápida foi encontrada em 76,5% (n=104) da amostra, enquanto a recusa alimentar em 78,7% (n=107), a SA em 84,6% (n=115) e o roubo de comida em 49,3% (n=67) das crianças.

No estudo de Yang et al. (2018), foi aplicado um questionário de informações clínicas contendo hábitos alimentares, que investigava informações como: fonte de alimentação da criança desde o nascimento até os 6 meses, tempo de introdução de alimentos sólidos, hábitos alimentares seletivos, histórico médico e suplementação de micronutrientes. Entretanto, a alimentação não foi avaliada individualmente quanto a sua prevalência e critérios mais comuns entre as amostras.

Islamoglu et al. (2025) utilizaram o Questionário ARFID (NIAS) e o Questionário de Comportamento Alimentar Infantil (CEBQ) para avaliação do TARE.

Os critérios trazidos por eles contemplavam: ARFID: alimentação seletiva, pouco apetite/interesse limitado em comer e medo de consequências negativas da alimentação; e o CEBQ: SA, responsividade alimentar, prazer com a comida, lentidão ao comer, desejo de beber, subalimentação emocional, superalimentação emocional e responsividade à saciedade. Analisando os questio- nários, os autores trazem os seguintes resultados: referente ao NIAS, a pontuação geral do TEA foi de 24,2 (± 9,79) e DT foi de 14,2 (± 8,83) - ($U = 191,0$, $p < 0,001$). Além disso, as pontuações para todas as três subescalas do NIAS foram significativamente maiores no TEA. Já no CEBQ, a Seletividade alimentar foi maior no TEA ($t = -3,71$, $p = 0,001$), enquanto compulsão alimentar emocional ($U = 236,5$, $p = 0,016$), prazer com a comida ($U = 209,5$, $p = 0,005$) e desejo de beber ($U = 218,0$, $p = 0,008$) foram significativamente menores no TEA. Quando comparados CEBQ vs ARFID, o prazer com a comida apresentou uma forte correlação negativa com os escores do NIAS. Somado a isso, a análise demonstrou que quanto maior o escore NIAS, maior a pontuação em SA. Por fim, sobre as subescalas de SA, o pouco apetite ou interesse limitado e medo de consequências aversivas foram significativamente elevados no grupo com TEA.

Para identificação de SA, Postorino et al. (2015) utilizou uma versão modificada para pais do QFA para Jovens/Adolescentes (YAQ), com identificação de hábitos alimentares de seus filhos e o uso de dietas especiais, recusa alimentar e consumo frequente de um único alimento (para avaliar seletividade). Os resultados obtidos mostraram que 79 crianças apresentaram pelo menos um critério de SA, 73 (92,4%) de recusa alimentar e 9 crianças faziam consumo de um único alimento mais de 4 a 5 vezes ao dia (5 crianças consumiram salgadinhos/sobremesas, 3 crianças consumiram pães e cereais e uma criança consumia pratos principais).

Em Zickgraf et al. (2018), foi utilizado o CASD para avaliação de SA, que contava com um parte voltada para SA, com critérios de Preferência Alimentar Limitada, Hipersensibilidade Sensorial à Textura, Sensibilidade a Outros Aspectos Sensoriais e Comportamentos e Rituais Peculiares no Momento da Refeição. Os resultados mostraram que os comportamentos alimentares atípicos foram identificados em 70,5% das crianças com autismo, sendo maior a prevalência entre 1 e 3 anos, enquanto as demais faixas etárias apresentaram média de prevalência de 68,3% entre as crianças. Quanto aos dois tipos mais comuns de questões

alimentares, as preferências alimentares limitadas (86,8%) e a sensibilidade à textura dos alimentos (47,6%) ocuparam essas posições.

Wong et al. (2025) utilizaram para avaliar alimentação o CEBQ e um QFA, com análise por meio do software Food Processor Nutrition Analysis and Fitness. Como critérios avaliados o estudo contou com: responsividade à comida, prazer com a comida, resposta à saciedade, lentidão ao comer, SA, compulsão alimentar emocional, subalimentação emocional e desejo de beber líquidos. Quanto à composição da dieta, foi avaliada segundo a ingestão energética total em quilocalorias (kcal) por dia e consumo de macronutrientes (% da ingestão energética total para carboidratos, proteínas e diferentes tipos de ácidos graxos/gorduras), consumo de fibras insolúveis e solúveis (g por 1000 kcal) e ingestão de água (g por 1000 kcal). O estudo não trouxe a prevalência numérica e isolada dos problemas alimentares, pois o foco era a relação com DGIF. Entretanto, mencionam que a SA e a lentidão para comer mostraram-se comportamentos altamente prevalentes na população de crianças autistas avaliadas e tais comportamentos impactaram diretamente e de forma mensurável o consumo de grupos alimentares como proteínas, fibras insolúveis e ingestão de água. Ademais, em uma tabela que compara crianças com e sem DGIF, as crianças sem DGIF (n = 595), tiveram os seguintes resultados em valor de média e DP: Compulsão alimentar emocional: 1,80 (± 0,64); Resposta de saciedade: 2,11 (± 0,59); lentidão ao comer: 2,27 (± 0,82); subalimentação emocional: 2,65 (± 0,84); SA: 1,50 (± 0,44). Entretanto, o grupo com DGIF apresentou maiores pontuações em SA, lentidão ao comer e resposta de saciedade para aqueles com constipação e maior pontuação em subalimentação emocional para aqueles com Dor abdominal.

4.3 ACHADOS SOBRE SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

Para avaliação de SGI, Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska (2025) utilizaram o Questionário para sintomas de distúrbios gastrointestinais funcionais, de acordo com os Critérios de Roma IV, sendo os sintomas avaliados: Constipação e Diarreia funcionais e Distensão Abdominal. Para esta categoria, os resultados demonstraram uma prevalência de 18 pessoa (40%)

com algum distúrbio GI funcional, sendo 8 pessoas com constipação, 9 pessoas com diarreia e 7 pessoas com distensão abdominal.

Em Li et al. (2024), foi utilizado o Índice de Gravidade Gastrointestinal de 6 itens (6-GSI) avaliado em uma escala Likert de três pontos, variando de 0 a 2, para os seguintes sintomas: constipação, diarreia, consistência das fezes, odor das fezes, flatulência e dor abdominal. Houve diferenças significativas entre os grupos TEA e DT em relação à constipação, odor anormal das fezes e escores totais de SGI ($P < 0,05$, tamanho do efeito > 0,1). Ao realizar o pareamento com PSM, a constipação e SGI totais foram muito mais graves no TEA ($P < 0,05$, tamanho do efeito > 0,1). Os modelos lineares gerais brutos e ajustados, por sua vez, reforçaram o achado e indicaram que as crianças com TEA apresentaram constipação e SGI totais mais graves do que as crianças com DT da mesma idade ($P < 0,05$, tamanho do efeito > 0,02).

Em Leader et al. (2020a), os SGI foram avaliados por meio do Inventário de SGI, que conta com 35 itens referentes a SGI que incluem: dor abdominal, náusea, distensão abdominal, diarreia e outros. Os resultados trouxeram uma prevalência de 84,2% (n = 101) de crianças/adolescentes apresentando pelo menos 1 sintoma GI e 49,2% (n = 59) com pelo menos 3 sintomas. Dentre os SGI específicos mais frequentemente relatados estavam: Dor abdominal (60,8%, n = 73), Constipação (50%, n = 60), Náusea (48,3%, n = 58), Diarreia (44,2%, n = 53), Distensão abdominal (27,5%, n = 33) e outros SGI (25,8%, n = 31).

Mirrizi et al. (2025), para avaliar SGI, utilizou parte do mesmo questionário feito pelos pesquisadores para avaliar a dieta, porém contendo critérios para SGI, sendo eles: vômitos, diarreia, constipação e refluxo. Dos resultados apresentados, a constipação demonstrou ser a queixa mais prevalente, com diferenças consistentes e significativas entre os grupos em todas as idades. Na diarreia, em crianças <6 anos, houve uma diferença significativa ($p=0,043$), com maior frequência no grupo TEA. Já na faixa entre 6 a 8 anos e 9 a 12 anos, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No caso dos vômitos, a maioria das crianças (83%) relatou nunca ter apresentado tal sintoma. Dentre os que apresentaram, na faixa de 9–12 anos foi encontrada uma tendência de maior frequência no grupo TEA (3,2%) vs. DT (0,0%), mas sem significância estatística ($p=0,075$). Para o refluxo, os resultados não obtiveram diferenças significativas entre

os grupos para crianças com idade <6 anos e de 6 a 8 anos. Foi observada uma tendência de maior frequência de relato de refluxo entre crianças de 9 a 12 anos com TEA (8,2% relataram ocorrência rara), em comparação às crianças com desenvolvimento típico (DT) (1,6%). Entretanto, essa diferença não atingiu significância estatística (p = 0,072).

No questionário elaborado pelos pesquisadores no estudo de Corrêa et al. (2024), foram trazidos como SGI: Diarréia, Constipação, Refluxo, Dor abdominal e Náuseas/vômitos. Do total da amostra, 314 (52,8%) das pessoas relatou algum sintoma gastrointestinal, sendo a constipação o mais frequente (54,1%). A frequência para os demais foi: Diarréia 115 (36,6%); Dor abdominal 107 (34.1%); Refluxo 69 (22%); e Náuseas/vômitos 47 (15%).

A avaliação de SGI feita por Gürgör, Beyaz e Bayram (2026) se deu através da Escala de Gravidade dos SGI e Critérios diagnósticos de Roma III para constipação funcional. Os sintomas analisados foram: constipação, diarreia, consistência das fezes, odor das fezes, distensão abdominal/acúmulo de gases, dor abdominal, inquietação/irritabilidade diurna inexplicável, despertar noturno e tensão abdominal. Ao analisar os resultados, o estudo trouxe que em relação à constipação, 41% das crianças apresentaram de 0 a 2 evacuações por semana. Quanto à diarreia, 77,1% relataram de 0 a 1 evacuação líquida por dia. A consistência das fezes foi dita como normal em 56,2% dos casos, líquida em 40% e aquosa em 3,8%. Tratando-se dos comportamentos específicos do autismo, houve correlação positiva com o índice de gravidade do SGI (r = 0,354, p < 0,01).

O Inventário de Sinais e SGI da Rede de Tratamento do Autismo-17 (ATN-GISSI-17), juntamente com consulta médica baseada nas Diretrizes da ESPGHAN e NASPGHAN para DRGE e Esofagite Eosinofílica e uso de endoscopia quando apresentada evidência de sintomas, foram as ferramentas utilizadas por Almeida et al. (2025). As categorias analisadas dentro dessas ferramentas foram: no caso dos exames para DRGE e Esofagite EoE consistia em achados físicos como erosões, lesões, rupturas e/ou presença de eosinófilos. Quanto aos sinais trazidos pelo Inventário: Vômito, ânsia de vômito, sufocamento, tosse durante as refeições, síndrome de Sandifer, engasgo e alterações no balanço energético. O estudo, entretanto, não avaliou a prevalência dos SGI isoladamente, foram avaliadas quanto a esse critério, apenas crianças com alteração no comportamento alimentar.

No estudo de Leader et al. (2020b) foi utilizado o Inventário de SGI (*GI Inventory, Autism Treatment Network, 2005*), o qual teve como critérios a presença de dor abdominal, náusea, distensão abdominal, constipação e diarreia. A amostra demonstrou uma prevalência de 82,4% (n=112) dos participantes apresentando pelo menos 1 SGI nos últimos 3 meses; 22,8% (n = 31) apenas um sintoma; 22,8% (n = 31) dois sintomas; 22,1% (n = 30) três sintomas; e 12,5% (n = 17) e 2,2% (n = 3) apresentaram quatro e cinco sintomas, respectivamente. Além disso, o estudo menciona que a dor abdominal e constipação foram os sintomas mais relatados.

Para avaliação de SGI, Yang et al. (2018) utilizou um questionário de informações clínicas contendo SGI como constipação, diarreia, formato das fezes, odor das fezes, flatulência , padrão de evacuação e dor abdominal. Os resultados foram de uma presença de 81 (47,93%) crianças com TEA contra 54 (31,39%) crianças saudáveis que apresentaram SGI - (OR = 2,02; IC 95%: 1,30–3,15; P = 0,002), demonstrando uma prevalência maior no autismo.

Um questionário de 7 questões foi desenvolvido pelos pesquisadores de Islamoglu et al. (2025), contendo sete SGI, além de utilizarem em conjunto a Escala de Fezes de Bristol (BSS). Os sintomas avaliados incluíram: dor abdominal, distensão abdominal, constipação, diarreia, náusea/vômito, indigestão e refluxo. A distensão abdominal foi a única variável significativamente maior no grupo com TEA (p =0,04). Por fim, a análise dos resultados da BSS, por sua vez, revelou que 50,9% dos participantes selecionaram o Tipo 4, que representa fezes normais.

Postorino et al. (2015) avaliou os SGI através do Relatório de Consenso e recomendações para avaliação e tratamento de problemas gastrointestinais comuns em crianças com TEA. Os sintomas incluem: constipação, diarreia crônica, refluxo gastroesofágico e vômito. Algumas perguntas realizadas para aprofundamento dos critérios abrangiam histórico familiar de alergia ou doença atópica, presença de doença celíaca, presença de dor no peito ou azia e manifestação extra esofágica das vias aéreas. Dos resultados obtidos, 13,9% (n = 22) apresentaram SGI, sendo 8,2% (n = 13) do grupo com SA e 5,6% (n = 9) do grupo sem SA. Ademais, 6,3% das crianças (n = 10) relataram vômitos (6 participantes do grupo com SA e 4 do grupo sem SA); 4,4 % (n = 7) apresentaram diarreia crônica (3 do grupo com SA e 4 do grupo sem SA); 2,5% (n = 4) relataram constipação (4 do grupo com SA) e 0,6% (n = 1) apresentou refluxo gastroesofágico e relatou não possuir seletividade.

A partir do *Pediatric Behavior Scale* (PBS), Zickgraf et al. (2018) avaliaram os SGI, que envolviam: constipação, problemas gastrointestinais gerais, peso e alteração de apetite. Ao final, a constipação e a falta/perda de apetite foram identificadas como queixas gastrointestinais/ alimentares prevalentes e relevantes na amostra.

Na avaliação de DGIF, Wong et al. (2025) utilizaram o Questionário Diagnóstico de Roma IV para DFGI Pediátricas: Formulário de relato dos pais para crianças e a Escala de Bristol. Os distúrbios avaliados consistiram em: Distúrbios Funcionais de Náuseas e Vômitos (DFNV), que envolvem sintomas como náuseas crônicas e episódios de vômitos funcionais; Distúrbios Funcionais de Dor Abdominal (DFDA), que abrangem quadros de síndrome do intestino irritável, dispepsia funcional, enxaqueca abdominal e dor abdominal funcional não especificada; e os Distúrbios Funcionais da Defecação (DFD), que incluem constipação funcional e a incontinência fecal não retentiva. Os resultados mostraram que 142 (19,3%) participantes apresentaram algum DGIF, sendo o DFD o subtipo mais comum, com 10,9% das crianças (n=80). Desses, todos apresentaram DFD específica de constipação funcional, enquanto nenhum apresentou incontinência fecal, segundo os critérios de Roma IV. Os demais distúrbios apresentaram os seguintes resultados: DFDA, com 7,6% (n=56) e por fim DFNV com 0,8% (n=6) dos participantes. Além disso, as crianças com DFD apresentaram fezes endurecidas com muito mais frequência (54,1% delas) do que os demais grupos.

4.4 RELAÇÃO ENTRE SELETIVIDADE ALIMENTAR E SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

Quando avaliada a relação entre SA e SGIF, em Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska (2025), das 16 crianças com seletividade, 4 (25%) também apresentaram SGI e ressaltaram a dieta rica em carboidrato 69% das crianças com SA. A partir disso, puderam verificar uma associação positiva entre os dois fatores. Como conclusão, houve associação entre a microbiota oral e parâmetros comportamentais, gastrointestinais e nutricionais em crianças com TEA, trazendo à tona a hipótese da teoria do eixo bidirecional microbiota-intestino-cérebro como mediador dessas relações. Entretanto, os autores identificam como limitações

de seu estudo o delineamento transversal, que impossibilita o estabelecimento de relação causal, o tamanho amostral e a baixa generalização dos resultados devido a isso.

No caso de Li et al. (2024), a ingestão alimentar desequilibrada esteve significativamente relacionada à constipação (β padronizado ajustado: 0,198, IC 95%: 0,023 a 0,374, P = 0,027, tamanho do efeito = 0,214) e aos escores totais de SGI (β padronizado ajustado: 0,231, IC 95%: 0,063 a 0,400, P = 0,008, tamanho do efeito = 0,284), demonstrando uma associação positiva entre SA e SGI. A partir da análise dos resultados e das variáveis, Li (2024) concluiu que a ingestão alimentar desequilibrada estava significativamente associada à constipação/SGI totais em crianças com TEA.

No estudo de Leader et al. (2020a), foi utilizado o teste de Levene para igualdade das variâncias, cujo resultado não foi significativo, indicando homogeneidade da variância. A partir disso, os principais achados de associação entre problemas de alimentação e problemas GI foram: Problema de Mastigação, que esteve associado a dor abdominal, náusea, distensão abdominal e diarreia; Alimentação Rápida, associada com dor abdominal e distensão abdominal; e Vômito, que foi associado com dor abdominal, náusea e distensão abdominal. A SA e o furto não tiveram associação significativa com problemas GI. Sendo assim, o estudo demonstrou um resultado de associação misto, que depende do desfecho. Por fim, os resultados deste estudo destacam a relevância dos SGI na avaliação e no tratamento dos problemas alimentares, visto que tiveram significativa associação em comparação com o grupo controle, sem problemas alimentares. Quanto às limitações trazidas, são citadas a utilização do autorrelato dos cuidadores e o delineamento transversal.

Na análise da relação entre SA e SGI, Mirrizi et al. (2025) trouxe que as categorias de alimentos consumidos apresentaram correlação negativa com as escalas de Recusa Alimentar e Variedade Limitada em ambos os grupos, enquanto o Vômito apresentou associação positiva. Para os demais SGI como Diarreia, Constipação e Refluxo, não houve correlação significativa no grupo TEA, o que demonstra uma associação mista, que depende do desfecho. Por fim, o estudo ressalta que a natureza da SA é multidimensional e que está bastante relacionada à sintomas gastrintestinais, além de outras variáveis citadas no tópico seguinte.

Ademais, reforçam a importância de um atendimento clínico multidisciplinar no tratamento da SA, visto que podem estar mascarados outros problemas nutricionais. Quanto às limitações citadas, têm-se: o uso de medidas relatadas pelos pais, que podem estar sujeitas a viés de desejabilidade social ou do avaliador; delineamento transversal; a ausência de adolescentes ou jovens adultos, que pode restringir a generalização para faixas etárias mais avançadas; a análise de apenas três subescalas principais do BAMBI, excluindo as Características do Autismo, devido à sua baixa consistência interna e pontuam a necessidade de ferramentas de mensuração mais adequadas.

Foi encontrada uma correlação positiva entre SA e SGI (valor $p < 0,050$) no estudo de Corrêa et al. (2024). Além dessa relação, alergia alimentar e SGI (valor $p < 0,001$) e pica e SGI (valor $p < 0,001$) também demonstraram associação positiva, assim como a SA. Ademais, o estudo conclui que a avaliação precoce de sinais de SA, alergias alimentares e distúrbios gastrointestinais é necessária, visto que são mais frequentes nessa população. Isso garante um cuidado integral do indivíduo e fomenta práticas clínicas e políticas públicas que promovam a saúde e a qualidade de vida. As limitações apontadas pelos autores consistem na ausência de divisão por sexo/gênero, o uso de questionário online, sem a realização de testes para comprovar alguns dados, como a presença de TEA, alergias e síndromes genéticas; o período de pandemia de Covid-19, que restringiu a influência de outros ambientes alimentares na dieta; a limitação do estudo à descrição da frequência em escolas especiais ou regulares; e por fim, a impossibilidade de calcular a representatividade exata em relação à população total de crianças e adolescentes.

Sobre a relação entre SA e SGI, Gürgör; Beyaz e Bayram (2026) trouxeram como resultado que a constipação apresentou correlação com o escore total do BAMBI e com o escore da subescala de Diversidade Alimentar Limitada ($p < 0,05$). Além disso, foram identificadas associações estatisticamente significativas entre dor de estômago e o escore total do BAMBI, Comportamentos Específicos do Autismo, SA e o índice de gravidade gastrointestinal ($p < 0,01$). Especificamente sobre o Índice de Gravidade do transtorno gastrointestinal, ele apresentou correlação positiva e estatisticamente significativa com a pontuação total do BAMBI ($r = 0,353$, $p < 0,01$); além de correlação positiva, porém fraca, com o fator variedade alimentar limitada ($r = 0,196$, $p < 0,05$). Também foi encontrada correlação positiva

entre a recusa alimentar e o índice de gravidade do GI ($r = 0,393$, $p < 0,01$). Por fim, o estudo então demonstrou associação positiva entre SA e SGI. Sendo assim, os autores concluem que uma maior SA, principalmente associada a menor variedade, foi associada tanto a SGI quanto a constipação isolada. Entretanto, também trazem limitações sobre o estudo, reforçando que este não permite inferências causais sobre as relações entre características relacionadas ao TEA, comportamentos durante as refeições e desfechos nutricionais por ser transversal. Além disso, pontuam a seleção de pais voluntários de crianças diagnosticadas com TEA e uma maioria dos respondentes sendo mães (98%), o que poderia não representar a população toda. A presença de diversas variáveis baseadas em relatos dos pais e que podem estar sujeitas a vieses de memória e de relato. Além disso, a presença de condições médicas, de desenvolvimento e psiquiátricas concomitantes, bem como características clínicas detalhadas, como funcionalidade da fala, sensibilidades sensoriais e nível cognitivo, não foram avaliadas sistematicamente. A ausência de um grupo de controle e a não realização de análises específicas por sexo. Por fim, pontuam o momento do estudo, que foi feito durante o período pós-pandemia, o que pode trazer efeitos influenciados pelo contexto que foi vivido durante a COVID-19.

Já no estudo de Almeida et al. (2025), os autores trazem em seus resultados que 89,8% (n=62) das crianças com alteração no comportamento alimentar apresentaram sinais de alerta de DRGE, sendo que 62,9% compareceram à consulta médica e destas, 18 (46,1%) apresentavam suspeita clínica de esofagite e indicação para endoscopia digestiva alta. Sendo assim, o estudo indicou uma associação positiva entre comportamento alimentar mais seletivo e DRGE e EoE. A partir da análise os autores concluíram que o estudo encontrou uma frequência muito alta de sinais de alerta de DRGE em crianças com TEA e alterações no comportamento alimentar relacionados. Ademais, a esofagite, segundo o estudo, pode ser considerada uma das causas dos problemas encontrados no comportamento alimentar de recusa. Por fim, as limitações pontuadas envolvem o uso de artigos com nomenclaturas diferentes para problemas de alimentação na infância (os artigos usavam diferentes termos como sinônimos por falta de consenso na literatura) e nem todas as crianças com sinais de alerta de DRGE compareceram a uma consulta médica.

Na relação entre alimentação e achados GI, Leader et al. (2020b) demonstraram que as crianças que apresentaram alimentação rápida cursaram com mais SGI, problemas sensoriais e comorbidades, com uma diferença significativa ($t(134) = 4,53$, $p < 0,01$) e os SGI se mostraram preditores significativos. A presença de recusa alimentar também obteve mais SGI concomitantes além dos demais problemas com GI ($t(134) = 2,50$, $p = 0,02$), porém os SGI não foram preditores para a condição. Já a SA apresentou uma maior taxa de SGI, com $t(134) = 2,68$, $p = 0,008$, porém SGI se tornou baixo fator preditor quando comparado a sensibilidade sensorial. Aqueles com o comportamento de roubo de comida apresentaram mais SGI ($t(134) = 2,83$, $p = 0,01$), mas SGI não se mostrou preditor. Sendo assim, a associação entre SGI e comportamento alimentar, mais especificamente SA, é considerada Mista/depende do desfecho. Como conclusão, os autores dizem que os problemas gastrointestinais se mostraram muito comuns em crianças e adolescentes com TEA, assim como os problemas alimentares. Eles colocam como sugestão estudos mais aprofundados sobre os problemas comórbidos ao TEA e a relação entre eles, incluindo problemas GI e alimentares. Como limitação do estudo trazem o viés de resposta (é possível que mais pais de crianças com dificuldades de alimentação tenham participado em comparação com aqueles que não vivem essa realidade), não foi feita análise comparativa entre grupos, apenas no TEA como um todo, assim como não foi feita comparação no grupo com e sem SGI e não foi investigado como o SGI afetou os problemas de alimentação de cada indivíduo. Por fim, pontuam a ausência de grupo controle com DT e apontam as limitações do STEP-CHILD para crianças não verbais.

Em Yang et al. (2018), na relação entre SA e SGI, foi demonstrado que a SA na criança foi significativamente associada a SGI no grupo com TEA (OR = 2,74, IC 95%: 1,28–5,88), o que denota uma associação positiva entre as duas condições no autismo. Os autores concluem que a análise multivariada possibilitou que descobrir que SGI estavam associados à SA na criança com TEA, mas reforçam que não há possibilidade de estabelecer relações causais pelo delineamento do estudo. Além disso, também colocam como limitação o fato de o grupo ser composto por crianças que procuraram o centro para tratamento e diagnóstico. Outra questão pontuada foi o tamanho pequeno da amostra com distúrbio do sono. Por fim, pontuam que os questionários foram preenchidos por cuidadores com diferentes percepções e níveis

de escolaridade, além de sofrerem influência de estilo de vida familiar e época do ano.

Para Islamoglu et al. (2025), não houve correlação significativa entre os escores do NIAS dos participantes e seus escores da BSS ($p > 0,05$). Entretanto, houve correlação positiva significativa entre os escores da BSS e a SA ($r = 0,284$, $p = 0,036$). Quanto às demais subescalas do CEBQ e sua relação com BSS, não foi significativa ($p > 0,05$). No caso dos escores NIAS das crianças versus SGI, foram reveladas associações significativas com indigestão e distensão abdominal ($r = 0,434$, $p = 0,008$ e $r = 0,355$, $p < 0,001$, respectivamente). Em resumo, os escores NIAS correlacionaram-se positivamente com queixas de indigestão e distensão abdominal. Dessa forma, a associação se mostrou Mista e dependente do desfecho. Em conclusão, os autores trazem que os resultados do estudo demonstraram que crianças com TEA apresentam níveis significativamente mais elevados de comportamentos alimentares evitativos/restritivos e SA em comparação com seus pares com desenvolvimento típico, bem como um risco maior de desenvolver Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE). Embora os SGI, particularmente distensão e indigestão, tenham sido associados a maior gravidade dos sintomas de TARE, os padrões gerais de SGI não diferiram muito entre os grupos com altas pontuações de TARE. Por fim, são pontuados como fatores limitantes o tamanho limitado da amostra, a não utilização de um instrumento padronizado e validado para avaliar os sintomas gastrintestinais, o uso de medidas baseadas em relatos dos pais sujeitas a viés de memória, desejabilidade social ou diferenças individuais nas percepções, expectativas e níveis de estresse dos pais.

Em Postorino et al. (2015), apesar de o grupo com SA ter liderado em quantidade de pessoas com SGI, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no quesito SGI. Visto isso, a associação se mostrou como sendo mista/depende do desfecho. Como conclusão, embora a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem SA, os autores mostram que o grupo com SA relatou uma taxa maior de problemas GI, o que sugere uma associação pelo menos em parte dos indivíduos com SA. Entretanto, reforçam a necessidade de mais estudos longitudinais para determinar a relação entre SGI e SA em indivíduos com TEA. Os autores finalizam, apontando como principais fatores de limitação o fato de ser um Estudo transversal, a presença de viés de seleção, devido

a encaminhamento clínico e o fato de a avaliação da SA não ter sido baseada em uma análise alimentar diária.

Para Zickgraf et al. (2018), o tamanho de efeito entre pessoas com comportamentos alimentares atípicos e sem os comportamentos, foi de 0,6 e 0,3, respectivamente. Dentre as pessoas que apresentaram a falta/perda de apetite, tiveram que: 30,9% tinham comportamentos alimentares atípicos enquanto 10,0% não possuíam. Na constipação, 16,7% eram em crianças com comportamentos alimentares atípicos e 8,6% nas crianças sem esses comportamentos. Isso posto, a constipação foi indicada como um fator correlacionado significativamente com a SA ($p < 0,05$ ou $p < 0,01$, conforme a escala de queixas. A falta de apetite foi um dos sintomas de apetite/digestivos mais relatados no grupo com comportamentos alimentares atípicos. Esses dois sintomas permaneceram relevantes mesmo depois da regressão logística multivariada. Os resultados trazidos pela pesquisa indicam uma associação mista envolvendo a relação entre SA e SGI. O estudo traz como conclusão que os comportamentos alimentares atípicos/SA se mostraram altamente prevalentes entre crianças com TEA, principalmente nas faixas etárias mais novas (1 a 3 anos) e pontuam que a maioria das variáveis não apresentou correlação após modelo ajustado, com exceção da faixa etária mais jovem, maior gravidade total dos sintomas autistas, falta de apetite e constipação. Os autores apontam como possíveis limitações do estudo o delineamento transversal, instrumentos de avaliação baseados em relato dos pais, amostra estritamente clínica e a ausência de grupo controle com desenvolvimento típico.

Wong et al. (2025), ao avaliarem a relação entre questões alimentares e DGIF, mostraram que os DGIF estiveram significativamente associados aos comportamentos alimentares (Traço de Pillai = 0,10, $F (24, 1632) = 2,41$, $p < 0,001$, $\eta p2 = 0,05$) e aos padrões alimentares (Traço de Pillai = 0,07, $F (27, 2028) = 1,84$, $p = 0,005$, $\eta p2 = 0,05$), principalmente comportamentos ligados a compulsão alimentar emocional, resposta de saciedade, lentidão ao comer, subalimentação emocional e SA. Quanto à composição alimentar, ela também se mostrou influenciada pelos DGIF no que diz respeito a proteínas, fibras insolúveis e água, que teve seu consumo bastante reduzido neste grupo. Os autores indicaram a SA e a lentidão ao comer como fatores determinantes para esse menor consumo de proteínas, fibras e água e que impacta no DFD, mais especificamente na constipação. Somado a isso,

a SA, a lentidão ao comer e a resposta de saciedade alterada apresentaram maior pontuação entre as crianças com DGIF do subtipo constipação e maior pontuação em subalimentação emocional para aqueles com dor abdominal em comparação com os demais distúrbios. Sendo assim, as associações entre problemas alimentares e DGIF se mostram dependentes do desfecho (mistas). Nesse contexto, os autores trazem como conclusão que subtipos específicos de distúrbios gastrointestinais funcionais apresentaram associação com perfis alimentares e nutricionais. Também ressaltam a importância de uma atenção aprofundada a padrões somáticos que podem indicar DGIF e que por sua vez são influenciados e podem influenciar questões sensoriais, neuropsiquiátricas e alimentares/dietéticas. Em última instância, os autores mencionam que o estudo teve algumas limitações importantes, sendo elas: o delineamento transversal, que limita as inferências sobre relações causais entre SA e SGIF; o uso exclusivo de questionário respondido pelos pais, sem avaliação clínica, para diagnósticos de DGIF; a falta de validação dos critérios de Roma IV no público de crianças com TEA; a amostra pequena de crianças com distúrbios gastrointestinais funcionais; e por fim, a não inclusão de crianças com deficiência intelectual, devido a dificuldade que elas apresentariam para responder aos questionários sem o auxílio dos responsáveis.

4.5 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Inserimos nesta seção informações adicionais que não se enquadram nos tópicos que norteiam a pergunta de pesquisa discutidos acima, mas que contribuem para um maior entendimento das especificidades do autismo e suas comorbidades. O estudo de Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska (2025), realizou uma análise de microbiota oral nas crianças com TEA e constatou que a maioria das crianças analisadas apresentou uma maior abundância de *Bacilli* (*Streptococcus e Gemella*) e *Actinobacteria* (*Rothia e Actinomyces*) e a proporção entre Firmicutes para Bacteroidetes foi visivelmente baixa em todos os participantes. O estudo também contou com avaliação da Incapacidade funcional pela Escala de Avaliação Funcional da Incapacidade (VABS), que inclui habilidades motoras e de vida diária, além da socialização e comunicação, o que possibilitou a identificação de grupos com base nos níveis de funcionamento.

Quanto aos demais estudos e informações adicionais trazidas pelos mesmo, tivemos Li et al. (2024), que realizou avaliação de variáveis referentes a funcionamento intelectual, tipo de parto e ordem de nascimento, média diária de horas de sono, nível de escolaridade da mãe, presença de diabetes gestacional ou obesidade materna, renda per capita mensal da família e comportamento/estilo parental. Além disso, foram feitas comparações sociodemográficas, de sexo, de gravidade do TEA e não houve diferenças significativas entre os participantes com TEA. Foi feito uso de Escala de Avaliação do Autismo Infantil (CARS), baseada em comportamento; Escala de Comportamento Repetitivo Revisada (RBS-R); Ferramenta Perfil Sensorial Breve (PSB) e uma forma abreviada do Perfil Sensorial de Dunn. Os autores concluíram que as características relacionadas ao autismo não apresentaram contribuições, com exceção do comportamento repetitivo/restritivo que contribuiu para menor ingestão. A sensibilidade ao paladar/olfato foi o único fator sensorial que contribuiu para o menor consumo de frutas. Quanto às limitações trazidas pelo estudo, foram citados o viés de memória e de desejabilidade social; a subjetividade nas medições de sono e atividade física; a distribuição desigual da gravidade dos sintomas; a desproporção de gênero; e o não estabelecimento de causalidades e mecanismos por trás da relação.

Algumas variáveis extras avaliadas pelo estudo de Leader et al. (2020a) foram a presença de deficiência intelectual leve, moderada e grave, que se apresentou em 11,7% (n = 14), 21,7% (n = 26) e 5% (n = 6) da amostra, respectivamente. Além da presença de diagnósticos concomitantes de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Epilepsia ou Ansiedade, que apareceram em 33,3% (n = 40) dos participantes. Taxas de outros diagnósticos concomitantes como dispraxia, transtorno do processamento sensorial e síndrome de Down, foram relatadas para 29,2% (n = 35) das crianças/adolescentes.

Mirrizi et al. (2025) trouxe como parte da avaliação o Perfil Sensorial Breve (SSP), que avalia Sensibilidade Tátil, Sensibilidade Gustativa/Olfativa, Sensibilidade ao Movimento, Hipo-responsividade/ Busca por Sensações, Filtragem Auditiva, Baixa Energia/Fraqueza e Sensibilidade Visual/Auditiva; o Questionário de Estilo Alimentar do Cuidador (CFSQ) cujo objetivo é avaliar comportamentos dos cuidadores como Autocontrole, Manejo de Contingências e comportamento Centrado na Criança, que visa ajudar em tarefas como cortar a comida, dizer algo

positivo sobre a comida ou organização da comida e dos talheres de maneira tolerável. Em sua conclusão, os autores mencionam o papel significativo que a hipersensibilidade sensorial e o comportamento alimentar parental desempenham sobre a SA em autistas, além dos SGI.

Leader et al. (2020b) trouxe como avaliações extras o Inventário de Problemas de Comportamento - Forma Reduzida, que avalia o comportamento Autolesivo, Comportamento Estereotipado e Comportamento Agressivo/Destrutivo. Também foi aplicado o Perfil Sensorial Breve e a Escala de Avaliação de Transtorno do Espectro Autista (ASD-CC) para identificação de comorbidades.

Yang et al. (2018) utilizam o Questionário de Hábitos de Sono Infantil (CSHQ), Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (VABS), Teste de Vocabulário Pictórico de Peabody (PPVT), Escala de Responsividade Social (SRS), versão chinesa da Entrevista Diagnóstica de Autismo Revisada (ADI-R), Escala de Observação Diagnóstica de Autismo (ADOS), Lista de Verificação de Comportamento Autista (ABC), Escala de Avaliação de Autismo Infantil (CARS), Questionário de Triagem de Transtornos Globais do Desenvolvimento (PDDSQ) e a Escala de Comportamento Autista de Clancy (CABS), para complementar sua análise.

Islamoglu et al. (2025) realizaram Avaliação Antropométrica, que teve por resultado no grupo DT, 60% dos participantes apresentando Índice de Massa Corporal (IMC)[2] dentro da faixa normal para idade, enquanto apenas 36% das crianças com TEA apresentaram IMC dentro da normalidade para idade.

Postorino et al. (2015) realizaram também avaliação de perfil sensorial e observaram que todas as crianças com SA apresentaram pelo menos 1 fator sensorial associado à condição, sendo que 41,7% delas relataram 2 fatores e 22,7% 3 fatores, sendo os três fatores mais comuns, em ordem decrescente, a textura, sabor e cor. Foram também aplicadas as escalas ADOS, ADI-R, SRS, cujos resultados mostraram que: o grupo com SA apresentou pontuação significativamente maior no escore total do SRS ($p < 0,001$) e no escore total do

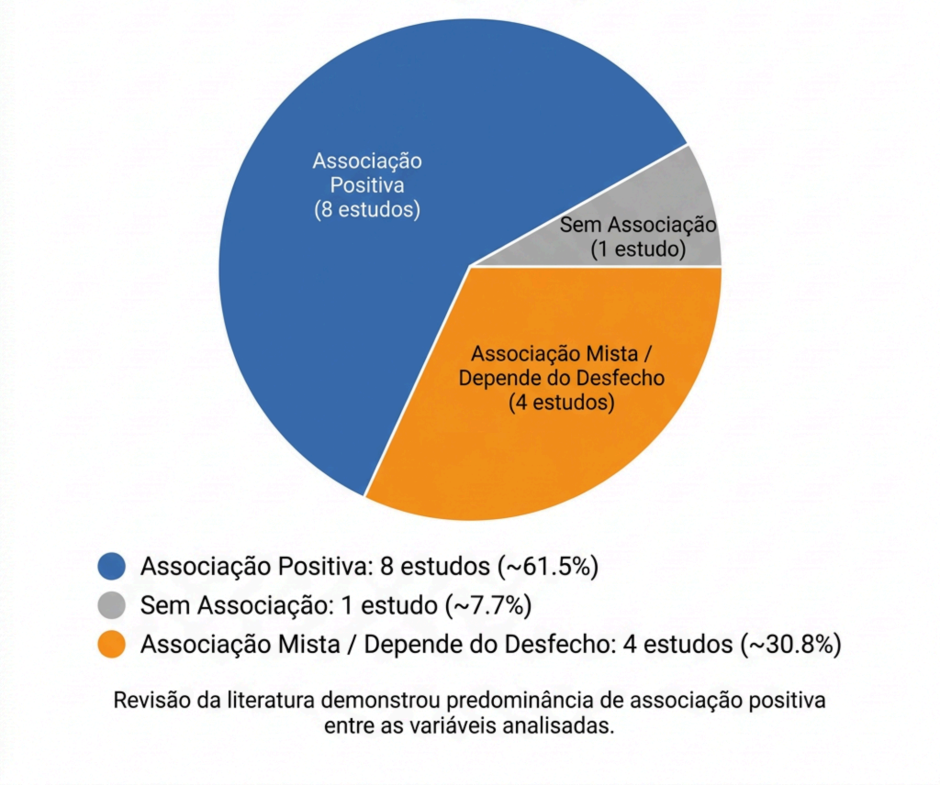
[2] cálculo realizado a partir da divisão entre o peso corporal (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros). Os valores brutos foram convertidos em escores Z (desvios-padrão), ajustados para idade e sexo de acordo com os padrões de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), permitindo a classificação do estado nutricional. Considerou-se faixa de normalidade valores de escore Z maiores que -2 e menores ou iguais a +1.

SCQ (p = 0,003). Tais escalas dizem respeito, respectivamente, a: comportamento autista atual focado em afeto social e padrões de comportamento restritos e repetitivos; história de desenvolvimento da criança, como foco em observação de anormalidades na interação social recíproca, problemas de comunicação e padrões de comportamento restritos e repetitivos; e por fim, a quantificação da capacidade de resposta social como a percepção social, cognição social e comunicação social presentes na criança autista. Por fim, no caso de escores no âmbito de habilidades cognitivas, o grupo sem SA apresentou pontuação significativamente maior que o grupo com seletividade.

Por último, no estudo de Wong et al. (2025) fizeram uso da versão chinesa da Escala de Responsividade Social, Segunda Edição (SRS-2), Formulários Pré-escolar e Escolar com as subescalas SCI e RRB, vinculadas a sintomas presentes entre os critérios diagnósticos do DSM-5 para autismo; Questionário de Experiências Sensoriais (SEQ); Escala de Ansiedade para Crianças – TEA, versão para Pais e Filhos (ASC-TEA); Subescalas de Problemas de Atenção e Problemas de Externalização do Inventário de Comportamento Infantil para as faixas etárias de 1,5 a 5 e 6 a 18 anos (CBCL 1,5–5/6–18). Alguns resultados trazidos acerca dessas métricas e variáveis mencionadas foram que: 80 (38,0%) crianças foram diagnosticadas com TDAH concomitante e 227 (30,8%) delas utilizavam estimulantes ou antipsicóticos como aripiprazol ou risperidona para sintomas de TDAH e irritabilidade. Além disso, foi descoberto que o grupo com dor abdominal sofria mais com questões como ansiedade, rigidez de comportamento e hipersensibilidade sensorial.

Abaixo estão os resultados expressos em gráficos quanto ao tipo de associação entre SA e SGI mais prevalentes. Devido a complexidade de variáveis avaliadas e resultados referentes a SA e a Outros Comportamentos Alimentares Atípicos, não foi possível expressar em gráfico os resultados encontrados, optando por mantê-los descritivos ao longo do texto. Além disso, os resultados podem ser vistos de forma sintetizada no Quadro 1, após esta seção.

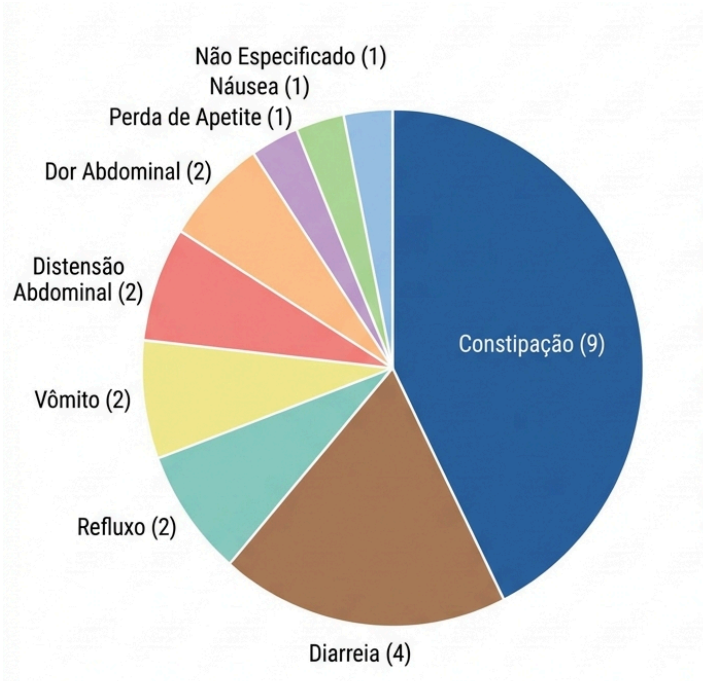
Gráfico 1 - Associação entre SA e SGI em número de estudos



Fonte: elaborado pela autora com Figure Labs (2026).

Gráfico 2 - Prevalência por Sintoma Gastrointestinal Específico

(expresso em quantidade de vezes em que foi citado como mais prevalente)



Fonte: elaborado pela autora com Figure Labs (2026)

Quadro 1 - Síntese dos Resultados Obtidos na Revisão

Autor(es)	País	Ano	Idade (anos)	Sexo (M/F)	N Amostral	Diagnóstico de TEA	SA (resultado e ferramenta)	SGI (resultado e ferramenta)	SA x SGI
Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska	Polônia	2025	2 a 18 (M=7,9)	84% M 16% F	45 TEA (s/ controle)	CID-10 (psicólogo e psiquiatra)	**Diário Alimentar**	**Roma IV**	Associação positiva para 25% das pessoas com SA, que apresentaram SGIF
							16% possuíam SA 69% rica em carboidratos	40% (n=18) 1 DGIF 20% DF (n=9) 18% CF (n=8) 16% Dis. Ab. (n=7)	
Li et al.	China	2024	2 a 10	NI	242 (121 TEA; 121 DT)	DSM-5 (equipe multi)	**QFA + BAMBI**	**6-GSI**	Ingestão alimentar desequilibrada associou-se positivamente a SGI (tamanho efeito = 0,284)
							Pior qualidade e variedade da dieta no TEA (P < 0,05)	CF, Odor fezes e SGI totais pior no TEA (P < 0,05)	
Leader et al.	Irlanda	2020a	3 a 17	77,5% M 22,5% F	120 TEA (s/ controle)	DSM-4-Tr (psicólogo ou pediatra)	**TEP - CHILD**	**Inventário de SGI**	SA e SGI não apresentaram associação significativa Problemas de Mastigação e alimentação rápida apresentaram associação significativa com SGI
							90% Problemas Alimentares Gerais 81,7% SA	Mín. 1 sintoma: 84,2% Dor Ab. (60,8%) CF (50%) Náusea (48,3%)	
Mirizzi et al.	Itália	2025	3 a 12	NI	499 (249 TEA; 250 DT)	DSM-5 + laudo	**Questionário autoral + BAMBI**	**Questionário autoral**	Relação Mista/Depende do desfecho

							Menor consumo de frutas, verduras, laticínios e peixe Maior pontuação em todos os escores do BAMBI	CF mais prevalente em todas as idades no TEA Demais sintomas variável (Vômito, DF, Refluxo)	
Corrêa et al.	Brasil	2025	2 a 19	NI	613 TEA (s/ controle)	Reportado pelos responsáveis	**Questionário Autoral** 77,2% SA 33,8% Alergia alimentar	**Questionário Autoral** 52,8% algum SGI CF 54,1% (mais comum)	Correlação positiva entre SA e SGI com P < 0,050
Gürgör; Beyaz; Bayram	Turquia	2026	4 a 10	70,5% M 29,5% F	105 TEA (s/ controle)	Diagnóstico Prévio	**BAMBI** Pontuação total BAMBI (p = 0,830) Pontuação média de SA geral: garotas (43,6 \pm 9,79) e garotos (44,4 \pm 10,83)	**Índice Gravidade GI + Roma III** CF: 41% com 0 a 2 evacuações/semana DF: 77,1% com 0 a 1 evacuação líquida/dia	IGG apresentou correlação positiva e significativa com pontuação total do BAMBI (r = 0,353, p < 0,01)
Almeida et al.	Brasil	2025	3 a 12	78,3% M 21,7% F	115 TEA (s/ controle)	Diagnóstico Prévio	**BAMBI** 60% apresentaram alteração no CA	**ATN-GISSI-17 + ESPGHAN e NASPGHAN para DRGE e EoE** Avaliada apenas na presença de SA	Correlação positiva, com 89,8% das crianças com alteração no CA apresentou sinais de risco para DRGE e desses, 46,1% com suspeita clínica de EoE
Leader et al.	Irlanda	2020 b	M = 8,36	72% M 28% F	136 TEA (s/ controle)	DSM-4-Tr + diagnóstico prévio	**STEP - CHILD + CEBQ**	**Inventário de SGI**	Associação positiva de SA e taxa de SGI - (t (134) = 2,68, p = 0,008) mas não foi preditor para SGI

							84,6% apresentou SA 78,7% recusa alimentar	82,4% pelo menos 1 SGI CF e Dor Ab. mais prevalentes	
Yang et al.	China	2018	3 a 12	NI	341 (169 TEA; 172 DT)	DSM-4 (psiquiatra)	**Questionário autoral de Hábitos Alimentares**	**Questionário autoral de SGI**	Associação positiva e significativa entre SA no TEA e SGI (OR = 2,74, IC 95%: 1,28–5,88)
							SA Não avaliada separadamente	47,93% do TEA e 31,9% DT	
Islamoglu et al.	Turquia	2025	2 a 18	61,8% M	55 (25 TEA; 30 DT)	DSM-5-Tr Diagnóstico Prévio	**NIAS ARFID + CEBQ**	**Questionário Autoral + Escala Bristol**	Correlação Mista/depende do desfecho Positiva para SA e Escala Bristol Positiva para NIAS e Indigestão e Dis. Ab.
							Pontuação das subescalas do NIAS foi maior no TEA ($p < 0,001$) SA foi maior no TEA de acordo com CEBQ (p=0,001)	Dis. Ab. foi a única maior no TEA Escala Bristol indicou fezes normais em 50,9% das crianças	
Postorino et al.	Itália	2015	3 a 12	136 M 22 F	158 TEA (s/ controle)	Psiquiatra sem ferramenta especificada	**YAQ para pais**	**Recomendações de Buie et al. (2010)**	Correlação Positiva porém pouco significativa estatisticamente
							50% com SA com pelo menos 1, de 2 critérios totais	13,9% Apresentou SGI (8,2% com SA e 5,6% sem SA)	
Zickgraf; Mayes	EUA	2019	1 a 17	81,8% M 18,2% F	1112 TEA (s/ controle)	CASD, PBS e revisão de prontuário (psicólogo)	**CASD com sintomas de SA**	**PBS com SGI**	Correlação Mista/depende do desfecho Constipação associada positivamente com SA
							CA Atípicos em 70,5% dos participantes	CF e Perda de Apetite mais prevalentes	

									Falta de Apetite associada positivamente com CA atípico
Wong et al.	China	2025	</= 12	87,1% M 12,8% F	737 TEA (s/ controle)	DSM-5 (Psiquiatra)	**CEBQ + QFA**	**Roma IV Pediátrico + Escala Bristol**	Correlação Mista/depende do desfecho
							SA e lentidão ao comer foram prevalentes em TEA SA impactou no consumo de proteínas, fibras insolúveis e água	19,3% apresentou DGIF com CF sendo o sintoma mais comum (10,9%)	SA, Compulsão, lentidão ao comer, Subalimentação e resposta a saciedade se associou a DGIF

Fonte: elaborado pela autora (2026).
Legenda:
NI - Não Informado

5 DISCUSSÃO

Com o advento de uma era marcada por uma “epidemia de diagnósticos” (Rios et al., 2015), devido a ampliação de conhecimento e atualização de ferramentas diagnósticas para autismo, o interesse em linhas de pesquisa nesse setor também expandiram. Estão entre os assuntos explorados, a relação entre SA e SGI em pessoas com TEA, com pesquisas que buscam compreender os mecanismos por trás dessas condições comórbidas tão frequentes no espectro (Tomaszek et al., 2025). Entretanto, apesar de o tema ter aparecido com frequência na academia científica, os estudos ainda são poucos e não consolidados.

Sendo assim, os pontos fortes e relevância deste estudo estão justamente no mapeamento da relação entre SGI e SA em pessoas com TEA, além da caracterização dos sinais e sintomas que na literatura são colocados como mais prevalentes, tanto na SA quanto no SGI. Nesta revisão de escopo, foi possível perceber essa heterogeneidade que ainda existe, além de algumas amostras não possuírem tanta representatividade por seu tamanho limitado. Apesar disso, foi possível observar uma prevalência significativa na coexistência entre SA e SGI, com a maioria dos estudos indicando uma associação positiva (Almeida et al., 2025; Corrêa et al., 2025; Gürgör; Beyaz; Bayram, 2026; Leader et al., 2020b; Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska, 2025; Li et al., 2024; Postorino et al., 2015; Yang et al., 2018). Além desses, ainda foram encontrados aqueles com associação mista, que variaram segundo critérios específicos de SA ou de SGI (Islamooglu et al., 2025; Mirizzi et al., 2025; Zickgraf; Mayes, 2019; Wong et al., 2025) e apenas um estudo não apresentou associação significativa entre SA e SGI (Leader et al., 2020a).

Quanto aos SGI mais prevalentes encontrados nesta revisão, corroboram com outros estudos que apontam como sintomas mais comuns na população autista a constipação, diarreia e a dor abdominal ou mesmo distensão abdominal (Lefter et al., 2019). Além dos SGI foram encontrados outros sintomas relacionados ao sistema digestivo, principalmente, esofágicos e orais como: esofagite eosinofílica e problemas de mastigação (Leader et al., 2020a; Almeida et al., 2025; Leader et al.,2020b).

Além disso, também foi possível avaliar uma relação entre SA e hipersensibilidade sensorial, que já é bastante fundamentada na literatura (Nisticò et al., 2022; Pancheva-Dimitrova et al., 2026) e que esteve presente como fator influenciador significativo nos estudos de Li et al. (2024), Leader et al. (2020b), Mirrizi et al. (2025), Postorino et al. (2015) e Wong et al. (2025).

Isso posto, é importante colocar algumas considerações acerca do tema e dos achados na literatura, a começar pela SA. À primeira vista, pode parecer um conceito amplamente compreendido por profissionais da saúde, mas ao longo da revisão foi possível perceber a inconsistência que ainda existe sobre a temática no que diz respeito ao conceito que a fundamenta e às ferramentas utilizadas para identificação e diagnóstico de SA. Essa heterogeneidade, aliás, foi um dos fatores que dificultou de forma importante o processo de triagem dos estudos, assim como dificulta as estimativas de prevalência, além do diagnóstico e tratamento precoces.

A falta de padronização começa na terminologia que é sobreposta por diferentes conceitos que vão desde comportamento alimentar, problemas alimentares, hábitos ou preferências alimentares e SA propriamente dita. Estudos como os de Wu et al. (2026) ou Heifert et al. (2016), que foram alguns dos estudos excluídos da amostra, trazem esse exemplo, uma vez que utilizaram um conceito genérico de problema alimentar, não especificado. Quando se avalia um padrão alimentar ou mesmo procura-se possíveis problemas nesse padrão, é importante reconhecer a multifatorialidade que envolve a alimentação, principalmente quando se fala de população neurodivergente e nesse caso em específico, autista. A alimentação é atravessada por cultura, fatores socioeconômicos, vínculo afetivo, processos fisiológicos, neurológicos, emocionais, processos de auto percepção do corpo, como no caso de auto imagem, entre outros problemas. O indivíduo pode comer ou não um alimento por questões sensoriais, por falta de hábito da família, por falta de acesso ao alimento, por problemas motores orofaciais ou até por memória negativa vinculada ao alimento. Essa complexidade é refletida na dificuldade clínica que ainda se tem em algumas áreas como a de SA. Sendo assim, é de suma importância definições mais claras do objeto de estudo ao invés de termos amplos como dificuldades alimentares, distúrbios alimentares ou até preferências alimentares.

Entretanto, também é importante pontuar que dependendo do objetivo que se tem com um estudo, podem ser interessantes abordagens menos delimitadas, principalmente para mapear as principais dificuldades e características de uma população. Mas quando se pretende analisar a relação da alimentação com outro aspecto, como o sistema gastrointestinal, é importante um conceito mais definido.

Somado a isso e como consequência desse delineamento ainda difuso de conceitos, a ausência de ferramentas padronizadas para identificação da seletividade também se mostram um fator a ser evidenciado. Dentre os estudos selecionados para comporem a amostra final, as ferramentas avaliativas foram desde questionários de frequência alimentar gerais e recordatórios de 24h até ferramentas mais específicas e que se repetiram entre alguns estudos como o CEBQ, STEP-CHILD, BAMBI e NIAS-ARFID – essas últimas tendo como foco comportamentos importantes que compõem a seletividade como a aversão, neofobia, restrição, recusa alimentar, entre outros.

Ademais, quando se avalia critérios isolados de seletividade sem colocá-los em um contexto, há um risco de não identificação do problema ou não reconhecimento desse problema como clinicamente relevante. Um exemplo seria no caso de um QFA geral aplicado a um indivíduo autista e um controle com desenvolvimento típico. Suponha a categoria de vegetais: o indivíduo típico come vários tipos de vegetais, experimenta aqueles que não conhece e consequentemente pontua positivamente nesse critério. Da mesma forma, o indivíduo autista também pontua positivamente no critério, mas ele só consegue comer tomate, cenoura e batata. Além disso, a batata ele só come em purê, o tomate em rodela e a cenoura cozida em cubos. Ambos pontuam para o consumo de vegetais, mas a variedade e flexibilidade são significativamente distintas e é justamente nessa distinção que uma SA deixa de ser identificada e tratada. Ao mesmo tempo, quando o foco é restrito a ferramentas que avaliam apenas o comportamento, perde-se um problema importante que é a adequação nutricional no que diz respeito à composição da dieta desse indivíduo e que pode ser identificada em um QFA ou mesmo um diário alimentar.

Nesse sentido, questionários de autoria dos próprios pesquisadores, como foi no caso de Mirizzi et al. (2025) ou Corrêa et al. (2025), podem contornar algumas dessas dificuldades, visto que sua construção pode considerar critérios que melhor

se adequam aos objetivos do estudo. Entretanto, ferramentas autorais estão sujeitas não só ao viés do pesquisador, como também não garantem uma aproximação da realidade clínica encontrada na população autista, com o risco de avaliação de critérios extremamente específicos mas de pouca aplicabilidade nos consultórios e ambulatórios. O “letramento prático” na academia científica também é importante.

Como parte dessa discussão, outro fator a ser pontuado é a idade predominante nas amostras. Percebeu-se a ausência de estudos com a população adulta e um predomínio de populações compostas por crianças. Como mencionado no referencial teórico, o desinteresse ou mesmo aversão por alimentos novos (neofobia) pode existir como parte do desenvolvimento da primeira infância, sendo um período comum tanto em autistas quanto em crianças com desenvolvimento típico. Nesse sentido, amostras cuja idade mínima abrange esse período de maior dificuldade alimentar, como no caso de faixas etárias estudadas que iam de 2 a 5 anos, podem acabar mascarando problemas alimentares ou mesmo questionando o impacto clínico da seletividade se o grupo com autismo é semelhante ao grupo típico.

Estudos com faixas etárias amplas como em Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska (2025), Leader et al. (2020a) ou Corrêa et al. (2025), que abrangiam de 2 ou 3 anos a 17 ou 18 anos de idade, também merecem um olhar atento, pois acabam gerando uma amostra muito heterogênea em termos de desenvolvimento cognitivo e fisiológico, sendo importante o ajuste de variáveis e discussões acerca das diferenças entre essas fases do desenvolvimento. Por isso a importância de reconhecer não apenas o quê se come, mas também o porquê se come ou se deixa de comer determinado alimento.

Ademais, a SA também pode apresentar diferentes níveis e consequentemente impacto na vida cotidiana. O DSM-5-Tr traz o diagnóstico de TARE, desvinculado ao autismo, para casos em que a SA se torna extremamente restritiva e de grande impacto na saúde e cotidiano do indivíduo (APA, 2023). Isso posto, casos em que a seletividade comum ao autismo não se enquadra no diagnóstico diferencial de TARE, por apresentarem menor “gravidade”, podem passar por rótulos como “frescura”, “birra” e não receberem o tratamento adequado. Nesse contexto, o autista nível 1 de suporte e que possui SA, por vezes é identificado somente na fase adulta e acaba não sendo reconhecido como alvo de

intervenção devido a seus mecanismos de adaptação. Por isso, se faz importante o reconhecimento clínico da SA em sua complexidade, para além do diagnóstico de TARE.

A alimentação envolve processos multifatoriais para além da dimensão quantitativa do consumo de alimentos. Ao reduzi-la a quantidade de alimentos ingeridos, desconsideram-se aspectos fundamentais que, além de repercutirem no estado nutricional, envolvem dimensões sociais, afetivas e relacionais. Para além de sua função biológica na manutenção dos processos fisiológicos, a alimentação participa da construção da relação do indivíduo com o alimento, com a família e com seu círculo social. Nesse sentido, as dificuldades alimentares desempenham um papel importante tanto na saúde física quanto na qualidade das relações interpessoais e no risco de isolamento social.

Em segunda instância, tratando-se de SGI, com exceção do estudo de Almeida et al. (2025), os demais trouxeram como exemplo SGI funcionais, distanciando da discussão sintomas advindos de disfunções orgânicas. No que tange a relação da SA para com o sistema gastrointestinal, é uma abordagem bastante coerente, visto que afasta possíveis variáveis gastrointestinais que não teriam relação com alimentação por sua característica de disfunção orgânica. Entretanto, no estudo de Almeida et al. (2025), em que o foco é na esofagite eosinofílica (EoE), foi possível perceber o impacto significativo dessa condição na alimentação, com 89,8% das crianças com alterações no comportamento alimentar apresentando sinais de risco para DRGE e 46,1% das crianças com esse risco, apresentando suspeita clínica de EoE. Isso mostra um possível impacto significativo de distúrbios GI orgânicos na alimentação. Somado a isso, a prevalência desses distúrbios na população autista, como a própria EoE, mas também disfagia, alergias alimentares, DRGE, doenças inflamatórias intestinais ou mesmo problemas de motilidade intestinal, também são frequentes nesse público (Rian Vilar Lima et al., 2024; Tomaszek et al., 2025; Kang; Wagner; Ming, 2014), o que exige um olhar direcionado.

Ampliando essa discussão, a não identificação dessa relação entre SA e distúrbios GI orgânicos, pode mascarar escolhas seletivas mediadas por essa relação. Desde a escolha de um textura mais fácil de engolir, até a aversão a determinados alimentos por sua característica fermentativa, como no caso de uma

Síndrome do Intestino Irritável que pode ser sensível a alimentos fermentativos, são mecanismos que visam reduzir o desconforto e que podem passar despercebidos como problemas exclusivamente comportamentais. Da mesma forma, o contrário também pode acontecer, quando se foca exclusivamente nos SGI e se ignora um possível papel de comportamento alimentar seletivo, usando de medicações específicas para tratar uma condição que também é comportamental.

Ao avaliar, por exemplo, uma constipação funcional vinculada a uma SA com exclusão importante de fontes de fibra somada a uma baixa ingestão de água, é um resultado esperado o impacto no trânsito intestinal. E isso não se restringe a pessoas com autismo. Por isso é importante considerar também a relação da alimentação com sintomas orgânicos e que podem afetar essa relação com a comida, seja diretamente como uma resposta do próprio organismo querendo expulsar de alguma forma o alimento, seja de forma indireta através do medo extremo de ingerir esse alimento.

Isso posto, um recorte importante e que apareceu em alguns estudos como em Leader et al. (2020a) e Lewandowska-Pietruszka; Figlerowicz; Mazur-Melewska (2025), entre outros, foi quanto ao nível de suporte e presença de comorbidades como Deficiência Intelectual. Em pessoas com TEA de maior nível de suporte, principalmente quando há ausência de comunicação verbal e comprometimento na compreensão da fala, questões mais subjetivas como desconforto sensorial, gastrointestinal e aversão a determinados alimentos pode não ser identificado com a mesma eficácia e rapidez, tanto pelo próprio indivíduo, quanto pelos responsáveis e profissionais. A medicalização de autistas com maior comprometimento por comportamentos disruptivos e agressivos é uma prática clínica comum e que pode deixar passar a subjetividade dessa reação e que pode, às vezes, estar vinculada a algum sintoma ou distúrbio GI não identificado ou mesmo em uma aversão alimentar específica.

Sendo assim, é essencial que o profissional de nutrição realize um acompanhamento individualizado e capaz de integrar aspectos dietéticos, antropométricos, clínicos, sensoriais, comportamentais e sociais. Conhecer a realidade em que esse indivíduo autista está inserido, os hábitos alimentares não apenas individuais, mas familiares, principalmente considerando crianças e autistas que dependem de cuidado integral por parte dos responsáveis.

O consumo de frutas, verduras, proteínas e laticínios deve ser averiguado, visto que estão entre os grupos alimentares afetados na SA, assim como alergias e intolerâncias alimentares que também podem fazer parte dessas alterações gastrointestinais encontradas em autistas. Para isso, ferramentas como o QFA ou diário alimentar de 7 ou 5 dias, principalmente associados a ferramentas que possam mapear aspectos comportamentais e sensoriais do autismo, como BAMBI e CEBQ e escalas de perfil sensorial como a Ferramenta de Perfil Sensorial (PSB) utilizada no estudo de Li et al. (2024).

Entretanto, além de ferramentas adequadas, é essencial uma boa anamnese, que por sua vez pode demandar mais de uma consulta por conta da construção de vínculo entre um paciente autista e o profissional. Sendo assim, é importante, pelo menos inicialmente, encontros menos espaçados. Dentre os aspectos a serem avaliados em uma anamnese, para além dos alimentos ingeridos, é importante conhecer o motivo por trás de tais preferências, quando possível, pois podem indicar as possíveis causas por trás da aversão ou neofobia a determinados alimentos.

Ademais, quando se fala de autistas adultos, outra questão importante a ser avaliada é a rotina desse indivíduo. É comum no autismo a existência de disfunção executiva, que pode interferir diretamente em funções diárias, incluindo alimentação (Johnston et al., 2019; Ghiotto et al., 2022). Sendo assim, questões como planejamento, memória, iniciação de tarefas e flexibilidade cognitiva, estão deficitárias nestes momentos, podendo afetar o preparo, organização de compras, planejamento de cardápios e acesso ao alimento (Kinnaird et al., 2019; Bayoumi et al., 2025). Nesse contexto, são importantes estratégias que auxiliem no planejamento dessa alimentação. E principalmente, são momentos de maior vulnerabilidade em que o indivíduo autista necessita de estratégias de regulação emocional e sensorial e isso pode vir através de alimentos hiper palatáveis e comidas de conforto. Acima de qualquer coisa, é essencial o respeito e acolhimento desses momentos.

Dentre algumas estratégias em nutrição ao considerar comportamentos como o de neofobia, comum na SA, é importante oferecer o alimento recusado mais de uma vez, explorando diferentes formas de apresentação e preparo desse alimento. Porém, quando há extrema aversão, não deve haver insistência coercitiva,

visto que tal conduta pode transformar a experiência alimentar dessa criança em um evento traumático.

Além disso, estratégias que trabalhem no desenvolvimento de habilidades culinárias, seja através de grupos ou individualmente, podem aproximar o indivíduo do processo de alimentação. Essas habilidades auxiliam na autonomia alimentar, além de ajudar no reconhecimento e dessensibilização sobre os alimentos que não fazem parte da rotina desse indivíduo.

Por fim, como resumo da discussão apresentada, foram levantadas as seguintes lacunas nos estudos sobre a temática: a falta de padrão de medida que possibilite a comparação mais precisa entre os estudos. Sugere-se também estudos longitudinais para acompanhar a evolução dos sintomas ao longo do tempo, possibilitando a presunção de hipóteses diagnósticas mais precisas de acordo com o período de desenvolvimento. Ressalta-se também a necessidade de estudos na população adulta e por fim, estudos que explorem de forma mais aprofundada essa relação, para além de uma quantificação de casos em que ela apareceu na amostra, mas principalmente como essa relação se dá.

Como limitações desta revisão são pontuadas: a ausência de uma análise quantitativa; a não realização de um mapa dos mecanismos por trás dos SGI; o estudo se restringe à população autista, não englobando outros transtornos do neurodesenvolvimento que também podem apresentar alterações nesses setores; a ampla faixa etária, que vai desde crianças a adolescentes, criando uma amostra bastante heterogênea, assim como as diferentes formas de avaliação da SA e dos SGI. Por fim, esse estudo contempla uma busca inicial sobre o assunto, ainda exploratória, não podendo auxiliar na compreensão sobre a relação de causa e efeito trazida pela SA e SGI em autistas.

6 CONCLUSÃO

A presente revisão de escopo, cuja pergunta norteadora buscava responder como a literatura científica caracteriza as relações entre SGI e SA em pessoas com Transtorno do Espectro Autista, permitiu uma maior compreensão sobre a complexidade dessas duas temáticas que frequentemente coexistem no indivíduo autista.

Apesar da heterogeneidade, a coexistência entre SA e SGI foi frequentemente relatada, e a maioria dos estudos incluídos identificou alguma associação positiva entre essas variáveis. Além disso, foi possível encontrar consonância com a literatura vigente, no que diz respeito aos SGI mais prevalentes, bem como a frequência significativa desses sintomas e da SA na população autista.

Esta revisão também trouxe comorbidades que além de altamente prevalentes no autismo, como disfunções sensoriais, DI, outros transtornos do neurodesenvolvimento, apresentaram influência significativa tanto nos SGI quanto na SA, reforçando o seu perfil multifatorial.

Por fim, foi possível concluir que um atendimento integral e individualizado não só em nutrição, mas também nas demais áreas da saúde, são essenciais para um diagnóstico e intervenção precoces desses problemas. A não verificação destes sintomas tanto na clínica de nutrição quanto na área médica, prolonga o sofrimento do indivíduo, afetando diretamente a sua relação com o corpo e com a alimentação, bem como aumenta a possibilidade de uso de medicação e tratamentos que não consideram os SGI e não os investiga. Para isso são importantes ferramentas consolidadas para investigação dessas condições. Comportamentos como a agitação motora, irritação, desregulação emocional, recusa alimentar, entre outros, são colocados como variáveis isoladas, “típicas do autismo”, ignorando possíveis problemas que estejam por trás desses comportamentos – principalmente quando se fala de uma população que pode apresentar DI e ausência de comunicação verbal concomitantes ao autismo, além de alterações na percepção e interpretação de sinais interoceptivos. Nesse contexto, utiliza-se medicação e tratamentos para estes sintomas sem investigar a relação com o sistema gastrointestinal ou impacto da alimentação, prolongando os desconfortos em pessoas no espectro autista e ignorando o seu funcionamento de forma integral.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SIQUEIRA, Breno. Censo 2022 identifica 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo no Brasil | Agência de Notícias. 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: 14 out.. 2026.

SHAW, Kelly A. Prevalence and Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 and 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 16 Sites, United States, 2022. MMWR. Surveillance Summaries, v. 74, n. 2, 17 abr. 2025.

BANDEIRA DOS SANTOS JUNIOR, Petrone; REZENDE SOARES DA PAZ OLIVEIRA, Nara Lívia; DA PAZ OLIVEIRA, Giuliano. Prevalence of food selectivity and eating disorders in autism: A meta-analysis. **Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique**, 10 nov. 2025.

RODRIGUES, João Victor S et al. Food selectivity and neophobia in children with autism spectrum disorder and neurotypical development: a systematic review. **Nutrition Reviews**, v. 81, n. 8, p. 1034–1050, 12 jan. 2023.

SARNATARO, Rachele et al. Relationship Between Food Selectivity, Adaptive Functioning and Behavioral Profile in Individuals with Autism Spectrum Disorder. **Behavioral Sciences**, v. 15, n. 12, p. 1664, 2 dez. 2025.

MCELHANON, Barbara O. et al. Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 133, n. 5, p. 872–883, 1 maio 2014.

HOLINGUE, Calliope et al. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: A review of the literature on ascertainment and prevalence. **Autism Research**, v. 11, n. 1, p. 24–36, 30 ago. 2017.

VALENZUELA-ZAMORA, Angel F.; RAMÍREZ-VALENZUELA, David G.; RAMOS-JIMÉNEZ, Arnulfo. Food Selectivity and Its Implications Associated with Gastrointestinal Disorders in Children with Autism Spectrum Disorders. **Nutrients**, v. 14, n. 13, p. 2660, 27 jun. 2022.

BABINSKA, Katarina et al. Gastrointestinal Symptoms and Feeding Problems and Their Associations with Dietary Interventions, Food Supplement Use, and Behavioral Characteristics in a Sample of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 17, p. 6372, 1 set. 2020.

TOPUZ, Hanım Şeyma; ÖNAL, Hasan. Gastrointestinal Symptoms, Microbiota, and Dietary Interventions in Autism Spectrum Disorder: Current Literature and Future Directions. **Comprehensive Medicine**, p. 219–223, 2026.

PETERLE, Laysa M. et al. Interligação entre Microbiota Intestinal Alterada e Transtornos do Espectro Autista: Uma Revisão Sistemática. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, n. 1, p. 1631–1647, 21 jan. 2025.

AL-JOBURI, Lina N. Sajad; HASAN, Abdul Mahdi A. Hasan; AL-AARAJI, Ameera Jasim. Effect of Dietary Patterns on Gastrointestinal Symptoms among Children with Autistic Spectrum Disorder. **International Journal of Membrane Science and Technology**, v. 10, n. 2, p. 1144–1147, 21 jun. 2023.

DENG, Wenlin et al. Gastrointestinal symptoms have a minor impact on autism spectrum disorder and associations with gut microbiota and short-chain fatty acids. **Frontiers in Microbiology**, v. 13, 7 out. 2022.

BONNER-REID, Felicia T. Gastrointestinal Microbiota Imbalance and Sensory Processing Dysregulation in Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. **Cureus**, 7 ago. 2026.

SAMPAIO, Ana Beatriz de Mello et al. Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 62, p. 164–170, 1 jun. 2013.

BARASKEWICH, Jessica; VON RANSON, Kristin M.; McCRIMMON, Adam; McMORRIS, Carly A. Feeding and eating problems in children and adolescents with autism: a scoping review. Autism, [S. l.], v. 25, n. 6, p. 1505–1519, 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/1362361321995631. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/349769390_Feeding_and_eating_problems_in_children_and_adolescents_with_autism_A_scoping_review. Acesso em: 6 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Guia de orientações: dificuldades alimentares. Coord. Virginia Resende Silva Weffort. São Paulo: SBP, 2022. 66 p. ISBN 978-65-992921-5-6.

TAYLOR, C. M.; EMMETT, P. M. Picky eating in children: causes and consequences. Proceedings of the Nutrition Society, v. 78, n. 2, p. 161–169, 2019. DOI: 10.1017/S0029665118002586.

PEREIRA, Eliane Marques de Freitas et al. Doença de deficiência nutricional secundária a comportamento evitativo/restritivo com comida/transtorno de ingestão (ARFID) no autismo e o amplo fenótipo do autismo: uma revisão sistemática de relatos de casos e séries. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-57642023dn17-040009. Acesso em: 11 jun. 2025.

SHARP, William G. et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. Journal of Autism and Developmental Disorders, New York, v. 43, n. 9, p. 2159–2173, Sept. 2013. DOI: https://doi.org/10.1007/s10803-013-1771-5.

CERMAK, Sharon A.; CURTIN, Carol; BANDINI, Linda G. Food Selectivity and Sensory Sensitivity in Children with Autism Spectrum Disorders. Journal of the American Dietetic Association, v. 110, n. 2, p. 238–246, fev. 2010.

BANDINI, L. G. et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. Journal of Pediatrics, [S. l.], v. 157, n. 2, p. 259–264, 2010. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.013.

MAYES, Susan Dickerson; ZICKGRAF, Hana. Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. Research in Autism Spectrum Disorders, [S. l.], v. 64, p. 76–83, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.05.002.

GUPTA, Nihit; GUPTA, Mahesh. Diagnostic overshadowing in high-functioning autism. Cureus, [S.l.], v. 15, n. 5, p. e39446, 24 maio 2023. DOI: 10.7759/cureus.39446. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10289477/. Acesso em: 11 jun. 2025.

ZICKGRAF, Hana F.; ELKINS, Anjeli. Sensory sensitivity mediates the relationship between anxiety and picky eating in children/adolescents ages 8–17, and in college undergraduates: a replication and age-upward extension. Appetite, London, v. 160, p. 105125, jan. 2021. DOI: 10.1016/j.appet.2021.105125.

ZUCKER, Nancy; COPELAND, William; FRANZ, Lauren; CARPENTER, Kimberly; KEELING, Lori; ANGOLD, Adrian; EGGER, Helen. Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. Pediatrics, Elk Grove Village, v. 136, n. 3, p. e582–e590, set. 2015. DOI: 10.1542/peds.2014-2386.

BUTT, Mohsin F. et al. Irritable Bowel Syndrome in Inflammatory Bowel Disease: An Evidence-Based Practical Review. Journal of Clinical Medicine, v. 15, n. 1, p. 116, 24 dez. 2025.

BLACK, Christopher J et al. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. The Lancet, v. 396, n. 10263, p. 1664–1674, 21 nov. 2020.

SHETH, Anish A. ROME III: The Functional Gastrointestinal Disorders. Journal of Clinical Gastroenterology, v. 41, n. 9, p. 867, out. 2007.

VARNI, James W. et al. PedsQLTM Gastrointestinal Symptoms Scales and Gastrointestinal Worry Scales in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases in comparison to healthy controls. Quality of Life Research, v. 24, n. 2, p. 363–378, 23 ago. 2014.

GRACEY, Celeste R. et al. S5 Understanding Gastrointestinal Symptoms in Patients With Concomitant Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease: A Cross-Sectional Study From IBD Partners. American Journal of Gastroenterology, v. 118, n. 12S, p. S2-S2, dez. 2023.

RASMUSSEN, Sanne et al. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population. Scandinavian Journal of Gastroenterology, v. 50, n. 2, p. 162–169, 19 dez. 2014.

TUCK, Caroline J et al. Food Intolerances. Nutrients, v. 11, n. 7, p. 1684, 22 jul. 2019.

LABROSSE, Roxane; GRAHAM, François; CAUBET, Jean-Christoph. Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergies in Children: An Update. Nutrients, v. 12, n. 7, p. 2086, 14 jul. 2020.

PROSPERI, Margherita et al. Behavioral Phenotype of ASD Preschoolers with Gastrointestinal Symptoms or Food Selectivity. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 47, n. 11, p. 3574–3588, 31 ago. 2017.

BRESCIANI, Giulia et al. Gastrointestinal Disorders and Food Selectivity: Relationship with Sleep and Challenging Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder. Children, v. 10, n. 2, p. 253, 1 fev. 2023.

PAGE, Shayleigh Dickson et al. Correlates of Feeding Difficulties Among Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 52, 5 mar. 2021.

MCELHANON, Barbara O. et al. Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis. Pediatrics, v. 133, n. 5, p. 872–883, 1 maio 2014.

LEADER, Geraldine et al. Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Nutrients, v. 14, n. 7, p. 1471, 1 abr. 2022.
Mostrar menos

CONTI, Maria Vittoria et al. Unlocking the Link: Exploring the Association Between Food Selectivity and Health Outcome in Autism Spectrum Disorder—A Systematic Review. Nutrition Reviews, v. 84, n. 3, p. 584–599, 22 maio 2025.

NOGUEIRA-DE-ALMEIDA, Carlos A. et al. Nutritional Factors and Therapeutic Interventions in Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review. Children, v. 12, n. 2, p. 202, 8 fev. 2025.

VALICENTI-MCDERMOTT, MARIA et al. Frequency of Gastrointestinal Symptoms in Children with Autistic Spectrum Disorders and Association with Family History of Autoimmune Disease. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, v. 27, n. Supplement 2, p. S128-S136, abr. 2006.

FigureLabs Workspace. Disponível em: <https://chat.figurelabs.ai/>. Acesso em: 17 out.. 2026.

LEWANDOWSKA-PIETRUSZKA, Zuzanna; FIGLEROWICZ, Magdalena; MAZUR-MELEWSKA, Katarzyna. Oral Microbiota Composition and Its Association with Gastrointestinal and Developmental Abnormalities in Children with Autism Spectrum Disorder. **Microorganisms,** v. 13, n. 8, p. 1822, 4 ago. 2025.

LI, Hailin et al. Dietary intake and gastrointestinal symptoms are altered in children with Autism Spectrum Disorder: the relative contribution of autism-linked traits. **Nutrition Journal,** v. 23, n. 1, 28 fev. 2024.

LEADER, Geraldine et al. Comorbid Feeding and Gastrointestinal Symptoms, Challenging Behavior, Sensory Issues, Adaptive Functioning and Quality of Life in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. **Developmental Neurorehabilitation,** v. 24, n. 1, p. 35–44, 4 jun. 2020a.

MIRIZZI, Paolo et al. Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder and in Typically Developing Peers: Sensory Processing, Parental Practices, and Gastrointestinal Symptoms. **Nutrients**, v. 17, n. 17, p. 2798, 28 ago. 2025.

CORRÊA, Gabriele Gonçalves de Souza et al. Clinical and nutritional profile of children and adolescents with autism spectrum disorder in Brazil: a nationwide online survey. **Jornal de Pediatria**, v. 101, n. 4, p. 529–535, jul. 2025.

GÜRGÖR, Ece Vatansever; BEYAZ, Esra Köseler; BAYRAM, Sinem. Food Selectivity as a Driver of Gastrointestinal Symptoms and Constipation in Children With Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 27 maio 2026.

DE ALMEIDA, Christine Audet et al. Children with autism spectrum disorder and alterations in eating behavior: could it be gastroesophageal reflux disease? **Jornal de Pediatria,** v. 102, n. 1, p. 101487, jan. 2026.

LEADER, Geraldine et al. Feeding Problems, Gastrointestinal Symptoms, Challenging Behavior and Sensory Issues in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 50, n. 4, 18 jan. 2020b.

YANG, Xiao-Lei et al. Are gastrointestinal and sleep problems associated with behavioral symptoms of autism spectrum disorder? **Psychiatry Research**, v. 259, p. 229–235, jan. 2018.

ISLAMOĞLU, Ayşe Hümeyra et al. Evaluation of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Nutrition-Related Factors in Autism Spectrum Disorder: A Case-Control Study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 31 out. 2025.

POSTORINO, Valentina et al. Clinical differences in children with autism spectrum disorder with and without food selectivity. **Appetite**, v. 92, p. 126–132, set. 2015.

ZICKGRAF, Hana; MAYES, Susan D. Psychological, Health, and Demographic Correlates of Atypical Eating Behaviors in Children with Autism. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, v. 31, n. 3, p. 399–418, 19 dez. 2018.

WONG, Isaac Ho Wai et al. The Distinctive Clinical Profiles of Children With Autism Suffering From Different Subtypes of Rome IV Functional Gastrointestinal Disorders. **Autism Research**, v. 18, n. 12, p. 2478–2489, 5 nov. 2025.

RIOS, Clarice et al. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 53, p. 325–336, 27 fev. 2015.

TOMASZEK, Natalia et al. Unraveling the Connections: Eating Issues, Microbiome, and Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder. Nutrients, v. 17, n. 3, p. 486–486, 29 jan. 2025.

LEFTER, Radu et al. A Descriptive Review on the Prevalence of Gastrointestinal Disturbances and Their Multiple Associations in Autism Spectrum Disorder. Medicina, v. 56, n. 1, p. 11, 27 dez. 2019.

NISTICÒ, Veronica et al. Brief Report: Sensory Sensitivity is Associated with Disturbed Eating in Adults with Autism Spectrum Disorders Without Intellectual Disabilities. Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 53, 9 mar. 2022.

PANCHEVA-DIMITROVA, Ruzha et al. Beyond the plate: nutritional gaps and health risks in selective eaters with ASD - a narrative review. BMC Pediatrics, v. 26, n. 1, 19 maio 2026.

WU, Yuqi et al. Gut Microbiome Mediates the Causal Link Between Autism Spectrum Disorder and Dietary Preferences: A Mendelian Randomization Study. International journal of molecular sciences, v. 27, n. 4, p. 2006, 20 fev. 2026.

HEIFERT, T., Susi A., Gorman G.H., Hisle-Gorman E., Erdie-Lalena C., Nylund C.M. (2015). Feeding disorders in children with autism spectrum disorders are related to a diagnosis of eosinophilic esophagitis, Digestive Disease Week 2015, DDW 2015. Gastroenterology.

RIAN VILAR LIMA et al. Autism in patients with eosinophilic gastrointestinal disease: A systematic review with meta‐analysis. Pediatric allergy and immunology, v. 35, n. 4, 1 abr. 2024.

KANG, Victor; WAGNER, George C.; MING, Xue. Gastrointestinal Dysfunction in Children With Autism Spectrum Disorders. Autism Research, v. 7, n. 4, p. 501–506, 21 abr. 2014.

JOHNSTON, Kate et al. Executive Function: Cognition and Behaviour in Adults with Autism Spectrum Disorders (ASD). Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 49, n. 10, p. 4181–4192, 8 jul. 2019.

GHIOTTO, Clément et al. Comparing executive functions profiles in anorexia nervosa and autism spectrum disorder in adolescence. European Eating Disorders Review, v. 30, n. 5, 11 abr. 2022.

KINNAIRD, Emma et al. Eating as an autistic adult: An exploratory qualitative study. PLOS ONE, v. 14, n. 8, p. e0221937, 29 ago. 2019.

BAYOUMI, Sarah C. et al. Food selectivity and eating difficulties in adults with autism and/or ADHD. Autism, v. 29, n. 6, p. 1497–1509, 25 fev. 2025.