



ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n3.4218

## Perfil antropométrico e recusa alimentar de crianças com transtorno do espectro autista em uso de risperidona de um movimento social

Anthropometric profile and food refusal of children with autism spectrum disorder using risperidone from a social movement

### **Stefhani Tomaz Paschoal de Souza**

Nutricionista. Curso de Nutrição Instituto de Alimentação e Nutrição/ Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil;  
E-mail: stefhani.tpds@gmail.com; ORCID: 0000-0002-0219-465X

### **Beatriz Graziele Thomaz Alves**

Nutricionista. Mestranda em Ciências da Nutrição na Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil;  
E-mail: beatrizthomaz@id.uff.br; ORCID: 0000-0002-8480-2734

### **Giullia Daflon Jevaux**

Graduanda do Curso de Medicina/Instituto de Ciências Médicas/Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil;  
E-mail: giulliajevoux@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5958-7972

### **Luana Silva Monteiro**

Dra. em Ciências Nutricionais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Curso de Nutrição/Instituto de Alimentação e Nutrição/Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil;  
E-mail: luananutrir@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3599-6947

### **Jane de Carlos Santana Capelli**

Dra. em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. Professora Associada do Curso de Nutrição/Instituto de Alimentação e Nutrição/Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil;  
E-mail: jcscapelli@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8009-3715

### **Isabella Rocha Soares**

Graduanda do Curso de Medicina/Instituto de Ciências Médicas/Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil;  
E-mail: bella.soares2001@hotmail.com; ORCID: 0000-0003-4089-8268

### **Cinara Costa de Oliveira**

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais e Conservação (PPG-CiAC)/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil;  
E-mail: profcinaraoliveira@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7437-875X

### **Carina de Aquino Paes**

Mestre em Nutrição Humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora Assistente do Curso de Nutrição/Instituto de Alimentação e Nutrição/Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil.  
E-mail: carinapaes@uol.com.br; ORCID: 0000-0002-8441-9938

**Resumo: Objetivo:** Identificar a recusa alimentar e o perfil de peso em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uso de risperidona de um movimento social de Macaé. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, exploratório, descritivo, realizado no período entre março e junho de 2020, com 35 crianças (2 a 9 anos 11 meses e 29 dias) com TEA e em uso de risperidona, e suas respectivas mães vinculadas ao movimento social. **Resultados:** Neste estudo, 85,7% eram do sexo masculino, com média±DP de idade (anos) de 5,9±1,6 e renda média familiar entre 1 e 2 salários-mínimos (42,8%). Dessas, 61,8% apresentavam excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e 77,1% recusa alimentar. Segundo os grupos de alimentos, detectou-se um maior percentual de recusa para as frutas (34,6%), verduras (30,8%), legumes (26,9%) e leite e derivados (15,4%). Em relação as características físicas, texturas em geral (42,3%), alimentos pastosos (64,3%), alimentos/preparações macias (38,5%), alimentos/preparações úmidas (30,7%) e cores específicas (15,3%) seguido pelas cores verde (21,4%, n=3) e amarela (14,3%, n=2). **Conclusões:** A maioria das crianças em uso de risperidona apresentou excesso de peso e recusa alimentar para frutas, verduras, legumes, leite e derivados, texturas (pastosas e líquidas), alimentos macios, úmidos e cores específicas.

**Palavras-chave:** Nutrição da Criança; Seletividade Alimentar; Transtorno do Espectro Autista; Risperidona.

**Abstract: Objectives:** To identify the food refusal and weight profile in children with Autism Spectrum Disorder (ASD) using risperidone from a social movement in Macaé. **Methods:** Cross-sectional, quantitative, exploratory, descriptive study conducted between March and June 2020, with 35 children (2 to 9 years 11 months and 29 days) with ASD and in risperidone use, and their respective mothers linked to the social movement. **Results:** In this study, 85.7% were male, with mean SD age (years) of 5.9 1.6 and average family income between 1 and 2 minimum wages (42.8%). Of these, 61.8% were overweight (overweight and obesity) and 77.1% refused to eat. According to the food groups, a higher percentage of refusal was detected for fruits (34.6%), vegetables (30.8%), vegetables (26.9%) and dairy products (15.4%). Regarding physical characteristics, textures in general (42.3%), pasty foods (64.3%), soft foods/preparations (38.5%), wet foods/preparations (30.7%) and specific colors (15.3%) followed by green (21.4%, n=3) and yellow (14.3%, n=2). **Conclusions:** Most children in risperidone use were overweight and refused food for fruits, vegetables, vegetables, milk and dairy products, textures (pasty and liquid), soft, moist foods and specific colors.

**Keywords:** Child Nutrition; Food Selectivity; Autism Spectrum Disorder; Risperidone.

## Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), também conhecido como Autismo, é definido como um distúrbio do neurodesenvolvimento que se manifesta na infância, ainda nos primeiros anos de vida, por meio de fatores genéticos, ambientais e imunológicos. Apresenta características muito específicas, determinadas pelo nível de gravidade como, por exemplo, *déficits* persistentes na comunicação, na interação social e por padrões limitados, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses ou atividades.<sup>1,2</sup> Além disso, somam-se a esses aspectos, a ocorrência de outras comorbidades como as psiquiátricas, os transtornos digestivos e as tendências a infecções respiratórias.<sup>3,4</sup>

O perfil clínico do indivíduo com TEA varia de acordo com suas particularidades e pode ser

alterado no decorrer do seu desenvolvimento. Por isso, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), na edição 5, estabeleceu critérios que levam em consideração as informações retrospectivas.<sup>2</sup>

O TEA tem sido considerado uma importante demanda no campo da saúde pública. Nos Estados Unidos, no ano de 2018, a prevalência estimada de 23,0 por 1.000 (1:44) crianças com idade inferior a oito anos, e com a predominância de 4,2 vezes maior no sexo masculino em relação ao sexo feminino, segundo dados do *Control Disease Center and Prevention* (CDC).<sup>5</sup>

Dados recentes do CDC revelaram o aumento da prevalência de 27,6 por 1.000 (1:36) crianças menores de oito anos no ano de 2020.<sup>6</sup> No Brasil, estima-se que cerca de 2 milhões de pessoas apresentam o diagnóstico de TEA estabelecido, encontrando-se 300 mil dessa população em São Paulo.<sup>7</sup>

O diagnóstico do TEA abrange o comprometimento intelectual, da linguagem, presença de comorbidades, condições médicas associadas ou adquiridas, possibilitando a avaliação mais global.<sup>2</sup> É realizado através de uma avaliação específica por meio de diferentes medidas e instrumentos de triagem, sendo a mais utilizada a Escala CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) de Schopler<sup>3,8</sup>, não existindo nos dias atuais exames laboratoriais específicos para a sua identificação. A partir do diagnóstico e de uma avaliação criteriosa, uma intervenção medicamentosa pode ser necessária para esses pacientes, selecionando os fármacos com menor efeito adverso possível para que o indivíduo tenha uma boa adesão ao tratamento, além de visar o controle de sinais, sintomas e a melhora da qualidade de vida, promovendo a harmonia social.<sup>9</sup>

No tratamento medicamentoso do indivíduo com TEA, os antipsicóticos são muito utilizados, em especial a risperidona, tendo como sintomas-alvo os comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados. Porém, essa intervenção deve ser aplicada em conjunto a outras terapias e quando o indivíduo não apresentar respostas significativas ao tratamento.<sup>10-12</sup>

Cabe ressaltar que, já observado na infância, a pessoa com TEA pode apresentar alterações no comportamento alimentar, como a seletividade alimentar, que é caracterizada pela recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento, atribuída a aversão aos alimentos associadas a aspectos sensoriais como cor, odor, textura, consistência e ainda a forma de apresentação do alimento, influenciando na escolha alimentar.<sup>13,14</sup>

Diante disso, pesquisadores apontam a necessidade de avaliar atentamente o estado nutricional das crianças com TEA, visto que elas podem apresentar carências nutricionais, desnutrição ou obesidade, devido ao consumo alimentar limitado e inadequado.<sup>15</sup> Somado a esse quadro, a resistência em experimentar novos alimentos pode comprometer a qualidade da

dieta, ocasionando prejuízos no organismo.<sup>13,14</sup>

Assim, aliada ao uso da risperidona, que apresenta efeitos adversos como aumento de apetite e ganho de peso, a recusa alimentar a determinados alimentos, bem como as características próprias do TEA, pode afetar negativamente no estado nutricional, principalmente da criança, interferindo no seu crescimento e desenvolvimento.<sup>10,12,16</sup>

Neste sentido, o presente estudo identificou a recusa alimentar e o perfil de peso em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uso de risperidona de um movimento social de Macaé.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, exploratório, descritivo, de base primária, com crianças (2 a 9 anos 11 meses e 29 dias) com TEA e suas respectivas mães vinculadas a um movimento social de Macaé.

Das crianças cadastradas no movimento social (n=97), 92 (94,8%) tiveram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados pelas mães, das quais 35 foram elegíveis para o estudo por estarem em uso de risperidona.

O projeto matriz, denominado “Projeto Autismo UFRJ-Macaé”, foi iniciado na pandemia da COVID-19, no mês de março de 2020, que, diante da impossibilidade da entrevista no formato presencial, foi desenvolvido por meio de recursos tecnológicos virtuais.

Como instrumento de estudo, elaborou-se um questionário virtual, utilizando-se o aplicativo de administração de pesquisas “Google Forms”, sem custo e de livre acesso. O questionário, semiestruturado, continha informações socioeconômicas, demográficas, características clínicas, estado nutricional e comportamento alimentar (recusa alimentar). Ele foi enviado via aplicativo de mensagens para os pais e responsáveis no final de março pela coordenadora do movimento social. Inicialmente, ao abrir o questionário, o participante tinha acesso ao TCLE e, ao aceitar, podia realizar o seu preenchimento. Em caso de “não aceite”, o formulário não permitia que o participante iniciasse o preenchimento, ou seja, respondesse as perguntas.

Na coleta de dados, realizada entre março e junho de 2020, seguiram-se as seguintes etapas:

(1) Contato com a coordenação do movimento social para identificação de todas as crianças cadastradas na faixa etária definida no estudo e de seus pais ou responsáveis.

(2) Envio do *link* do questionário virtual nos grupos do aplicativo de mensagens, tendo a pesquisadora inserida nos grupos pela coordenadora do movimento social.

Cabe ressaltar que uma pesquisadora foi inserida nos dois grupos no aplicativo de

mensagens do movimento para auxiliar os participantes no preenchimento do questionário e esclarecer possíveis dúvidas. Contudo, dependendo da dúvida, a pesquisadora ligava para a mãe ou responsável da criança e esclarecia diretamente pelo telefone. Além disso, a pesquisadora foi apresentada previamente nos grupos do aplicativo de mensagens pela coordenadora, que conhecia todas as famílias participantes do projeto.

As seguintes variáveis foram analisadas:

1. Sociodemográficos e econômicos: sexo (feminino e masculino), idade (em anos) da criança (2 - 5; 6 ou mais), renda média da família [em salários-mínimos (SM): < 1; 1– 2; > 3].
2. Dados antropométricos da criança: peso (kg), estatura (m), IMC (Kg/m<sup>2</sup>).
3. Medicamentos: uso de medicamentos (sim ou não); qual medicamento utilizado?
4. Recusa alimentar: sim ou não; quais alimentos têm recusa alimentar?; e outras características: texturas (preparação pastosa e líquida); secos; úmidos; sólidos/inteiros; macios; cores específicas; frios/gelados; desconhecidos/novos (no formulário, essas duas últimas variáveis foram questões abertas).
5. Outros: exposição às telas no momento das refeições: sim ou não.

Realizou-se uma análise descritiva das variáveis (contínuas, dicotômicas e categóricas) estudadas por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas; e valores médios e desvio padrão (média±DP).

O cálculo do IMC (Kg/m<sup>2</sup>) por idade foi realizado a partir das variáveis peso e estatura, dividindo-se o peso pela estatura ao quadrado. A classificação do estado nutricional seguiu o critério proposto pelas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde.<sup>17,18</sup>

As variáveis idade, renda e IMC (Kg/m<sup>2</sup>) foram categorizadas para verificar a significância das diferenças encontradas nas respostas por segundo perfil de peso e recusa alimentar, utilizando-se o teste estatístico qui-quadrado de Fisher. O nível de significância estatística utilizado em todas as análises foi de 5%. Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* –SPSS, versão 19.

Este trabalho está em atendimento à Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre pesquisas e testes em seres humanos atendida; faz parte do projeto matriz vinculado ao Núcleo de Ações e Estudos em Materno Infantil (NAEMI), submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes sob CAEE: 30178620.0.0000.5244.

## Resultados

Das 35 crianças analisadas, 85,7% (n=30) eram do sexo masculino com idade média±DP de 5,9±1,6 anos e renda média familiar entre 1 e 2 salários-mínimos (42,8%; n=15) (Tabela 1). Os valores mínimo e máximo das idades foram 3 e 8 anos, respectivamente.

**Tabela 1.** Distribuição percentual das características sociodemográficas e econômicas das crianças de 3 a 8 anos com Transtorno do Espectro Autista, em uso de risperidona, de um movimento social de Macaé, participantes do estudo. Março e junho, 2020. (n=35)

Características	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	5	14,2
Masculino	30	85,8
<b>Idade da criança (anos)</b>		
2 - 5	13	37,1
6 ou mais	22	62,9
<b>Renda média da família (salário-mínimo)</b>		
< 1	8	22,9
1 – 2	15	42,8
≥ 3	12	34,3

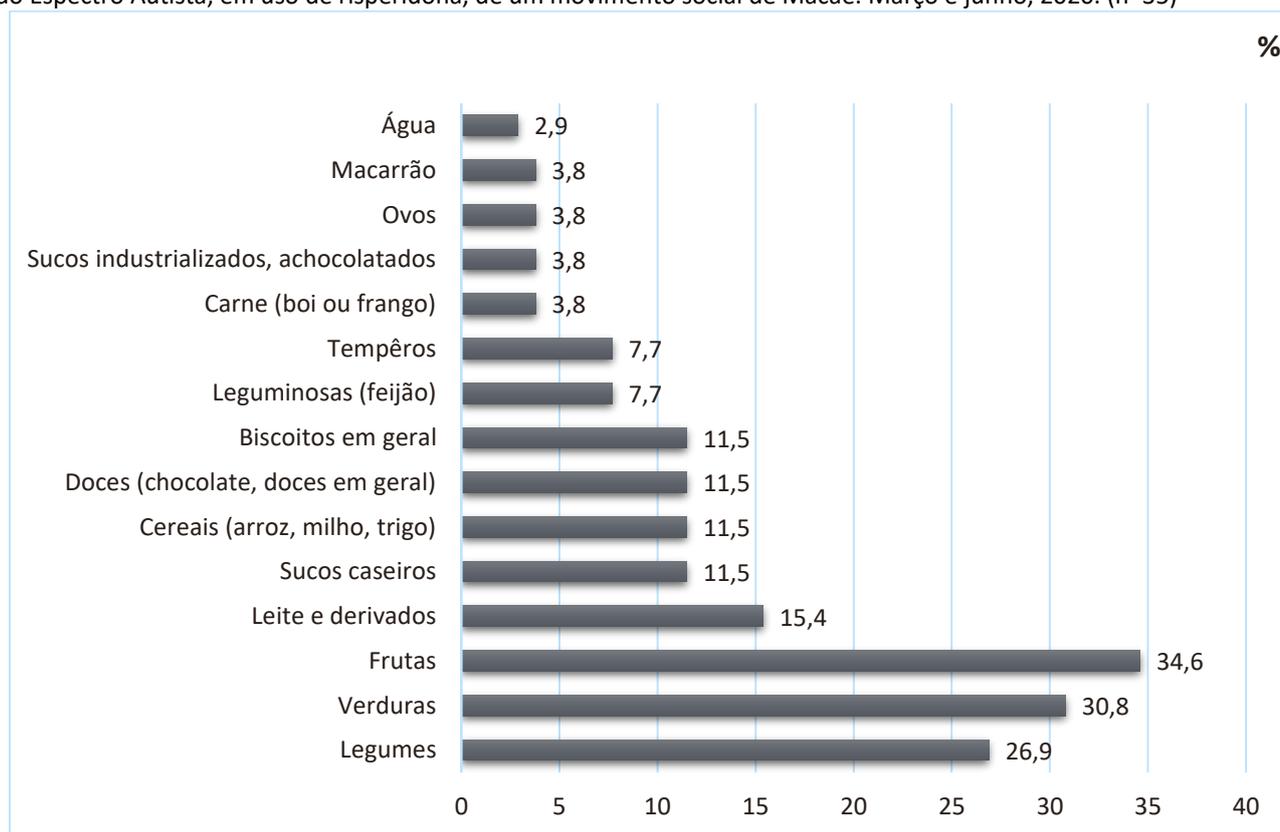
Fonte: Elaborada pelas autoras.

De acordo com o perfil de peso, segundo o IMC para idade, 62,8% (n=22) das crianças com TEA em uso de risperidona apresentaram excesso de peso (sobrepeso e obesidade); e, 77,1% (n=27) recusa alimentar.

A figura 1 apresenta a distribuição percentual do tipo de recusa alimentar, segundo alimentos, verificando-se que as frutas (34,6%), verduras (30,8%), legumes (26,9%) e leite e derivados (15,4%) foram os alimentos que apresentaram maior proporção nas crianças avaliadas.

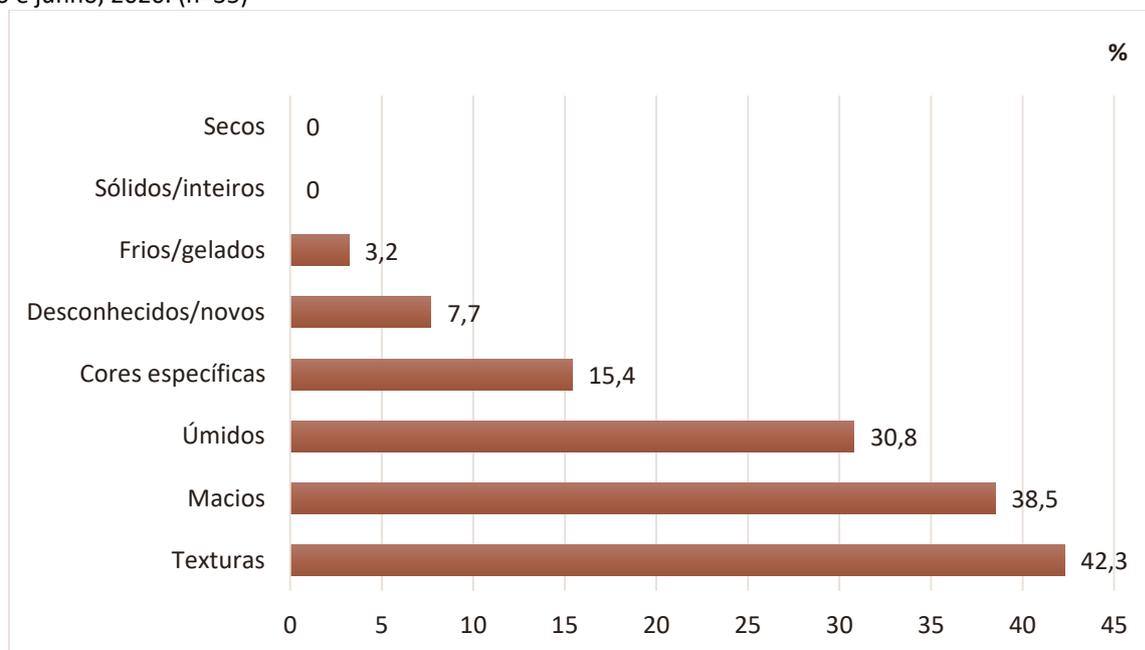
A distribuição percentual de recusa alimentar aos alimentos/tipos de preparações e as cores é apresentada na figura 2. Pode-se observar que as texturas (42,3%), os alimentos/preparações macios (38,5%) e úmidos (30,7%) apresentaram maior percentual de recusa no grupo estudado (Figura 2).

**Figura 1.** Distribuição percentual do tipo de recusa alimentar, segundo alimentos, das crianças de 3 a 8 anos com Transtorno do Espectro Autista, em uso de risperidona, de um movimento social de Macaé. Março e junho, 2020. (n=35)



Fonte: Elaborada pelas autoras.

**Figura 2.** Distribuição percentual de recusa alimentar, segundo texturas, alimentos/tipos de preparações e as cores, das crianças de 3 a 8 anos com Transtorno do Espectro Autista, em uso de risperidona, de um movimento social de Macaé. Março e junho, 2020. (n=35)



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Em relação à exposição das crianças às telas no momento das refeições, 86,4% (n=19) realizavam suas refeições em frente à TV ou estavam em uso de celulares, *tablets* etc.

Analisando a associação da risperidona aos fatores socioeconômicos, demográficos, perfil de peso e recusa alimentar, o estudo revelou que as crianças com TEA de famílias com renda  $\geq 3$  SM, quando comparadas àquelas  $\leq 2$  SM, apresentaram maior frequência de recusa para o leite e derivados (40,0% vs. 0,0%: p-valor = 0,014) e de uma forma *borderline*, uma frequência mais elevada de excesso de peso (83,3% vs. 50,0%: p-valor = 0,059).

## Discussão

Neste estudo, detectou-se maior frequência de crianças em uso de risperidona do sexo masculino, com idade média de seis anos e renda média familiar entre 1 e 2 salários-mínimos. Mais da metade do grupo estudado apresentou excesso de peso (sobrepeso e obesidade). As frutas, verduras, legumes, leite e derivados, texturas (pastosas e líquidas), alimentos/preparações macios, alimentos/preparações úmidas e cores específicas, apresentaram maior recusa. No momento das refeições, mais da metade das crianças estava em frente à TV ou em uso de celulares, *tablets* etc. As crianças de famílias acima de três salários-mínimos foram as que mais recusaram leite e derivados quando comparadas àquelas cujas famílias apresentavam dois salários-mínimos ou menos.

Em relação a predominância do TEA, segundo o sexo, este estudo vem de encontro ao que se tem apresentado na literatura nacional e internacional, detectando-se maior prevalência de TEA no sexo masculino.<sup>1,19,20</sup>

Analisando a renda, Luizeti *et al.*<sup>21</sup> em um estudo observacional, retrospectivo e de corte transversal realizado com pais de crianças com TEA, vinculados à Associação Maringaense dos Autistas (AMA), durante o período de dezembro de 2020 e janeiro e fevereiro de 2021, observaram que a renda mensal das famílias era de 1 a 1,5 SM. O estudo de Rodrigues *et al.*<sup>22</sup>, de cunho transversal, quantitativo, com crianças de 3 aos 10 anos com TEA, participantes do projeto de extensão Nutrição e Neurodesenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV), durante o período de agosto a outubro de 2018, observaram que 50% da amostra tinha renda entre 1 e 2 SM. Os dados dos estudos foram semelhantes aos achados na presente pesquisa.

O estudo revelou ainda que mais da metade das crianças tem excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Kummer *et al.*<sup>23</sup>, em um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, avaliando a frequência de sobrepeso e obesidade em 69 crianças e adolescentes com TEA, em comparação ao

grupo de crianças e adolescentes da comunidade sem transtornos do desenvolvimento (grupo controle), vinculados ao ambulatório do Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da UFMG, entre agosto e novembro de 2014, observaram que, do grupo com TEA, 18,3% apresentou sobrepeso e 21,7% obesidade. Os autores verificaram que houve maior predisposição ao desenvolvimento do sobrepeso e obesidade no grupo com TEA quando comparado ao grupo controle, 0,0% e 5,3%, respectivamente.

O excesso de peso pode ser associado ao comportamento alimentar das crianças devido ao consumo repetitivo e aumentado de alimentos não saudáveis com alto valor calórico.<sup>14</sup> O elevado consumo de alimentos ultraprocessados pode acarretar o aparecimento do sobrepeso e obesidade em longo prazo, e, futuramente, em problemas relacionados ao excesso de peso corporal.<sup>24</sup> Almeida *et al.*<sup>25</sup>, em um estudo transversal e descritivo, com crianças com TEA, no período de maio a setembro de 2017, em São Luís-MA, verificaram que, 55,2% das crianças estavam com excesso de peso, e, que o consumo de alimentos ultraprocessados foi responsável por 27,6% da contribuição calórica, e ainda que, crianças com excesso de peso consumiram uma maior média percentual de alimentos ultraprocessados do que as crianças sem excesso de peso.

Neste estudo, observou-se que a maior parte das crianças com TEA apresentou recusa alimentar, dado este que também pode ser associado à baixa renda encontrada nas famílias desta pesquisa, já que a renda média familiar está diretamente relacionada a uma menor oferta de variedades de grupos de alimentos que, conseqüentemente, influencia de forma expressiva no consumo alimentar, limitando-se aos alimentos mais baratos<sup>26</sup>, que compreendem, especialmente, os alimentos ultraprocessados que apresentam maior palatabilidade. Cabe ressaltar, também, que apresentam maior valor calórico, favorecendo o ganho de peso corporal.<sup>14</sup>

As frutas, as verduras, os legumes, o leite e seus derivados foram os grupos de maior recusa neste estudo. Similarmente, o estudo de Rocha *et al.*<sup>13</sup>, em um estudo descritivo, exploratório e quantitativo com crianças com TEA, vinculadas à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) na cidade de Caxias-MA, durante o ano de 2018, observaram dentre os grupos de alimentos recusados, os vegetais (31,1%), frutas (21,3%) e leites e derivados (14,7%).

As frutas, as verduras e os legumes possuem grandes quantidades de fibras, de vitaminas e de minerais, além de compostos bioativos que contribuem para a prevenção de diversas doenças.<sup>27</sup> Logo, uma alimentação com um baixo consumo desses alimentos resultará na redução da ingestão de fibras, a qual é fundamental na regulação da função intestinal; sua deficiência poderá contribuir para o desenvolvimento da constipação e do excesso de peso em crianças com TEA.<sup>24</sup> Penn *et al.*<sup>28</sup>, em um estudo com 340 crianças e adolescentes com TEA, apontaram que a constipação foi

responsável por 65,0% dos sintomas gastrointestinais.

Para além da constipação, as crianças com TEA são mais propensas a apresentar outras desordens gastrointestinais, como diarreia, dor abdominal, inflamação e aumento da permeabilidade intestinal, os quais agravam os sintomas comportamentais característicos do quadro. Outrossim, poderão estar relacionados ao consumo constante e elevado de alimentos ultraprocessados e laticínios.<sup>13,29</sup>

Cabe destacar que o glúten, formado pelas proteínas gliadina e glutenina, presente no trigo e em grande parte dos alimentos ultraprocessados, é considerado outro fator contribuinte para tais desordens em crianças com TEA, assim como a caseína, proteína do leite, devido às altas concentração de peptídeos opioides que atuam no sistema nervoso central, intensificando os sintomas característicos do quadro, por meio de alterações estruturais ou funcionais no sistema digestivo responsáveis pela hidrólise dessas proteínas.<sup>30</sup> Estudos mostram que dietas com redução de glúten e de caseína atenuam os sintomas gastrointestinais e comportamentais do TEA.<sup>31</sup>

As texturas em geral, os alimentos macios e úmidos foram os mais recusados. Postorino *et al.*<sup>32</sup>, com o intuito de investigar as principais características clínicas e comportamentais, observaram que das 158 crianças seletivas de 3 a 12 anos, 68,4% apresentaram seletividade para a textura dos alimentos. Moraes *et al.*<sup>14</sup> observaram que, dentre as 39 crianças seletivas, a maioria referiu recusa à textura, ao odor, à temperatura e à aparência dos alimentos e/ou às preparações. Rocha *et al.*<sup>13</sup> observaram que as crianças com TEA apresentaram recusa aos alimentos com base na textura e na consistência.

Gray e Chiang<sup>33</sup>, em um estudo realizado na cidade de Nova York-USA, com 31 crianças sino-americanas com TEA de 3 a 12 anos, visando investigar o comportamento alimentar, observaram que 54,2% preferiam alimentos com consistência crocante.

Pereira<sup>34</sup>, em um estudo transversal, com crianças autistas de 3 a 10 anos, acompanhadas pelo Núcleo de Assistência Multidisciplinar ao Neurodesenvolvimento Infantil (NAMNI), participantes do projeto de extensão Nutrição e Neurodesenvolvimento, do município de Vitória de Santo Antão-PE, entre agosto e outubro de 2018, observou que 43,3% possuíam preferência por alimentos crocantes. Crianças com TEA, podem apresentar alterações sensoriais que causam prejuízo no processamento de informações como textura, cheiro, cor, temperatura e aspecto visual do alimento, contribuindo para a escolha dos alimentos crocantes e com base na textura.<sup>13,34</sup>

Quanto à exposição às telas, mais da metade das crianças realizava suas refeições em frente à TV ou em uso de celulares, *tablets* etc. O momento da refeição deve ser realizado em um ambiente calmo e sem distrações que possam interferir ou influenciar no comportamento alimentar,

desviando a atenção do alimento e contribuindo para o desinteresse do mesmo, além de atrapalhar a sensação de saciedade.<sup>13,35</sup> Do mesmo modo, o tempo excessivo de exposição às telas pode ser considerado mais um fator de risco para o desenvolvimento do excesso de peso.<sup>36</sup>

Neste estudo, observou-se que crianças de famílias igual ou abaixo de dois salários-mínimos recusaram menos leite e derivados, o que pode ser associado à renda, bem como à pouca variedade de grupos de alimentos oferecidos. A baixa diversidade de alimentos consumidos na dieta pode acarretar carências nutricionais como, por exemplo, a deficiência de micronutrientes, principalmente dos minerais cálcio, ferro e zinco e da vitamina A<sup>16,24</sup>, os quais são importantes para o desenvolvimento e para o crescimento dessas crianças, assim como o alto consumo de alimentos ultraprocessados pode prejudicar o estado nutricional, levando ao sobrepeso e obesidade.<sup>24</sup>

Outrossim, as crianças com TEA avaliadas estavam em uso de risperidona, um fármaco aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), indicado para atenuar os sintomas comportamentais decorrentes do autismo<sup>37,38</sup> como a irritabilidade, a agressividade e os comportamentos autolesivos.<sup>10</sup> Entretanto, o seu uso pode ser associado a alguns efeitos adversos, como o ganho de peso e o aumento de apetite.<sup>12</sup>

Diante disso, é necessário que haja uma intervenção multidisciplinar composta por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico e nutricionista, visto que a recusa alimentar não envolve somente aspectos alimentares, mas também neurológicos, motores e comportamentais. A proposta é que esses profissionais trabalhem visando desenvolver diferentes habilidades para melhor inserção dessas crianças nas atividades do dia a dia e melhorar as experiências sensoriais.<sup>15,39,40</sup>

O estudo apresenta algumas limitações. O protocolo, elaborado para o formato presencial, foi alterado para o formato virtual devido ao distanciamento social, determinado na pandemia da COVID-19. Assim, de modo a evitar possíveis vieses tanto de memória como pela falta do entrevistador na toda entrevista, utilizaram-se, em sua maioria, perguntas objetivas, referindo-se ao momento atual da pesquisa. Dados sobre posologia medicamentosa e atividade física não foram estudados, impossibilitando analisar a relação com o perfil de peso. Além disso, a entrevistadora foi inserida nos grupos de um aplicativo de mensagem do movimento social para esclarecer as possíveis dúvidas dos participantes. Os dados do estudo não podem ser generalizados para a população, sendo possível apenas fazer inferências ao grupo estudado.

### Considerações finais

Neste estudo, a maioria das crianças com TEA em uso de risperidona apresentou excesso de peso

(sobrepeso e obesidade) e recusa alimentar para frutas, verduras, legumes, leite e seus derivados, texturas (pastosas e líquidas), alimentos macios, úmidos e cores específicas. Um achado relevante foi a recusa de leite e seus derivados pelas crianças oriundas de famílias com renda média superior ou igual a três salários-mínimos em comparação às famílias de menor renda. Neste sentido, há necessidade de aprofundar estudos associando renda e seletividade alimentar em crianças com TEA, uma vez que são escassos na literatura.

Para finalizar, cabe ressaltar que dentro da equipe multidisciplinar, destaca-se o nutricionista que deve trabalhar com o intuito de amenizar o comportamento de recusa alimentar e incentivar a escolha de alimentos mais saudáveis, além de promover a saúde e a melhora da qualidade de vida dessas crianças, acompanhando de forma individualizada, inclusiva e acolhedora, considerando as necessidades de cada família e buscando novos conhecimentos e estratégias para a melhor intervenção.

## Referências

1. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2022 [citado em 20 fev. 2023]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
2. American Psychiatric Association. Transtorno do Espectro Autista. In: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 50-9.
3. Serafim CR, Oliveira AMC, Stábile E. A influência da alimentação no comportamento da criança com transtorno do espectro autista. 2019. Disponível em: <https://servicos.unitoledo.br/repositorio/bitstream/7574/2358/3/TCC%20Cibele%20Rebeque.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2023.
4. Estrela BB. Análise do comportamento alimentar em crianças autistas. 2020. Monografia (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília (UnICEUB), Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/14430>. Acesso em: 4 jul. 2023.
5. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *Surveillance Summaries*. 2021;70(11):1-16.
6. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *Surveillance Summaries*. 2023;72(1):1-14.
7. Oliveira C. Um retrato do autismo no Brasil. Comunidade USP. Disponível em: <http://www.usp.br/espacoaberto/?materia=um-retrato-do-autismo-no-brasil>. Acesso em: 4 jul. 2023.
8. Woiciechoski CG. Importância da retirada do glúten e da caseína na dieta de crianças portadoras do Transtorno do Espectro Autista. Monografia (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/3929> Acesso em: 3 jul. 2023.
9. Leite R, Meirelles LMA, Milhomem DB. Medicamentos usados no tratamento psicoterapêutico de crianças autistas em Teresina – PI *Bol Inf Geum*. 2015;6(3):91-7. ISSN 2237-7387. Disponível em:

<https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/view/4377/3073>. Acesso em: 3 jul. 2023.

10. Barros Neto SG, Brunoni D, Cysneiros RM. Abordagem psicofarmacológica no transtorno do espectro autista: uma revisão narrativa. *Cad Pos-Grad Disturb Desenvol*. 2020;19(2):38-60.
11. Nascimento GFR, Silva PEM, Guedes JPM. Avaliação dos métodos farmacológicos no Transtorno do Espectro Autista (TEA): a importância da medicação no tratamento em crianças e adolescentes. *Res Soc Dev*. 2021;10(14):e511101422442.
12. Neves KRT, Albuquerque IM, Xavier ELP, Martins S de O, Aragão GF. Segurança da risperidona em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. *Infarma*. 2021;33(2):138-48.
13. Rocha GSS, Júnior FCM, Lima NDP, Silva MVR, Machado AS, Pereira IC, et al. Análise da seletividade alimentar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. *REAS Rev Eletr Acervo Saude*. 2019;(24):e538.
14. Moraes LS, Bubolz VK, Marques AC, Borges LR, Muniz LC, Bertacco RTA. Seletividade alimentar em crianças e adolescente com transtorno do espectro autista. *Rev Assoc Bras Nutr (RASBRAN)*. 2021;12(2):42-58.
15. Magagnin T, Silva MA, Nunes RZS, Ferraz F, Soratto J. Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. *Physis (Rio J.)*. 2021;31(1):e310104.
16. Caetano MV, Gurgel DC. Perfil nutricional de crianças portadoras do transtorno do espectro autista. *Rev Bras Promoç Saude*. 2018;31(1):1-11.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
18. Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):660-7.
19. Reis DDL, Neder PRB, Moraes MC, Oliveira NM. Perfil epidemiológico dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista do Centro Especializado em Reabilitação. *Rev Para Med*. 2019;3(1):e15.
20. Coimbra BS, Soares DCL, Silva JA, Varejão LC. Abordagem odontológica a pacientes com transtorno do espectro autista (TEA): uma revisão da literatura, Curitiba-PR, 2020. *Braz J Dev*. [Internet]. 2020;6(12):94293-306.
21. Luizete BO, et al. Impacto do distanciamento social nos cuidados de pacientes com transtorno do espectro autista (TEA) devido a COVID-19. Trabalho apresentado no XII Encontro Internacional de Produção Científica [Internet]. 2021 [citado em 20 mar. 2023]. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/9383>.
22. Rodrigues CPS, Silva JPA, Álvares IQ, Silva ALF, Leite AFB, Carvalho MF. O consumo alimentar de crianças com Transtorno do Espectro Autista está correlacionado com alterações sensório-oral e o comportamento alimentar. *Braz J Dev*. 2020;6(9):67155-70.
23. Kummer A, Barbosa IG, Rodrigues DH, Rocha NP, Rafael MS, Pfeilsticker L, et al. Frequência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes com autismo e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Paul Pediatr [Internet]*. 2016;34(1):71-7.
24. Bottan GP, Duarte CN, Santana JR dos S, Mendes RCD, Schmitz WO. Analisar a alimentação de autistas por meio de revisão de literatura, Curitiba-PR, 2020. *Braz J Dev*. 2020;6(12):100448-70.
25. Almeida AKA, Fonseca PCA, Oliveira LA, Santos WRCC, Zigmignan A, Oliveira BR, et al. Consumo de ultraprocessados e estado nutricional de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Rev Bras Promoç Saude*. 2018;31(3):1-10.

26. Bezerra MS, Jacob MCM, Ferreira MAF, Vale D, Mirabal IRB, Lyra CO. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Cien Saude Colet*. 2020;25(10):3833-46.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para população brasileira/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2014a.
28. Penn AH, Carver LJ, Herbert CA, Lai TS, McIntire MJ, Howard JT, et al. Breast milk protects against gastrointestinal symptoms in infants at high risk for autism during early development. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62(2):317–27.
29. Silva DV, Santos PNM, Silva DAV. Excesso de peso e sintomas gastrointestinais em um grupo de crianças autistas. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2019080.
30. Pimentel YRA, Picinin CTR, Moreira DCF, Pereira EAA, Pereira MAO, Vilela BS. Restrição de glúten e caseína em pacientes com transtorno do espectro autista. *Rev Assoc Bras Nutr (RASBRAN)*. 2019;10(1):3-8.
31. Yu Y, Huang J, Chen X, Fu J, Wang X, Pu L, et al. Efficacy and Safety of Diet Therapies in Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Front Neurol*. 2022;13:844117.
32. Postorino V, Sanges V, Giovagnoli G, Fatta LM, De Peppo L, Armando M, et al. Clinical differences in children with autism spectrum disorder with and without food selectivity. *Appetite*. 2015;92:126-32.
33. Gray HL, Chiang HM. Brief Report: Mealtime Behaviors of Chinese American Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2017;47(3):892-7.
34. Pereira AS. Comportamento alimentar de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão [Internet]. 2019 [citado em 17 mar. 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/36517>.
35. Magagnin T, Soratto J. Autismo: comer para nutrir. Criciúma, SC: Ed. do Autor; 2019.
36. Bickham DS, Blood EA, Walls CE, Shrier LA, Rich M. Characteristics of screen media use associated with higher BMI in young adolescents. *Pediatrics*. 2013;131(5):935-41.
37. Brasil. Portaria nº 32, de 17 de setembro de 2014. Torna pública a decisão de ampliar o uso da risperidona para o controle da irritabilidade e agressividade que podem cursar com o Transtorno do Espectro do Autismo, de acordo com critérios a serem estabelecidos em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, Brasília*, 18 set. 2014b. Seção 1, p. 58.
38. Correia EC, Figueiredo LCP, Chaves AAM, Lopes MC, Ribeiro NCML, Oliveira CB, et al. Psicofarmacologia no transtorno do espectro autista, Curitiba-PR, 2022. *Braz J Dev*. 2022;5(3):10704-11.
39. Magagnin T, Zavadil SC, Nunes RZS, Neves LEF, Rabelo JS. Relato de Experiência: Intervenção Multiprofissional sobre Seletividade Alimentar no Transtorno do Espectro Autista. *Rev Multidisc Psicol*, 2019;13(43):114-27.
40. Santana PS, Alves TCHS. Consequências da seletividade alimentar para o estado nutricional na infância: uma revisão narrativa. *Resear Soc Developm*, 2022;11(1):e52511125248.

**Como citar:** de Souza STP, Alves BGT, Jevaux GD, Monteiro LS, Capelli JCS, Soares IR, et al. Perfil antropométrico e recusa alimentar de crianças com transtorno do espectro autista em uso de risperidona de um movimento social. **Rev Saude Redes.** 2023;9(3):4218. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9n3.4218.

**Submissão:** 30/05/2023

**Aceite:** 04/08/2023