

**IMC e alterações do comportamento alimentar em pacientes com Transtorno do Espectro Autista****BMI and variations of eating behavior in patients with Autism Spectrum Disorder**

DOI:10.34117/bjdv6n7-305

Recebimento dos originais: 03/06/2020

Aceitação para publicação: 14/07/2020

**Letícia de Araújo Melo**

Acadêmica de medicina

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA  
Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO  
E-mail: lellemelo06@gmail.com

**Giovana Barreto Silvério**

Acadêmica de medicina

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA  
Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO  
E-mail: gibsilverio@gmail.com

**Paulo Vitor Pina Felício**

Acadêmico de medicina

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA  
Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO  
E-mail: paulovitorfelicio@gmail.com

**Renata Pessoa Chein Jorge**

Acadêmica de medicina

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA  
Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO  
E-mail: cheinrenata@gmail.com

**Fernanda Mendes De Paula**

Acadêmica de medicina

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA  
Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO  
E-mail: fernandamedepaula@gmail.com

**Talita Braga**

Psiquiatra

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA  
Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO  
E-mail: tatabraga@hotmail.com

**Karla Cristina Naves de Carvalho**

Neuropediatra

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis – GO  
E-mail: medkarcri@yahoo.com.br

**Mariana Figueiredo Guedes D'Amorim**

Otorrinolaringologista

Instituição: Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA  
Endereço: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis – GO  
E-mail: marianafgdamorim@yahoo.com.br

**RESUMO**

**Introdução:** O autismo é uma síndrome do comportamento que resulta em dificuldades na interação social, na comunicação e na cognição, tendo como uma das características centrais o comportamento estereotipado. Neste sentido, vários estudos atuais mostram a relação entre alterações do comportamento alimentar e do Índice de Massa Corporal (IMC) em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Objetivo:** analisar a frequência de sobrepeso, obesidade e baixo peso para idade em portadores do Transtorno Autístico assistidos pela Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) em Goiânia e Anápolis e relacionar as variações de IMC com a prevalência de alterações do comportamento alimentar. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo, realizado através da aplicação do questionário Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar em responsáveis de pacientes diagnosticados com Transtorno Autista em acompanhamento nas APAE de Goiânia e Anápolis. **Resultados:** Distúrbios da alimentação e ingestão foram encontrados em 100% da amostra, em diversos graus. A amostra foi de 32 pacientes dos quais 84,4% são do sexo masculino e 15,6% do sexo feminino. A média de estatura e do índice de massa corporal (IMC) foi de 1,43 metros e 19,4kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. A mediana de massa corporal foi de 35,0 kg. Em relação ao IMC 25% encontrava-se com baixo peso para idade e 18,8% como sobrepeso e 18,8% com obesidade e 37,4% apresentavam-se eutróficos. **Conclusão:** Os distúrbios alimentares são bastante presentes na população autista, entretanto, não foi possível relacionar a presença de alterações do comportamento alimentar a variações (para menos ou para mais) do IMC.

**Palavras-chave:** transtorno autístico, apetite, transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Autism is a behavioral syndrome that results in difficulties in social interaction, communication and cognition, with stereotyped behavior as one of its main characteristics. Several current studies show the correlation between modification of eating behavior and the Body Mass Index (BMI) in patients with Autistic Spectrum Disorder (ASD). **Objective:** analyze the frequency of overweight, obesity and low weight for age in patients with Autistic Disorder assisted by the Association of Parents and Friends of Exceptional People (APAE) in Goiânia and Anápolis and to relate variations in BMI with the prevalence of variation in eating behavior. **Methods:** This is a quantitative cross-sectional study, carried out through the application of the Scale of Assessment of Eating Behavior questionnaire for parents of patients diagnosed with Autistic Disorder being monitored at APAE in Goiânia and Anápolis. **Results:** Eating and eating disorders were found in 100% of the sample, in varying degrees. The sample consisted of 32 patients, which 84.4% are male and 15.6% female. The average height and body mass index (BMI) were 1.43 meters and 19.4 kg / m<sup>2</sup>, respectively. The median body mass was 35.0 kg. Regarding BMI, 25% were underweight for age, 18.8% were overweight, 18.8% were obese and 37.4% were eutrophic. **Conclusion:** Eating disorders are very common among the autistic population, however, it was not possible to relate the presence of variation in eating behavior to variations of BMI.

**Keywords:** autistic disorder, appetite, feeding and eating disorders.

## 1 INTRODUÇÃO

O autismo ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) é, por definição, uma síndrome comportamental que compromete o desenvolvimento motor e psiconeurológico dificultando a cognição, linguagem e interação social da criança o que interfere gravemente na autossuficiência desses indivíduos.<sup>1</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde, essa síndrome manifesta-se invariavelmente antes dos 03 anos de idade. Sua etiologia ainda é desconhecida, entretanto, atualmente considera-se como uma síndrome de origem multifatorial envolvendo aspectos ambientais, genéticos<sup>2</sup> e epigenéticos.<sup>3</sup> Exemplos de fatores atualmente estudados são idade e raça dos pais, tipo de parto, baixo peso ao nascer, idade gestacional ao nascer, dentre outros aspectos.<sup>4</sup>

O diagnóstico de autismo é estabelecido por meio de critérios comportamentais, atualmente, a maioria dos países utiliza-se dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). A tríade clínica clássica do Transtorno Autista inclui comprometimento qualitativo da interação social, comprometimento qualitativo da comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades.<sup>5</sup>

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) é muito comum as crianças autistas possuírem deficiências nutricionais, pois a maioria apresenta uma alimentação monótona (devido a vários fatores, como seletividade alimentar e a neofobia alimentar). Por isso, dados sugerem que crianças autistas possuem de duas a três vezes mais chances de serem obesas do que a população neurotípica.<sup>6</sup>

Um componente central da alimentação seletiva é a neofobia alimentar<sup>7</sup>, designada pela propensão a recusar-se a experimentar alimentos não familiarizados, sendo prevalente no desenvolvimento da primeira infância, mesmo em crianças neurotípicas. Neste sentido, essa desordem também relaciona-se a uma limitação na variedade dietética, com impactos adversos especialmente associados ao consumo reduzido de nutrientes ricos, como frutas e vegetais.

A neofobia alimentar é intensificada quando em associação ao TEA, estando presente por períodos prolongados desde a infância, adolescência até a juventude. A progressão deste transtorno está diretamente associada ao nível de gravidade do comprometimento social, comunicativo e cognitivo do paciente autista. Assim, pode ocorrer elevação do índice de massa corpórea, uma vez que há uma maior propensão a uma dieta limitada a alimentos palatáveis e ricos em carboidratos. E assim, induzem uma ingestão inadequada de macronutrientes e micronutriente, favorecendo o risco aditivo de uma má nutrição.<sup>7</sup>

Talvez mais do que em qualquer outro transtorno do comportamento na criança e no adolescente, a detecção precoce dos transtornos da alimentação é fundamental. Evidências crescentes têm indicado que, quanto mais precoces as intervenções terapêuticas, melhor será o prognóstico em longo prazo.<sup>8</sup>

Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo de analisar a frequência de sobrepeso, obesidade e baixo peso para idade em portadores do Transtorno Autístico assistidos pela Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) em Goiânia e Anápolis, além de buscar relacionar as alterações do Índice de Massa Corporal às alterações no comportamento alimentar nesses indivíduos.

## 2 METODOLOGIA

- Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Centro de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA, que segue a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, número do parecer 3.552.648, assim como pela diretoria das coparticipantes APAE- Goiânia e Anápolis.

- Desenho de Estudo e Amostragem

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo. Através da análise dos prontuários dos pacientes da APAE de Goiânia e de Anápolis, foram encontrados 52 pacientes diagnosticados com Autismo Infantil (CID 10: F84). O critério de elegibilidade dos pacientes foi a presença da criança e responsável durante os dois dias estipulados para coleta (03/10/2019 e 31/10/2019) na APAE de Goiânia e de Anápolis, a entrevista respondida por completo pelos responsáveis e a aprovação dos responsáveis em participarem da pesquisa. Assim, a amostra final de pacientes foi de 32.

- Instrumentos de coleta

A escala utilizada para avaliação das alterações alimentares na população foi a Escala de Avaliação de Comportamento Alimentar em Pacientes com TEA, elaborada pela doutora em Medicina e Saúde Humana pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Cristiane Pinheiro Lázaro, e validado por esta pesquisadora em sua tese de doutorado. Trata-se de uma escala específica para pacientes autistas, sem restrições quanto a idade, o qual o pai e o protegido respondam em conjunto.<sup>6</sup>

As questões analisadas estão divididas nas seguintes dimensões: motricidade na mastigação, seletividade alimentar, aspectos comportamentais, sintomas gastrointestinais, sensibilidade sensorial, habilidades nas refeições. A cada questão, o participante deve escolher a opção que melhor se aplica ao seu próprio caso, sendo que as alternativas são nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre. As respostas tem uma pontuação, de 1 a 5, sendo que nunca vale 1 e sempre vale 5. Assim, quanto mais respostas “sempre”, mais distúrbios alimentares o paciente apresenta, podendo-se dessa forma, quantificar a presença de distúrbios alimentares em cada participante.

O peso e altura dos participantes foram coletados com balança digital com régua de comprimento (certificada pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO e recentemente calibrada) fornecidas pelas APAE de Goiânia e Anápolis. Os pacientes foram pesados vestidos e sem seus sapatos e medidos sem os calçados.

O IMC foi calculado com a seguinte fórmula peso (P) sobre a altura (A) elevada ao quadrado ( $P^2/A$ ). Foram utilizados os Gráficos de Crescimento IMC x Idade feminino ou masculino, padronizado segundo a Organização Mundial de Saúde em 2007 para a classificação dos pacientes em baixo peso para a idade, eutrófico, sobrepeso ou obesidade. (9).

- Análise Estatística

Os dados foram digitados e analisados no software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25.0.

Foi realizado cálculo da porcentagem de pacientes de cada sexo e também frequência absoluta e relativa das classificações de IMC.

O questionário possui respostas por pontuação (1 a 5), com as respostas nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. A partir daí, foram obtidas as pontuações dos pacientes em cada uma das seções, através da soma das respostas e também a pontuação total de cada paciente. Quanto maior a pontuação, mais transtornos de alimentação e ingestão de alimentos o paciente apresentou.

As pontuações do questionário foram comparadas dentre as categorias da variável IMC. Previamente, a normalidade das variáveis pontuação total e da pontuação de cada seção foi testada com a utilização do teste Shapiro-Wilk. Assim, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis se a variável apresentou distribuição normal e o teste ANOVA caso a distribuição fosse não normal. Assim, chegou-se ao valor p, que mediu se houve ou não significância na relação das variáveis categoria de IMC e seção das alterações alimentares.

### 3 RESULTADOS

A quantidade de pacientes do sexo masculino (84,3%) que participaram do estudo foi maior que a quantidade de pacientes do sexo feminino (15,6%) (Tabela 1). A mediana das idades foi igual a 10,5 anos, sendo 3 anos o mínimo e 32 o máximo de idade.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes por sexo.

| Sexo      | n  | (%)  |
|-----------|----|------|
| Feminino  | 5  | 15,6 |
| Masculino | 27 | 84,3 |

Em relação à categorização do IMC dos pacientes, a maioria (37,4%) apresentou-se com o IMC adequado, segundo os parâmetros utilizados. Em seguida, 25% apresentou-se com baixo peso para a idade, sendo que seis (18,8%) pacientes apresentaram sobrepeso e os outros seis (18,8%) pacientes restantes apresentaram obesidade (Tabela 2).

Tabela 2: Frequências absoluta e relativa das categorias de IMC.

|                          | Frequência absoluta (n) | Frequência percentual (%) |
|--------------------------|-------------------------|---------------------------|
| <b>Categorias de IMC</b> |                         |                           |
| Peso baixo para a idade  | 8                       | 25,0                      |
| Eutrófico                | 12                      | 37,4                      |
| Sobrepeso                | 6                       | 18,8                      |
| Obesidade                | 6                       | 18,8                      |

Já a respeito da relação entre a categoria de IMC e quantidade de alterações na alimentação dos pacientes, percebe-se que não houve significância alguma. Em todas as correlações, individualmente com a pontuação de cada seção, assim como o cálculo com a pontuação total do questionário, o valor de  $p$  foi maior que 0,05. Nesse sentido, o presente estudo não encontrou relação entre o IMC com a quantidade de dificuldades alimentares em pacientes autistas (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação das pontuações do questionário entre as categorias de IMC.

| Seções                                   | Categorias de IMC   |                     |                     |                     | P            |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|
|  | Peso baixo          | Eutrófico           | Sobrepeso           | Obesidade           |              |
| Motricidade da mastigação <sup>a</sup>   | 20,0 (11,0-38,0)    | 22,5 (14,0-47,0)    | 22,0 (11,0-31,0)    | 22 (13,0-32,0)      | 0,954        |
| Seletividade alimentar <sup>b</sup>      | 31,0 (9,0)          | 30,7 (9,0)          | 33,0 (13,0)         | 34,5 (10,2)         | 0,875        |
| Comportamento <sup>b</sup>               | 22,6 (6,09)         | 28,3 (7,9)          | 21,5 (6,7)          | 27,0 (5,8)          | 0,155        |
| Sintomas gastrointestinais <sup>a</sup>  | 11,0 (8,0-24,0)     | 10,5 (8,0-20,0)     | 15,5 (9,0-23,0)     | 13,0 (10,0-20,0)    | 0,532        |
| Sensibilidade e percepção <sup>b</sup>   | 14,7 (5,3)          | 13,2 (5,2)          | 12,1 (4,1)          | 12,0 (5,4)          | 0,729        |
| Habilidade nas refeições <sup>a</sup>    | 8,0 (3,0-15,0)      | 7,5 (3,0-15,0)      | 7,5 (3,0-13,0)      | 8,0 (3,0-10,0)      | 0,993        |
| <b>Total do questionário<sup>b</sup></b> | <b>111,1 (21,5)</b> | <b>115,9 (22,2)</b> | <b>111,3 (23,4)</b> | <b>117,0 (21,2)</b> | <b>0,935</b> |

Legenda: <sup>a</sup> Para as variáveis com distribuição não normal, as medianas foram comparadas por meio do teste Kruskal-Wallis; <sup>b</sup> as médias das variáveis com distribuição normal foram comparadas usando-se o teste ANOVA. Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

#### 4 DISCUSSÃO

Como pode-se perceber, maior parte da amostra formou-se pelo sexo masculino, o que corrobora com dados já conhecidos da literatura em que constata-se que a prevalência entre os sexos

masculino e feminino é de 4:1, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.<sup>5</sup> Além disso, um estudo meta-analítico de 2017 reportou a redução dessa proporção, para 3:1.<sup>10</sup> Entende-se, portanto, um consenso na literatura de que o sexo masculino é mais acometido.

As crianças com TEA podem apresentar alterações de comportamento alimentar as quais independente da prevalência contribuem de alguma forma para o consumo alimentar irregular. Por isso, tais comportamentos apresentam um efeito deletério sobre o desenvolvimento da criança, visto que estas encontram-se num período de crescimento, (tanto físico, quanto de desenvolvimento neuropsicomotor), que depende de uma nutrição adequada e balanceada.<sup>11</sup>

Considerando os valores de IMC encontrados, pela análise dos dados, com valores de  $p$  maiores que 0,05, não foi possível confirmar uma relação causal entre incidência de baixo peso ou obesidade com um distúrbio alimentar específico, dentre os parâmetros presentes no questionário (motricidade da mastigação, seletividade alimentar, comportamento, sintomas gastrointestinais, sensibilidade e percepção, habilidade nas refeições).

Entretanto, no quesito IMC, é muito comum as crianças autistas possuírem deficiências nutricionais, pois a maioria apresenta uma alimentação monótona (como já relatado no presente estudo pela alta prevalência de seletividade alimentar). A partir daí, entende-se que as variações de peso podem, sim, ser comuns nessa população, sendo válida a variação desde o baixo até ao alto peso.<sup>6</sup>

Ainda relacionado ao IMC, um estudo de 2019 utilizou-se de uma amostra de 120 pacientes diagnosticados com TEA, na qual foi evidenciado que uso de medicação para controle dos sintomas de TEA (normalmente, psicotrópicos como antipsicóticos ou antidepressivos) tiveram influência sobre o IMC.<sup>11</sup> Por exemplo, distúrbios do paladar, como menor sensibilidade gustativa, são evidenciados por usuários de medicamentos antidepressivos, além de alterações de apetite (aumentado ou diminuído) para usuários de antipsicóticos.<sup>17</sup> Entretanto, entende-se que a avaliação da interferência medicamentosa na alimentação de crianças autistas não foi o foco dessa pesquisa, por isso sugere-se a realização de novos estudos para investigar a correlação entre estes dois fatores.

Analisando a literatura disponível que relaciona pacientes com TEA e o IMC, observou-se em um estudo de 2016 em uma população de 69 indivíduos com TEA, 6,7% encontravam-se com baixo peso, ao passo que 53,3% eram eutróficos, 21,7% obesos e 18,3% apresentavam sobrepeso, sendo os dois últimos dados os únicos que se assemelham com aqueles obtidos no presente estudo.<sup>13</sup> Vale ressaltar que o autor acima citado não encontrou correlação entre a gravidade de sintomas de TEA com as medidas antropométricas.

Já outro estudo de 2014 obteve uma amostra de pacientes diagnosticados com TEA, encontrou 14,8% com sobrepeso, 23,2% com obesidade.<sup>14</sup> Porcentagens, portanto, que se aproximam das encontrados na presente pesquisa.

Finalizando a discussão sobre o IMC nos pacientes com TEA, uma pesquisa de 2020 analisou o estado nutricional e a presença de alterações gastrintestinais em 39 crianças com TEA, encontrando 35,9% da amostra eutróficos e 64,1% com excesso de peso.<sup>15</sup> A porcentagem de eutróficos assemelha-se com a encontrada neste trabalho (37,4%), no entanto, a porcentagem de indivíduos com excesso de peso foi divergente daquela encontrada no presente trabalho (18,8%). Ainda de acordo com o autor supracitado, o consumo de ultraprocessados é alto por parte desses pacientes e pode estar relacionado com a gênese do problema de alterações do IMC da amostra por ele analisada.

## 5 CONCLUSÃO

Os distúrbios alimentares são bastante presentes na população autista analisada, entretanto, não foi possível relacionar a presença de alterações do comportamento alimentar a variações (para menos ou para mais) do IMC.

Quanto ao IMC, entendeu-se que a maior parte da amostra estava fora da faixa de normalidade (somando peso abaixo do esperado para idade, sobrepeso e obesidade têm-se 62,6%), o que mostra a frequência aumentada de alterações de IMC nessa população.

## REFERÊNCIAS

1. Posar A, Visconti P. Autism in 2016: the need for answers. *J Pediatr (Rio J)*. 2017; 93(2):111-9.
2. Pinto RNM, Torquato IMB, Collet N, Reichert APdS, Souza Neto VLd, Saraiva AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016;37(3); 1-9.
3. de Freitas PM, Nishiyama PB, Ribeiro DO, de Freitas LM. Deficiência Intelectual e o transtorno do espectro autista: fatores genéticos e neurocognitivos. *Pedagogia em Ação*. 2016; 8(2): 1-11.
4. Wang C, Geng H, Liu W, Zhang G. Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(18):1-7.
5. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
6. Caetano MV, Gurgel DC. Perfil Nutricional de Crianças Portadoras do Transtorno do Espectro Autista. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018; 31(1): 1-11.

7. Wallace GL, Llewellyn C, Fildes A, Ronald A. Autism spectrum disorder and food neophobia : clinical and subclinical links. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2018; 108(4): 701-707.
8. Lázaro CP. Construção de escala para avaliar o comportamento alimentar de indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Salvador. Tese [Doutorado em Medicina e Saúde Humana]. 2016.
9. Grillo E, da Silva RJ. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80(2): 21-7.
10. World Health Organization. BMI-for-age (5-19 years). WHO; 2007.
11. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 56(6) :466-74.
12. Lázaro CP, Caron J, Pondé MP. Escalas de avaliação do comportamento alimentar de indivíduos com transtorno do espectro autista. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*. 2018; 20(3): 23-41.
13. Toscano CV, Ferreira JP, Gaspar JM, Carvalho HM. Growth and weight status of Brazilian children with autism spectrum disorders: A mixed longitudinal study. *J Pediatr*. 2019; 95(6): 705-712.
14. 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. *Revista Paulista de Pediatria*. 2016; 34(1): 71-77.
15. Broder-Fingert S, Brazauskas K, Lindgren K, Iannuzzi D, Cleave JV. Prevalence of overweight and obesity in a large clinical sample of children with autism. *Academic pediatrics*. 2014; 14(4): 408-414.
16. Silva DV, Santos PNM, Silva DAV. Excesso de peso e sintomas gastrointestinais em um grupo de crianças autistas. *Revista Paulista de Pediatria*. 2020; 38(5): 1-6.
17. de Araújo Almeida, A. K., de Almeida Fonseca, P. C., Oliveira, L. A., Santos, W. R. C. C., Zagmignan, A., de Oliveira, B. R., ... & de Carvalho, C. A. (2018). Consumo de ultraprocessados e estado nutricional de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(3).