

ATENÇÃO NUTRICIONAL NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO¹

Elena Drumond de Paula Pacheco²

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

Natália Ferreira Almeida Coelho³

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

Maria Heloisa Dutra de Souza⁴

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

Ana Karolina Vieira Arruda⁵

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

Ana Luísa Ferreira Marinho⁶

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

Mariana de Melo Cazal⁷

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

Martha Elisa Ferreira de Almeida⁸

Universidade Federal de Viçosa, campus Rio Paranaíba

Gisele Queiroz Carvalho⁹

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

Nilcemar Rodrigues Carvalho Cruz¹⁰

Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares

¹ Atenção Nutricional na Infância; Saúde. Relato de experiência.

² Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares. Bolsista no projeto Atenção Nutricional na Infância. E-mail: elenadrumond@hotmail.com

³ Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares. Ex-bolsista no projeto Atenção Nutricional na Infância.

⁴ Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares. Voluntária no projeto Atenção Nutricional na Infância.

⁵ Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares. Voluntária no projeto Atenção Nutricional na Infância.

⁶ Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares. Voluntária.

⁷ Professora do Curso de Nutrição na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares. Colaboradora do projeto Atenção Nutricional na Infância.

⁸ Professora do Curso de Nutrição na Universidade Federal de Viçosa, campus Rio Paranaíba. Coordenadora externa do projeto Atenção Nutricional na Infância.

⁹ Professora do Curso de Nutrição na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares. Vice-Coordenadora do projeto Atenção Nutricional na Infância.

¹⁰ Professora do Curso de Nutrição na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares. Coordenadora do projeto Atenção Nutricional na Infância.

Palavras-chave: Seletividade alimentar; Educação Alimentar e Nutricional; Transtorno do Espectro Autista.

1. INTRODUÇÃO

A nutrição adequada representa um fator fundamental para o crescimento e o desenvolvimento saudável das crianças, sobretudo durante a fase pré-escolar. Um obstáculo para isso são os comportamentos alimentares seletivos percebidos, frequentemente, em muitas crianças que recusam determinados alimentos e demonstram preferência por outros (Abreu, 2023).

Entre os fatores associados à seletividade alimentar destacam-se os aspectos genéticos, sensibilidade sensorial (a cheiros, texturas e sabores), traços de personalidade, depressão e ansiedade materna, estilos e práticas parentais, bem como as características do ambiente alimentar em que a criança está inserida (Loureiro, 2024).

A família, pais e/ou cuidadores, constituem o principal referencial para a formação do comportamento alimentar na primeira infância. Segundo Schmidt (2020), além dos fatores culturais e psicossociais, a aceitação ou rejeição dos alimentos pelas crianças nessa fase são fortemente influenciados pela forma como os alimentos são introduzidos e oferecidos pela família, que atuam como os primeiros educadores nutricionais. Além das influências familiares, os aspectos psicossociais e culturais também desempenham um papel relevante na formação dos hábitos alimentares infantis (Loureiro, 2024).

A sensibilidade sensorial é comum entre as crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) (Moraes et al., 2021), o que pode explicar, pelo menos em parte, a seletividade alimentar presente na maioria das crianças com este diagnóstico (Esposito et al., 2023). Um estudo realizado por Moraes et. al (2021) observou que 53,4% das crianças e adolescentes autistas apresentaram seletividade alimentar, caracterizada principalmente por recusas baseadas em aspectos sensoriais como odor (56,4%), textura (53,9%), aparência (53,8%) e temperatura (51,3%) dos alimentos, impactando diretamente no estado nutricional e aumentando o risco de deficiências nutricionais e déficit de crescimento e desenvolvimento (Costa et al., 2024).

A infância é marcada por um período de intensas aprendizagens e formação de comportamentos, os quais podem permanecer ao longo da vida. Dentre diversas aprendizagens, alimentar-se de forma saudável é uma das que mais se destaca, pois

influencia diretamente na saúde da criança. Nesta fase ocorre um rápido crescimento e desenvolvimento, sendo a alimentação crucial para garantir que esses eventos ocorram de forma adequada (Lopes et al., 2018).

Neste aspecto, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) se configura como uma importante estratégia para a promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. Trata-se de um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, que utiliza abordagens educativas problematizadoras e participativas, com o objetivo de promover a autonomia dos indivíduos nas escolhas alimentares. Além disso, considera as diferentes fases do curso da vida, as particularidades socioculturais dos indivíduos, os processos que compõem o sistema alimentar e as múltiplas dimensões do comportamento alimentar (BRASIL, 2012).

No Brasil, as diretrizes de alimentação escolar orientam para a introdução de novos alimentos por meio de estratégias lúdicas, como atividades com desenhos, teatro e histórias, aproximando os alimentos do universo infantil. O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas destaca que essas ações devem incentivar a autonomia nas escolhas alimentares e o desenvolvimento de habilidades culinárias, promovendo a consciência sobre os aspectos sensoriais, simbólicos e cognitivos dos alimentos. Atividades que envolvem o preparo e manuseio dos alimentos tornam-se, portanto, práticas emancipatórias que contribuem para o empoderamento das crianças em suas escolhas alimentares (Coura, 2019).

Diante da relevância social e atual desse tema, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico referente ao atendimento nutricional de uma criança com TEA e seletividade alimentar.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Caracterização do acompanhamento e procedimentos

Trata-se de um relato de caso referente ao acompanhamento nutricional ambulatorial de uma criança do sexo masculino, com 5 anos e 2 meses no início do seguimento, atendida na Clínica-Escola de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares (UFJF/GV), no âmbito do projeto de extensão “Atenção Nutricional na Infância”. A criança foi encaminhada pela nutricionista da Unidade Básica de Saúde de seu bairro. No período, também participava de acompanhamento

multiprofissional, com intervenções de psicomotricidade, terapia cognitivo-comportamental e terapia ocupacional.

O acompanhamento ocorreu entre setembro de 2025 e março de 2026, totalizando 13 atendimentos ao longo de sete meses, com frequência semanal, às segundas-feiras, exceto em feriados e no período de férias acadêmicas. As consultas foram conduzidas pela nutricionista professora coordenadora do projeto, com apoio de três acadêmicas do curso de Nutrição previamente treinadas. A criança e sua responsável eram atendidas simultaneamente em ambientes distintos: enquanto a responsável compartilhava informações sobre a alimentação em casa e recebia orientações, a criança participava de atividades individualizadas de EAN.

A coleta de informações contemplou dados gerais e clínicos, avaliação antropométrica, avaliação dietética e investigação do comportamento alimentar. Foram utilizados formulário pré-consulta, formulário de atendimento de crianças maiores de dois anos, Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h), Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e Escala de Avaliação e Acompanhamento da Seletividade Alimentar. O R24h foi aplicado no primeiro e no décimo atendimento; o QFA e a escala de seletividade foram utilizados no início e ao final do acompanhamento. (Brasil, 2011).

A análise do R24h foi realizada com auxílio do software Dietbox, considerando consumo energético, distribuição de macronutrientes, fibras e micronutrientes selecionados, incluindo vitamina D, cálcio, ferro e zinco, entre outros nutrientes avaliados. Os valores foram comparados às recomendações de referência para a faixa etária. (Institute of Medicine, 2005). O peso e a estatura foram aferidos mensalmente, e os índices antropométricos foram avaliados conforme os procedimentos e parâmetros utilizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Brasil, 2011) e pela Organização Mundial da Saúde.

Os exames bioquímicos não estavam disponíveis no início. Segundo o relato da mãe, a criança apresentava resistência à coleta de sangue. Entretanto, durante o acompanhamento, a responsável se mostrou motivada a realizar os exames, sendo solicitados hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol, triglicerídeos, vitamina D, ferritina e vitamina B12. Os resultados foram considerados em conjunto com os demais dados clínicos e nutricionais.

Durante as consultas, também foram realizadas escuta e orientação parental, com registro de relatos semanais sobre as refeições e as dificuldades encontradas no ambiente domiciliar. As orientações buscavam apoiar a responsável, alinhar expectativas e favorecer a aplicação das estratégias de forma consistente, sem pressão para que a criança aceitasse imediatamente os alimentos (Brasil, 2012). A participação familiar e a adaptação das estratégias ao contexto da criança também são aspectos relevantes no manejo da seletividade alimentar (Abreu et al., 2023).

2.2 Estratégias de Educação Alimentar e Nutricional

Nos três primeiros encontros, foram priorizadas a avaliação inicial, a identificação das principais dificuldades alimentares e a elaboração do plano de intervenção. A partir do quarto atendimento, as sessões passaram a seguir uma organização estruturada em quatro momentos complementares, ajustados à resposta e ao perfil sensorial da criança.

O momento motivacional tinha como finalidade despertar curiosidade e favorecer o envolvimento nas atividades. Em seguida, no momento de conhecimento, eram apresentadas informações sobre o alimento trabalhado, como nome, origem, características, cores, texturas, benefícios nutricionais e formas de consumo, utilizando linguagem compatível com a idade. No momento de experimentação, a criança era incentivada a observar, tocar, cheirar, manipular e, quando se sentia confortável, degustar o alimento. Por fim, o momento de desafio retomava a experiência da sessão e estimulava novas oportunidades de contato e experimentação.

A intervenção valorizou a exposição gradual e respeitosa, sem transformar a degustação em uma exigência. A adaptação das atividades ao longo do processo foi importante para manter o engajamento e considerar as particularidades da criança. (Coura et al., 2022).

2.3 Resultados

No início do acompanhamento, a criança apresentava repertório restrito, com aceitação de 14 alimentos in natura ou minimamente processados entre os 57 itens investigados pela escala de seletividade alimentar. A restrição era particularmente evidente em frutas, verduras e legumes. Também havia consumo de alimentos ultraprocessados, aspecto relevante para a avaliação da qualidade global da alimentação.

Ao final dos 13 atendimentos, o repertório aceito havia aumentado para 29 alimentos in natura ou minimamente processados, correspondendo a 15 itens adicionais em relação ao início. Entre os alimentos incorporados, destacaram-se laranja, batata, batata-doce, aveia, pão francês, brócolis, chia e ovo. Também houve aceitação de novas preparações e bebidas, incluindo omelete, vitamina de morango e sucos de limão, uva e maracujá. A evolução indica ampliação das oportunidades de consumo e maior abertura para alimentos e formas de apresentação anteriormente pouco aceitos.

A avaliação dietética identificou, no primeiro R24h, consumo abaixo das recomendações para energia, fibras e alguns micronutrientes, incluindo vitamina D, cálcio, ferro e zinco. Na avaliação realizada durante o seguimento, observou-se aumento na ingestão de todos os nutrientes apresentados na comparação, com variações entre 5,5% e 194,9%. Houve crescimento expressivo no consumo estimado de vitamina C, zinco, ácido fólico, fibras e ferro, entre outros itens. A distribuição percentual dos macronutrientes permaneceu dentro dos intervalos de referência nos dois momentos, com aumento da participação de proteínas no segundo R24h.

A ampliação do repertório e a redução do consumo de alguns ultraprocessados, como biscoitos recheados, macarrão instantâneo e salgadinhos industrializados, acompanharam a melhora observada na qualidade da dieta. Esses resultados devem ser interpretados considerando que o R24h representa o consumo relatado em dias específicos e não necessariamente toda a variação alimentar habitual.

Quanto ao estado nutricional, não foram identificados sinais ou sintomas clínicos sugestivos de deficiências nutricionais, e a função intestinal permaneceu estável. Os dados antropométricos mostraram manutenção do estado nutricional adequado durante o seguimento e evolução positiva do índice estatura para idade. O peso passou de 22,0 kg para 23,3 kg e a estatura, de 119,0 cm para 125,3 cm, indicando crescimento ao longo do período acompanhado.

Nos exames bioquímicos, o colesterol total e o LDL-colesterol apresentaram valores discretamente elevados. Os demais parâmetros avaliados encontravam-se dentro dos valores de referência informados para a faixa etária. Esses achados reforçam a importância de integrar informações dietéticas, clínicas, antropométricas e bioquímicas, sem avaliar o estado nutricional com base em um único indicador.

2.4 Discussão

Os resultados do caso mostram que a seletividade alimentar pode ser acompanhada de uma dieta pouco variada mesmo quando o estado antropométrico se mantém adequado (Moraes et al., 2021). Por esse motivo, a avaliação nutricional de crianças com TEA deve ir além do peso e da estatura e investigar quais alimentos são aceitos, em que formas são consumidos, quais grupos estão ausentes e quais aspectos sensoriais ou contextuais estão relacionados às recusas (Costa et al., 2024).

O aumento de 14 para 29 alimentos aceitos sugere que a intervenção individualizada, baseada em atividades lúdicas e exposição gradual, foi útil para ampliar o repertório alimentar da criança acompanhada. Respeitar o ritmo individual pode favorecer uma experiência alimentar menos aversiva e aumentar as oportunidades de aceitação ao longo do tempo (Coura et al., 2022).

A melhora dos indicadores dietéticos observada no segundo momento de avaliação é coerente com a ampliação do repertório e a inclusão de alimentos de diferentes grupos. A maior diversidade alimentar pode contribuir para aumentar a oferta de fibras e micronutrientes e reduzir a dependência de produtos ultraprocessados (Costa et al., 2024). Entretanto, como a análise dietética foi baseada em recordatórios aplicados em momentos específicos, os resultados não permitem afirmar que a ingestão diária tenha sido uniforme durante todo o período (Institute of Medicine, 2005).

A participação da família constituiu parte importante do acompanhamento. As orientações parentais possibilitaram compreender as dificuldades enfrentadas nas refeições e apoiar a continuidade das estratégias em casa (Brasil, 2012). Em casos de seletividade alimentar, expectativas realistas, repetição de oportunidades de contato e ausência de coerção podem ser importantes para a adesão (Abreu et al., 2023). A intervenção também precisa ser flexível, pois uma estratégia que funciona em determinada sessão pode necessitar de ajustes em outro momento.

A manutenção de indicadores antropométricos adequados não elimina a necessidade de acompanhamento da qualidade da alimentação. A avaliação antropométrica deve seguir procedimentos padronizados para permitir o monitoramento do crescimento (Brasil, 2011). Do mesmo modo, alterações discretas de colesterol total e LDL devem ser interpretadas em contexto clínico e acompanhadas pela equipe responsável. A abordagem multiprofissional

pode contribuir para integrar as necessidades alimentares, sensoriais, comportamentais e familiares da criança (Moraes et al., 2021).

Entre as limitações do estudo, destaca-se a realização dos recordatórios alimentares em dias associados aos atendimentos, que ocorriam às segundas-feiras, sem representação de diferentes dias úteis e finais de semana. Assim, a variabilidade do consumo habitual pode não ter sido captada integralmente. Além disso, trata-se de um único caso, de modo que os achados descrevem a evolução individual observada e não podem ser generalizados para todas as crianças com TEA e seletividade alimentar.

3. CONCLUSÕES

O acompanhamento nutricional realizado ao longo de sete meses, com 13 atendimentos, possibilitou documentar mudanças positivas na alimentação de uma criança pré-escolar com TEA e seletividade alimentar. A principal mudança foi a ampliação do repertório de alimentos in natura e minimamente processados, de 14 para 29 itens, acompanhada por melhora nos indicadores dietéticos e evolução adequada do crescimento, com manutenção do estado nutricional.

Os resultados apontam que estratégias de Educação Alimentar e Nutricional estruturadas de forma lúdica, com exposição gradual aos alimentos, podem contribuir para ampliar as experiências alimentares. A intervenção deve considerar o perfil sensorial, o ritmo e a individualidade da criança, além da dinâmica familiar, com reavaliação contínua das estratégias e expectativas realistas.

Por se tratar de relato de caso, os resultados devem ser compreendidos no contexto da criança acompanhada. Estudos com maior número de participantes e seguimento de longo prazo são necessários para investigar a manutenção das mudanças e os fatores que favorecem a aceitação alimentar. Ainda assim, a experiência reforça a importância do acompanhamento nutricional precoce, individualizado e articulado à atenção multiprofissional.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Lorena Dana de; SILVA, Luana Guimarães da; AMORIM, Mariana Eloy de; SILVEIRA, Bianca Resende Campos; NAKAO, Cibele Aparecida Santos; GUIMARÃES, Marcela Augusta Rodrigues. Aspectos que influenciam a seletividade alimentar em crianças na fase pré-escolar. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 10, p. 4451–4459, 2023. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i10.12337>.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Saúde. *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*. Brasília: MDS; MS, 2012.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BACKES, Vanessa; SCHMIDT, Jéssica; KETTERMANN, Juliana Cristina. Educação alimentar e nutricional em pré-escolares em uma escola da rede pública de Sapiranga/RS: um relato de experiência. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 9, n. 1, p. 1–10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18316/sdh.v9i1.6037>

COURA, C. P. et al. Innovative methods in nutritional interventions through sensory-based workshops with preschool children. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 35, e210227, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202235e210227>.

COSTA, Dayane Dayse de Melo et al. Relação entre seletividade alimentar e deficiências de micronutrientes em crianças e adolescentes com autismo: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 18, n. 116, p. 903–916, set./out. 2024.

ESPOSITO, Marco; MIRIZZI, Paolo; FADDA, Roberta; PIROLLO, Chiara; RICCIARDI, Orlando; MAZZA, Monica; VALENTI, Marco. Food selectivity in children with autism: guidelines for assessment and clinical interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 6, art. 5092, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20065092>

INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Washington, DC: National Academies Press, 2005.

LOUREIRO, Giovanna Peres et al. Associação entre práticas parentais na alimentação infantil, uso de eletrônicos e seletividade alimentar na infância. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 25, e20240089, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202500000089>

MORAES, Lilia Schug de et al. Seletividade alimentar em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 42–58, 2021.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 5a ed. Rio de Janeiro: SBP; 2024.