



PULSAR EDU

Série: Nutrição e TEA • Volume 1

Meu Filho não come

*Guia clínico e prático para famílias que enfrentam seletividade alimentar
no TEA*

Equipe Pulsar EDU

Coordenação: Dra. Carine Ferreira— Grupo Pulsar, Guarulhos/SP



Apresentação

'Meu filho só come macarrão com manteiga.' 'Ele chora quando os alimentos se tocam no prato.' 'Tentei de tudo e nada funciona.' 'A pediatra diz que é birra, mas eu sei que não é.'

Se você reconhece alguma dessas frases, este e-book foi escrito para você. A seletividade alimentar no TEA é um dos desafios mais estressantes, mais mal compreendidos e mais carregados de julgamento que as famílias enfrentam. E a maior parte dos materiais disponíveis trata o assunto de forma superficial, sem explicar o que está acontecendo neurologicamente, sem oferecer estratégias graduais e seguras, e sem considerar a realidade de famílias que já estão no limite.

Este guia foi desenvolvido pela equipe de especialistas da Pulsar EDU com base em evidências científicas e, principalmente, com base em anos de trabalho clínico com famílias reais em situações reais. Cada estratégia aqui descrita foi testada, ajustada e validada em contexto clínico.

♥ O que você vai encontrar neste e-book

Explicação clara e completa do que causa a seletividade alimentar no TEA, para que você pare de se perguntar 'por que'.

Os três perfis de seletividade e como identificar em qual seu filho se encaixa.

O que nunca fazer e porque muitas estratégias comuns pioram o problema.

O método gradual de exposição alimentar: passo a passo, sem pressa, sem trauma.

Tabela nutricional completa: o que priorizar quando o cardápio é restrito.

Ferramentas para tornar a mesa um espaço seguro e positivo.

Quando e como buscar ajuda profissional especializada.

Uma observação importante antes de começar: este material **não substitui avaliação e acompanhamento profissional**. Se seu filho aceita menos de 7 alimentos, está perdendo peso ou apresenta sinais de desnutrição, procure atendimento médico e nutricional especializado imediatamente.

Este e-book é um guia de orientação, não um protocolo de tratamento individual.



Introdução — Isso não é birra

A hora da refeição deveria ser um momento de conexão, prazer e nutrição. Para milhares de famílias de crianças com TEA, ela se tornou o momento mais temido do dia, repleto de choro, recusa, crises, negociações exaustivas e uma culpa que não tem endereço certo.

E o que torna tudo mais difícil é a quantidade de julgamento que vem de fora. Da pediatra que diz 'é só questão de hábito'. Da avó que afirma 'na minha época comia o que tinha'. Do vizinho que sugere que você está 'deixando ele mandar em você'. De grupos de WhatsApp que prometem soluções milagrosas. E, inevitavelmente, de você mesmo, 'o que estou fazendo de errado?'

A resposta mais importante deste e-book vem logo no início: você provavelmente não está fazendo nada de errado. A seletividade alimentar no TEA não é resultado de permissividade, de uma dieta inadequada durante a gestação ou de alguma falha parental. É uma característica neurológica real, com base fisiológica sólida e documentada e que responde a estratégias específicas, desenvolvidas com base em como o sistema nervoso autista processa os alimentos.

Os números que contextualizam o problema

Entre 70% e 90% das crianças com TEA apresentam algum grau de seletividade alimentar, contra 20% a 30% das crianças neurotípicas.

Crianças com TEA consomem, em média, entre 5 e 20 alimentos diferentes. Crianças neurotípicas consomem entre 20 e 30.

A seletividade alimentar severa (menos de 7 alimentos aceitos) ocorre em aproximadamente 20% das crianças com TEA.

Estudos indicam que a seletividade não tratada tende a se intensificar com a idade, especialmente sem intervenção estruturada antes dos 10 anos.

O impacto nutricional é real: deficiências de ferro, zinco, vitamina D e ômega-3 são significativamente mais comuns em crianças com TEA que apresentam seletividade severa.

Esses números não existem para assustar. Existem para contextualizar: você não está lidando com um problema de comportamento que pode ser resolvido com 'mais firmeza'. Você está lidando com uma característica neurológica que requer abordagem clínica especializada, e esse e-book é o seu primeiro mapa.



♥ **Caso clínico — Família Oliveira — Bernardo, 5 anos, TEA nível 1, seletividade moderada**

A mãe de Bernardo chegou ao atendimento nutricional da Pulsar com uma pasta de documentos: receitas recusadas, listas de alimentos tentados, anotações de estratégias que 'não funcionaram'. Havia tentado esconder brócolis em bolinhos, misturar legumes em purê, oferecer recompensas e fazer 'avião com a colher'. Nada havia dado resultado consistente.

O cardápio de Bernardo era composto por: macarrão com manteiga, arroz branco, frango frito (apenas de uma marca específica), banana, biscoito cream cracker e leite integral. Seis alimentos. Há dois anos sem variação.

Na avaliação inicial, a nutricionista identificou deficiência de ferro e vitamina D nos exames recentes. A terapeuta ocupacional identificou hipersensibilidade tátil oral e aversão olfativa intensa. O problema de Bernardo não era comportamental, era sensorial.

O processo de intervenção durou 8 meses. Ao final, Bernardo aceitava 14 alimentos diferentes e a família havia recuperado a hora da refeição como um momento de relativa tranquilidade.

Nomes utilizados nos exemplos são fictícios para exemplificar e preservar a identidade real das pessoas envolvidas.



Capítulo 1 — O que é seletividade alimentar no TEA?

1.1 Definição clínica e diferenciação

Seletividade alimentar é a recusa persistente e consistente de determinados alimentos com base em características sensoriais, textura, cor, cheiro, temperatura, aparência ou sabor, de forma que vai muito além da preferência alimentar comum e que impacta significativamente a variedade nutricional da criança.

No TEA, a seletividade alimentar é classificada como parte de um fenômeno mais amplo chamado ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder — Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo), que no DSM-5 é reconhecido como condição clínica distinta. A ARFID no TEA tem características específicas que a diferenciam de outras formas de seletividade e que determinam as estratégias de intervenção.

A distinção mais importante que um pai ou cuidador pode fazer é entre seletividade baseada em sensorialidade e recusa comportamental. Essa diferença não é apenas teórica, ela determina completamente a abordagem terapêutica correta.

Seletividade sensorial (TEA)	Recusa comportamental
Base neurológica — processamento sensorial atípico	Base comportamental — aprendizagem e reforço
Consistente independentemente do contexto ou recompensa	Varia conforme contexto, audiência e consequências
Associada a reações físicas reais (náusea, gag reflex, angústia)	Pode ser flexível quando há motivação suficiente
Não responde à firmeza ou à privação de alimentos alternativos	Pode responder a sistemas de recompensa e consequências
Piora com pressão e forçamento	Pode melhorar com limites consistentes
Requer intervenção de TO e nutricionista especializado	Pode ser abordada com orientação comportamental padrão



⚠️ Atenção clínica importante

Na prática, muitas crianças com TEA apresentam uma combinação de seletividade sensorial e componentes comportamentais aprendidos ao longo do tempo.

Tratar seletividade sensorial com abordagem puramente comportamental (privação de alternativas, sistemas de recompensa intensivos) sem o componente de integração sensorial pode gerar trauma alimentar duradouro.

A avaliação por terapeuta ocupacional com especialização em integração sensorial é fundamental para determinar o perfil específico da criança antes de iniciar qualquer intervenção estruturada.

1.2 Impactos reais na saúde e na família

A seletividade alimentar não tratada tem impactos concretos e mensuráveis em três dimensões:

Impactos nutricionais

Quando o cardápio é restrito a 5-10 alimentos, a probabilidade de deficiências nutricionais é alta. Os nutrientes mais frequentemente deficientes em crianças com TEA e seletividade incluem:

- Ferro: essencial para o desenvolvimento neurológico e para a função imunológica. Deficiência associada a fadiga, irritabilidade e piora dos sintomas comportamentais.
- Zinco: impacta o sistema imune, a cicatrização e o próprio olfato e paladar, deficiência pode paradoxalmente piorar a seletividade.
- Vitamina D: associada a regulação do humor, função muscular e imunidade. Deficiência muito comum em crianças com TEA.
- Ômega-3: fundamental para a função neurológica e para a redução de inflamação. Crianças que recusam peixes raramente atingem níveis adequados pela dieta.
- Cálcio e vitamina B12: especialmente críticos em crianças que recusam laticínios e carnes.

Impactos no desenvolvimento social

A alimentação é profundamente social. Aniversários, festas, almoços de família, lanches na escola, situações que para a maioria das crianças são momentos de prazer e conexão, para



a criança com seletividade severa podem ser fontes de ansiedade intensa, exclusão e vergonha.

Com o tempo, esse impacto se expande: as famílias começam a evitar situações sociais que envolvam alimentação, a criança desenvolve ansiedade antecipatória em relação a qualquer situação em que comida esteja presente, e o isolamento social se aprofunda.

Impactos na dinâmica familiar

A hora da refeição com uma criança com seletividade severa pode se tornar o epicentro do estresse familiar. Pais que preparam refeições separadas, que negociam por horas, que evitam restaurantes e casas de familiares, que enfrentam comentários e julgamentos constantes, esse desgaste é real e precisa ser reconhecido.

♥ Caso clínico — Família Costa — Isabela, 7 anos, TEA nível 2, seletividade severa

A mãe de Isabela relatou na avaliação inicial que havia parado completamente de aceitar convites sociais que envolvessem alimentação. 'Não vou mais à casa da minha mãe para almoçar. Não levo ela a restaurantes. Na festa da escola, fico do lado dela para garantir que ninguém fique me olhando quando ela recusa o bolo.'

O impacto na vida social da família era severo. O pai havia começado a ir sozinho aos almoços de família. A mãe descrevia uma sensação crescente de isolamento e vergonha.

O trabalho terapêutico com a família de Isabela começou, antes mesmo das estratégias alimentares, com psicoeducação para a família extensa e com o fortalecimento da rede de suporte da mãe. Sem isso, qualquer estratégia alimentar seria implementada em um ambiente de estresse que comprometeria os resultados.

Nomes utilizados nos exemplos são fictícios para exemplificar e preservar a identidade real das pessoas envolvidas.



Capítulo 2 — Por que o cérebro autista reage diferente à comida

2.1 Processamento sensorial atípico: a neurologia da recusa

Para compreender a seletividade alimentar no TEA em profundidade, é necessário entender o que acontece no sistema nervoso da criança quando ela é exposta a um alimento que não faz parte do seu repertório seguro.

O sistema nervoso central integra continuamente informações de todos os sentidos, visão, audição, tato, olfato, paladar, propriocepção, vestibular, e produz uma resposta adaptativa. Em pessoas neurotípicas, essa integração é relativamente eficiente e permite que estímulos moderados sejam processados sem ativar respostas de alarme.

Em muitas crianças com TEA, esse sistema de integração sensorial funciona de forma atípica. Os limiares sensoriais são diferentes, alguns canais são hipersensíveis (registram demais) e outros são hipossensíveis (registram de menos). No contexto alimentar, isso se traduz em experiências sensoriais que, para o sistema nervoso da criança, são genuinamente insuportáveis.

Como cada sentido pode contribuir para a recusa alimentar no TEA

- **TATO ORAL (textura):** é frequentemente o canal mais impactado. Texturas cremosas, pastosas, gelatinosas, com pedaços ou fibrosas podem ativar o reflexo de gag (reflexo de náusea) em crianças com hipersensibilidade tátil oral. O que parece 'frescura' é uma resposta neurológica real.
- **OLFATO:** o sistema olfativo tem conexão direta com a amígdala (centro do medo e emoção). Em crianças com hipersensibilidade olfativa, cheiros que adultos mal percebem podem ser percebidos como intensamente repulsivos e ativadores de ansiedade.
- **VISÃO:** cor, brilho, formato e integridade visual do alimento. Alimentos misturados, com manchas, com textura visual irregular ou com apresentação diferente do habitual podem ser recusados antes mesmo de chegar à boca.
- **PALADAR:** sabores sutilmente amargos, ácidos ou umami são percebidos com intensidade muito maior por crianças com hipersensibilidade gustativa. O que para um adulto é 'levemente amargo' pode ser insuportavelmente amargo para a criança.



- **TEMPERATURA:** muitas crianças aceitam apenas alimentos dentro de uma faixa específica de temperatura, não muito quente, não muito frio, não morno. Variações pequenas podem causar recusa.
- **PROPRIOCEPÇÃO E MASTIGAÇÃO:** a força necessária para mastigar certos alimentos, a resistência ao corte, a forma como o alimento se dissolve na boca, tudo isso é processado e pode gerar desconforto real em crianças com processamento proprioceptivo atípico.

2.2 O papel da ansiedade e da memória alimentar

Além do processamento sensorial em tempo real, há outro componente crítico na seletividade alimentar do TEA: a memória emocional associada a alimentos. O sistema límbico, especialmente o hipocampo e a amígdala, registra as experiências alimentares com forte tonalidade emocional.

Uma criança que foi forçada a engolir um alimento e vomitou, ou que teve uma reação física intensa, ou que experimentou um alimento durante um momento de alto estresse, pode desenvolver uma associação emocional negativa duradoura com aquele alimento, mesmo que, sensorialmente, ele pudesse ser tolerável em outro contexto.

Isso explica por que tantas crianças com TEA recusam alimentos que já aceitaram no passado: a memória emocional de uma experiência ruim (uma textura diferente, um sabor mais intenso, um momento de pressão) pode ser suficiente para 'fechar' aquele alimento permanentemente, a menos que seja trabalhado de forma estruturada.

O modelo do copo e da tolerância sensorial

Imagine que cada criança tem um 'copo de tolerância sensorial' que é preenchido ao longo do dia por todos os estímulos que ela processa, barulho da escola, toque de colegas, luz fluorescente, cheiro do refeitório, transições entre atividades.

Quando esse copo chega à hora do almoço já quase cheio, qualquer estímulo sensorial adicional, um cheiro diferente, uma textura nova, pode fazê-lo transbordar.

Por isso, crianças com TEA frequentemente são mais receptivas a experimentar alimentos novos em ambientes calmos, em horários de menor sobrecarga sensorial, e com poucas variáveis novas ao mesmo tempo.

Não é inconsistência, é neurologia.



2.3 O papel da necessidade de previsibilidade

Crianças com TEA têm, em geral, uma necessidade muito maior de previsibilidade e consistência do que crianças neurotípicas. Essa necessidade está ligada ao funcionamento do córtex pré-frontal e às diferenças no processamento da incerteza, o cérebro autista tende a registrar a novidade como ameaça, não como oportunidade.

No contexto alimentar, isso se manifesta como uma preferência intensa pelos mesmos alimentos, nas mesmas marcas, com a mesma apresentação, no mesmo prato. O cardápio restrito não é apenas 'o que a criança gosta', é uma estratégia de regulação emocional. Ele elimina a incerteza de uma situação que, sensorialmente, pode ser muito desafiadora.

Compreender isso muda completamente a abordagem. Forçar variedade de forma brusca não amplia o repertório alimentar, aumenta a ansiedade e pode levar à contração ainda maior do cardápio como resposta defensiva.



Capítulo 3 — Os três perfis de seletividade

3.1 Por que classificar o perfil importa

Não existe uma intervenção única para seletividade alimentar no TEA. A estratégia mais eficaz depende do perfil específico da criança, da intensidade da seletividade, dos sentidos mais impactados, do histórico alimentar e do nível de ansiedade associado.

Os três perfis apresentados a seguir são uma ferramenta clínica de orientação, não diagnósticos formais. O objetivo é ajudar famílias a identificar com mais precisão a situação do filho e a calibrar as expectativas sobre o processo de intervenção.

● Perfil 1 — Seletividade Leve

- Aceita entre 15 e 25 alimentos diferentes, com alguma variação entre grupos alimentares.
- Tem preferências sensoriais claras (ex: prefere alimentos crocantes a cremosos) mas consegue tolerar exceções ocasionais.
- A recusa a alimentos novos é frequente, mas com exposição gradual e baixa pressão, pode experimentar.
- Come em ambientes variados (escola, restaurantes, casa de familiares) sem crises intensas.
- O impacto nutricional é leve a moderado, exames geralmente dentro dos limites, com possíveis deficiências pontuais.
- Estratégia indicada: orientação familiar, introdução gradual de novos alimentos, ajustes ambientais simples.

● Perfil 2 — Seletividade Moderada

- Aceita entre 8 e 14 alimentos, geralmente concentrados em um ou dois grupos (ex: apenas carboidratos simples e proteínas específicas).
- Recusa intensa baseada em textura, cor ou apresentação, alimentos misturados no prato causam recusa de tudo.
- Crises significativas quando o alimento habitual é modificado (marca diferente, forma de preparo diferente, apresentação visual alterada).
- Dificuldade evidente em comer fora de casa ou em situações novas.
- Risco nutricional moderado, exames de acompanhamento necessários, possível necessidade de suplementação.



- Estratégia indicada: intervenção estruturada com nutricionista e TO, hierarquia de exposição formal, possível suplementação.

● Perfil 3 — Seletividade Severa

- Aceita menos de 7 alimentos, frequentemente todos da mesma categoria sensorial (ex: apenas alimentos brancos/claros, apenas crocantes, apenas de textura homogênea).
- Recusa categórica e sem exceções, não experimenta novos alimentos independentemente da estratégia usada sem suporte profissional.
- Risco nutricional real e documentado, deficiências em múltiplos nutrientes, possível impacto no crescimento.
- Impacto severo na vida social e familiar.
- Frequentemente associada a ansiedade alimentar intensa, a simples presença de alimentos não aceitos no mesmo ambiente pode causar crise.
- Estratégia indicada: equipe multiprofissional (nutricionista, TO, fonoaudiólogo, psicólogo), intervenção estruturada de longo prazo, acompanhamento médico regular.

✍ Exercício 1 — Mapeando o cardápio atual do seu filho

Esta atividade vai te dar o ponto de partida mais importante para qualquer intervenção alimentar.

Passo 1: Liste todos os alimentos que seu filho aceita comer com regularidade.

Passo 2: Para cada alimento, anote:

- Textura: crocante / mole / pastoso / líquido / misto
- Cor predominante
- Temperatura preferida: quente / temperatura ambiente / frio
- Grupo alimentar: carboidrato / proteína / fruta / vegetal / laticínio / outro

Passo 3: Analise os padrões:

- Há uma textura que predomina? (Ex: maioria crocante)
- Há cores que se repetem? (Ex: maioria amarela/bege/branca)
- Algum grupo alimentar completamente ausente?



Passo 4: Identifique um alimento novo que compartilha características com os alimentos aceitos.

Exemplo: se seu filho aceita biscoito cream cracker (crocante, bege), um candidato de baixo risco é um palito de pão (crocante, bege).

Esse mapa é o ponto de partida para a hierarquia de exposição do Capítulo 5.



Capítulo 4 — O que NÃO fazer

4.1 Por que as estratégias intuitivas falham

Quando uma criança não come, os instintos parentais naturais são: insistir, esconder o alimento problemático em outro, oferecer recompensas, ou simplesmente não oferecer alternativas até que ela 'tenha fome suficiente para comer'. Essas estratégias parecem lógicas. No TEA, elas são sistematicamente contraproducentes.

Entender por que elas falham, não apenas que falham, é fundamental para libertar o cuidador da culpa de 'ter tentado tudo e não ter funcionado'. Você não falhou. A estratégia é que não era adequada para o perfil do seu filho.

Forçar: 'Não sai da mesa até comer'

Esta é a estratégia mais frequentemente relatada por famílias que chegam ao atendimento, e a que mais consistentemente piora a seletividade a longo prazo. O mecanismo é claro: forçar a criança a comer um alimento que causa desconforto sensorial real cria uma associação emocional negativa intensa entre aquele alimento e a experiência de angústia. A amígdala registra e memoriza. Na próxima exposição, a ansiedade é ainda maior.

Além disso, forçar viola o princípio fundamental da intervenção na seletividade: o progresso precisa acontecer dentro da janela de tolerância da criança, não além dela. Qualquer avanço obtido através de coerção não é sustentável, e frequentemente gera retrocesso.

Esconder: misturar alimentos sem avisar

Esconder brócolis em bolinhos, misturar legumes em molho, adicionar proteína em pão, são estratégias populares que, para crianças neurotípicas com preferências moderadas, podem funcionar. Para crianças com TEA e hipersensibilidade sensorial, são particularmente problemáticas por dois motivos.

Primeiro: muitas crianças com TEA têm capacidade sensorial aguçada o suficiente para detectar o alimento 'escondido', e quando isso acontece, a experiência de 'traição' pode destruir a confiança na comida e nas pessoas que a preparam. Segundo: mesmo quando a estratégia 'funciona' no curto prazo, ela não expande o repertório alimentar real da criança, ela apenas contorna temporariamente a recusa sem construir tolerância.



Recompensas como motivação principal

Oferecer sobremesa, tela ou brinquedo em troca de provar um alimento novo pode parecer razoável. O problema é que esse modelo torna o alimento novo instrumentalmente associado à recompensa, não construindo tolerância genuína. Quando a recompensa não está disponível (na escola, na casa de um familiar), a criança não tem recursos internos para lidar com o alimento.

Recompensas podem ser usadas como parte de um protocolo estruturado, mas nunca como única estratégia, e nunca na forma de 'coma isso para ganhar aquilo'. A diferença está em recompensar o esforço de exposição (tocar, cheirar, ter o alimento no prato), não o consumo.

Não oferecer alternativas até 'ter fome'

A lógica parece simples: se a criança estiver com fome suficiente, vai comer o que tiver. No TEA, isso não funciona, e pode ser perigoso. Uma criança com seletividade severa é capaz de ficar longos períodos sem comer a ponto de entrar em hipoglicemia antes de aceitar um alimento que causa aversão sensorial intensa. A fome não supera a aversão neurológica.

⊗ Resumo: condutas que sabotam a intervenção alimentar no TEA

- Forçar a ingestão: cria trauma alimentar e piora a ansiedade em torno da comida.
- Esconder alimentos sem avisar: quebra a confiança e não constrói tolerância real.
- Pressionar durante a refeição: aumenta o estresse e o nível sensorial no momento mais crítico.
- Expressar frustração ou decepção: a criança percebe e associa a emoção ao alimento.
- Comparar com irmãos ou outras crianças: gera vergonha sem produzir mudança.
- Mudar a marca, apresentação ou receita sem aviso: pode eliminar alimentos do repertório aceito.
- Privação de alternativas como estratégia: perigoso nutricionalmente, ineficaz clinicamente.
- Insistir no mesmo alimento recusado por semanas sem hierarquia estruturada: reforça a recusa.



♥ **Caso clínico — Família Mendes — Eduardo, 6 anos, TEA nível 1, seletividade leve-moderada**

A mãe de Eduardo chegou ao atendimento relatando que havia tentado a estratégia de 'não oferecer alternativas' durante três dias, recomendada por um familiar. O resultado: Eduardo ficou 36 horas sem comer nenhum alimento sólido, apenas água e leite. No terceiro dia, comeu o macarrão aceito com angústia evidente, e nas semanas seguintes a ansiedade ao redor da hora da refeição aumentou significativamente.

A intervenção começou com restaurar a segurança alimentar de Eduardo (garantir que seus alimentos seguros estivessem sempre disponíveis) antes de qualquer trabalho de expansão. Isso é uma regra clínica na abordagem de seletividade no TEA: a segurança alimentar vem sempre antes da expansão.

Nomes utilizados nos exemplos são fictícios para exemplificar e preservar a identidade real das pessoas envolvidas.



Capítulo 5 — O método gradual: a hierarquia de exposição

5.1 O princípio fundamental

O método gradual de exposição alimentar é baseado em dois princípios que se complementam: a neuroplasticidade (o cérebro é capaz de construir novas associações quando exposições são repetidas em condições de segurança) e a hierarquia de tolerância (o progresso acontece em etapas incrementais, cada uma consolidada antes de avançar para a próxima).

O objetivo não é fazer a criança comer o alimento novo rapidamente. O objetivo é construir uma associação gradualmente positiva, ou ao menos neutra, entre a criança e o alimento, diminuindo a resposta de ansiedade e aumentando a tolerância sensorial etapa por etapa.

A regra mais importante de todo o processo: nunca pule etapas. A impaciência é o maior sabotador da intervenção alimentar no TEA. Um avanço prematuro pode desfazer semanas de progresso em um único episódio mal-conduzido.

5.2 A hierarquia de exposição em 10 etapas

A hierarquia a seguir é baseada no modelo 'Food Chaining' desenvolvido por Cheri Fraker e colaboradores, adaptado para a realidade clínica da Pulsar:

As 10 etapas da hierarquia de exposição alimentar

- Etapa 1 — PRESENÇA NO AMBIENTE: o alimento existe no mesmo cômodo que a criança. Ela o vê de longe, sem obrigação de interação. Duração sugerida: 3-5 dias até ausência de resposta de estresse.
- Etapa 2 — PRESENÇA NA MESA: o alimento está sobre a mesa, em local visível, sem estar no prato da criança. A criança come seus alimentos habituais. Duração: até que a presença seja ignorada.
- Etapa 3 — PRESENÇA NO PRATO: o alimento está no mesmo prato, mas em compartimento separado ou na borda, sem tocar os alimentos aceitos. Sem expectativa de interação. Duração: até que seja ignorado.



- Etapa 4 — INTERAÇÃO COM UTENSÍLIO: convidar (nunca forçar) a criança a tocar o alimento com um garfo, colher ou palito. 'Você quer empurrar para o lado?' Duração: até que seja feito sem ansiedade.
- Etapa 5 — CONTATO COM A MÃO: a criança toca o alimento com os dedos voluntariamente. Pode ser em contexto de brincadeira, fora da hora da refeição. Duração: até que seja confortável.
- Etapa 6 — EXPLORAÇÃO SENSORIAL: a criança examina o alimento de perto, olha, cheira, descreve como parece. Pode ser parte de uma 'investigação científica' divertida.
- Etapa 7 — CONTATO COM OS LÁBIOS: a criança toca o alimento com os lábios. Pode ser brevíssimo. Escupir imediatamente é completamente permitido. Celebre o gesto, não o resultado.
- Etapa 8 — ENTRADA NA BOCA: a criança coloca o alimento na boca. Mastigar e cuspir é permitido. O objetivo é o contato oral sem ansiedade.
- Etapa 9 — MASTIGAÇÃO: a criança mastiga o alimento. Engolir ainda não é esperado. Duração: até que a mastigação seja confortável.
- Etapa 10 — INGESTÃO: a criança engole. Começa com porções mínimas, um mordisco, não uma garfada cheia.

Expectativas de tempo realistas

Cada etapa pode durar de alguns dias a várias semanas, dependendo do perfil de seletividade da criança e do nível de ansiedade associado.

Para seletividade leve: o processo completo para um alimento novo pode durar 4-8 semanas.

Para seletividade moderada: 8-16 semanas por alimento.

Para seletividade severa: o processo pode levar meses, e frequentemente requer suporte de TO.

Não existe 'lento demais'. Existe progresso sustentável e progresso que vai desfazer.

Um retrocesso não é fracasso, é informação. Significa que a etapa anterior precisa de mais consolidação.

5.3 Condições que otimizam o processo

A hierarquia de exposição só funciona de forma consistente quando algumas condições ambientais e emocionais estão presentes. Ignorar essas condições é uma das principais causas de insucesso nas tentativas autônomas das famílias.



- Ambiente de baixo estresse: não inicie exposições quando a criança está exausta, sobrecarregada ou em dias de alta agitação. O copo sensorial precisa estar com espaço.
- Ausência de pressão social: não realize exposições com avós, tios ou outras pessoas que tendem a comentar ou a demonstrar reações. A audiência aumenta a ansiedade.
- Consistência e regularidade: exposições irregulares produzem progressos irregulares. A regularidade diária ou em dias específicos da semana é mais eficaz que sessões intensas e esparsas.
- Modelagem adulta: adultos comendo o mesmo alimento com prazer visível durante as exposições aumenta a aceitação, especialmente nas etapas iniciais.
- Linguagem de escolha: 'Você quer tocar com o dedo indicador ou com o polegar?' dá à criança senso de controle. Controle reduz ansiedade.
- Celebração do processo, não do resultado: celebre cada etapa completada, não a ingestão final. A criança precisa aprender que exposição é segura, e celebração reforça isso.

Exercício 2 — Plano de exposição — primeiros 14 dias

Escolha um alimento candidato para trabalhar nas próximas semanas.

Critério: deve ter pelo menos 2 características em comum com alimentos que seu filho já aceita.

Exemplo: se ele aceita biscoito (crocante, bege) → candidato: palito de pão (crocante, bege).

Semana 1:

Dias 1-3: alimento candidato fica visível na bancada da cozinha (não na mesa).

Dias 4-7: alimento candidato fica sobre a mesa durante as refeições (não no prato).

Registre: seu filho reagiu com ansiedade? Ignorou? Perguntou sobre o alimento?

Semana 2:

Dias 8-10: alimento no prato, em compartimento separado.

Dias 11-14: convide (sem pressão) a interação com utensílio.

Anote suas observações diariamente. O padrão de resposta ao longo dos dias é a informação mais valiosa que você tem.



Capítulo 6 — Nutrição na prática

6.1 Prioridades nutricionais quando o cardápio é restrito

Quando o cardápio da criança é limitado, a pergunta mais urgente não é 'como fazer ele comer mais coisas', é 'como garantir que o que ele come já forneça o mínimo necessário para o desenvolvimento adequado'. Essa é a função da abordagem nutricional especializada.

A estratégia nutricional para crianças com seletividade severa trabalha em dois eixos simultâneos: otimizar o valor nutricional dos alimentos já aceitos e, quando necessário, suplementar os nutrientes críticos que não podem ser obtidos pela dieta atual.

6.2 Tabela de nutrientes críticos no TEA

Nutriente	Por que é crítico no TEA	Fontes alimentares acessíveis
Ferro	Desenvolvimento neurológico, função imune, transporte de oxigênio. Deficiência associada a irritabilidade e piora comportamental.	Carne vermelha, fígado, feijão, lentilha, espinafre, semente de abóbora. Absorção aumentada com vitamina C.
Zinco	Função imune, cicatrização, paladar e olfato. Deficiência pode paradoxalmente piorar a seletividade.	Carne, ovos, queijo, semente de abóbora, castanha de caju.
Ômega-3 (DHA/EPA)	Função neurológica, comunicação entre neurônios, redução de inflamação. Impacto direto em comportamento e aprendizagem.	Peixes gordos (salmão, atum, sardinha), linhaça, chia, nozes. Suplementação frequentemente necessária.
Vitamina D	Regulação do humor, função muscular, imunidade, expressão gênica. Deficiência muito comum em TEA.	Exposição solar (principal fonte), gema de ovo, peixes gordos. Suplementação quase sempre indicada.
Cálcio	Saúde óssea, função muscular e nervosa. Crítico em crianças que recusam laticínios.	Leite, queijo, iogurte, couve, brócolis, tofu, sardinha com espinha.



Vitamina B12	Função neurológica, produção de células vermelhas. Crítica em crianças que recusam carnes e ovos.	Carnes, ovos, laticínios, alimentos fortificados. Suplementação indicada em dietas restritas.
Magnésio	Regulação do sono, redução de ansiedade, função muscular. Frequentemente deficiente em TEA.	Banana, abacate, chocolate amargo (70%+), oleaginosas, leguminosas.
Vitamina C	Imunidade, absorção de ferro, antioxidante. Fundamental para maximizar a absorção do ferro dos alimentos aceitos.	Frutas cítricas, acerola, goiaba, kiwi. Se frutas são recusadas, suco natural (sem açúcar) pode ser alternativa.

6.3 Estratégias de enriquecimento nutricional

O enriquecimento nutricional consiste em aumentar o valor nutritivo dos alimentos já aceitos, sem alterar as características sensoriais que determinam a aceitação. É uma estratégia paliativa, não substitui a expansão do cardápio, mas é fundamental para garantir nutrição adequada enquanto o processo de exposição avança.

Exemplos práticos de enriquecimento dos alimentos mais comuns

- Macarrão branco (aceito pela maioria): substituir gradualmente por macarrão proteico (com lentilha ou grão-de-bico na farinha) — a diferença de textura é mínima. Adicionar azeite de oliva extra virgem após o preparo (invisível, sem alteração sensorial, rico em ômega-9).
- Arroz branco: preparar com caldo caseiro de frango (aumenta sabor aceitável e adiciona minerais). Adicionar uma colher de sopa de manteiga para aumentar calorias e palatabilidade.
- Frango: marinar por horas antes do preparo amacia a textura e pode reduzir a resistência à mastigação. Temperos suaves aceitos pela criança podem ser usados consistentemente.
- Biscoito simples (cream cracker, maisena): oferecer com pasta de amendoim (proteína + gordura boa) para crianças que aceitam textura pastosa no toque, não na boca, o biscoito serve de veículo.
- Leite: vitaminar com fruta aceita e uma colher de pasta de amendoim ou uma gema de ovo cozida (sem alteração visual ou gustativa perceptível para muitas crianças).
- Banana: é frequentemente aceita e pode ser amassada e misturada em preparações cozidas para adicionar potássio, magnésio e carboidratos de qualidade.



☒ Sobre suplementação: o que todo pai precisa saber

A suplementação vitamínica e mineral é frequentemente indicada em crianças com seletividade moderada a severa, mas deve ser prescrita por médico ou nutricionista após avaliação e exames laboratoriais.

A suplementação sem monitoramento pode ser prejudicial: vitamina A e D em excesso são tóxicas, ferro em excesso causa problemas gastrointestinais.

Formas líquidas ou mastigáveis geralmente têm melhor aceitação. A palatabilidade do suplemento é um critério clínico real, um suplemento que a criança recusa não tem utilidade.

Exames de sangue semestrais são recomendados para crianças com seletividade moderada a severa, independentemente de suplementação.



Capítulo 7 — A mesa como espaço seguro

7.1 O ambiente como variável terapêutica

Em toda intervenção alimentar com crianças com TEA, o ambiente é tratado como uma variável terapêutica, não como pano de fundo neutro. As características físicas e sensoriais do espaço onde a refeição acontece afetam diretamente o nível de tolerância sensorial disponível para a alimentação.

Um ambiente que já está no limite sensorial da criança (barulho alto, luz fluorescente intensa, muita atividade ao redor) chega à hora da refeição com o 'copo sensorial' quase cheio, e qualquer estímulo alimentar novo, por menor que seja, pode fazer transbordar. Adaptar o ambiente da refeição é uma das intervenções de maior custo-benefício na seletividade alimentar.

Adaptações ambientais para a hora da refeição

- Consistência de local: mesmo lugar, mesma cadeira, mesmas louças. A previsibilidade do contexto físico libera capacidade cognitiva para lidar com o alimento.
- Redução de estímulos sonoros: televisão desligada, músicas suaves ou silêncio. Cada estímulo sonoro competindo com a experiência alimentar aumenta a carga sensorial total.
- Iluminação adequada: evitar luz fluorescente direta sobre a mesa. Luz indireta ou natural é preferível para a maioria das crianças com hipersensibilidade visual.
- Temperatura do ambiente: ambientes muito quentes ou frios podem aumentar a irritabilidade e reduzir a tolerância sensorial.
- Louças e utensílios consistentes: mudar o prato pode ser suficiente para gerar recusa em crianças com alta necessidade de previsibilidade visual.
- Separação visual dos alimentos: divisores de prato ou pratos com compartimentos são ferramentas clínicas eficazes, não frescura.

7.2 O envolvimento da criança no preparo

Uma das descobertas mais consistentes na literatura sobre seletividade alimentar é que crianças que participam do preparo dos alimentos têm maior probabilidade de aceitá-los. O mecanismo é multifatorial: controle e agência reduzem ansiedade; a familiaridade progressiva



com o alimento cru, antes de chegar ao prato, constrói exposição gradual; o orgulho de ter 'feito' algo aumenta a motivação para experimentar.



Como envolver seu filho no preparo de forma segura e gradual

- Lavar frutas e vegetais: contato sensorial controlado, água que facilita a tolerância tátil, sem pressão de ingestão.
- Misturar ingredientes secos: bater, mexer, amassar, atividades proprioceptivas que muitas crianças com TEA acham regulatórias.
- Montar o próprio prato: escolher a quantidade e a posição de cada alimento dá agência e controle.
- Usar cortadores de biscoito em vegetais cozidos: transformar um alimento rejeitado em forma familiar (estrela, coração) pode reduzir a aversão visual.
- Nomear receitas: 'arroz do Pedro', 'frango especial', criar identidade positiva ao redor de alimentos.
- Fotografar as próprias criações: documentar o progresso visualmente pode ser motivador para crianças que gostam de registros e listas.

7.3 Brincando com comida: exposição sem pressão

Sessões de 'brincar com comida', completamente separadas da hora da refeição, são uma das ferramentas mais eficazes para reduzir a ansiedade de exposição alimentar em crianças com seletividade severa. O princípio é simples: quando não há expectativa de comer, a ativação da amígdala é menor, e a criança pode tolerar uma proximidade com o alimento que seria impossível no contexto de refeição.



Ideias de brincadeiras com comida sem pressão de ingestão

Pintar com purê de batata, molho de tomate ou iogurte colorido.

Construir torres ou esculturas com brócolis, cenoura cozida ou macarrão.

Fazer 'carimbos' com metades de frutas (laranja, maçã) e tinta comestível.

Classificar alimentos por cor, tamanho ou textura sem comer nenhum.

Fazer 'experimentos': o que acontece quando você esmaga uma uva? Quando você bate um biscoito?

Dar 'banho' em alimentos: lavar vegetais com água morna pode ser uma atividade regulatória prazerosa.

IMPORTANTE: essas atividades funcionam apenas quando não há nenhuma expectativa ou convite para ingestão. A segurança de 'não preciso comer' é a condição que permite a exploração.



Capítulo 8 — Quando buscar ajuda profissional

8.1 Limites da intervenção autônoma

Este e-book oferece orientações baseadas em evidências que muitas famílias conseguem implementar com sucesso de forma autônoma, especialmente nos casos de seletividade leve. No entanto, há situações em que a intervenção profissional não é opcional. Identificar esses limites com clareza é fundamental para evitar que famílias continuem tentando estratégias inadequadas quando a criança precisa de suporte especializado.

Sinais de que é hora de buscar avaliação profissional urgente

- Seu filho aceita menos de 7 alimentos diferentes.
- Houve perda de peso nos últimos 3 meses ou parada de crescimento.
- A criança vomita frequentemente durante ou após as refeições.
- Há engasgos frequentes ou episódios de tosse intensa durante a alimentação.
- A criança recusa líquidos além de água ou leite, risco de desidratação.
- Os exames de sangue mais recentes mostram deficiências documentadas.
- As estratégias deste e-book não produziram nenhum progresso após 4-6 semanas.
- A ansiedade alimentar está aumentando em vez de diminuir com as exposições.
- A hora da refeição tornou-se um momento de crise diária com impacto severo na família.

8.2 A equipe multidisciplinar ideal

A seletividade alimentar severa no TEA raramente responde a uma única especialidade. A intervenção mais eficaz é multidisciplinar, com cada profissional contribuindo com uma dimensão específica do problema.

Equipe recomendada para seletividade moderada a severa

- Nutricionista especializado em TEA: avaliação nutricional completa, plano alimentar individualizado, orientação sobre suplementação e enriquecimento dos alimentos aceitos.



- Terapeuta Ocupacional com especialização em integração sensorial: avaliação do perfil sensorial oral, desenvolvimento de protocolo de dessensibilização, orientação sobre adaptações ambientais.
- Fonoaudiólogo: avaliação da motricidade orofacial, identificação de dificuldades de mastigação e deglutição, trabalho com as funções orais que impactam a alimentação.
- Psicólogo (ABA ou TCC): manejo da ansiedade alimentar, desenvolvimento de hierarquia de exposição estruturada, suporte ao sistema familiar.
- Gastroenterologista pediátrico: investigação de causas orgânicas (refluxo, intolerâncias, alterações anatômicas) que podem estar contribuindo para a seletividade.
- Médico pediatra ou nutrólogo: coordenação clínica, solicitação de exames, prescrição de suplementação quando indicada.

♥ Atendimento integrado Pulsar

O Grupo Pulsar oferece atendimento integrado para seletividade alimentar, com nutricionista especializado em TEA trabalhando em conjunto com terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

Nossa abordagem inclui avaliação inicial multidisciplinar, definição do perfil sensorial oral, plano nutricional individualizado e orientação familiar estruturada.

Entre em contato para agendar uma avaliação inicial.



Conclusão — Uma refeição de cada vez

Expandir o cardápio de uma criança com TEA é uma das jornadas mais lentas e mais recompensadoras que uma família pode empreender. Haverá semanas de progresso visível, e semanas em que parece que nada mudou. Haverá alimentos que avançam rapidamente pela hierarquia e alimentos que ficam parados na etapa 2 por meses.

Tudo isso é normal. Tudo isso é parte do processo.

O que muda com o tempo, e que muitas famílias relatam como a transformação mais significativa, não é apenas o cardápio. É a relação da criança com a comida. É a mesa deixando de ser um campo de batalha e tornando-se um espaço de relativa paz. É o cuidador parando de se sentir fracassado e passando a se sentir instrumentalizado.

Isso não tem preço, e é completamente possível.

♥ Para levar com você

Seu filho não está te desafiando. O sistema nervoso dele está pedindo ajuda. Você, ao buscar este material, já está respondendo a esse pedido da forma mais amorosa e competente possível. Comece pequeno. Comece hoje. Uma etapa, um alimento, uma refeição de cada vez. E se precisar de mais, a Pulsar está aqui.

Próximos passos práticos para começar esta semana:

1. Faça o mapeamento do cardápio atual (Exercício 1).
2. Identifique o perfil de seletividade do seu filho (Capítulo 3).
3. Escolha um alimento candidato para iniciar a hierarquia de exposição.
4. Adapte um elemento do ambiente da refeição (Capítulo 7).
5. Se os sinais de alerta do Capítulo 8 se aplicam, agende avaliação profissional.



Sobre a Pulsar

O Grupo Pulsar — Núcleo de Desenvolvimento e Aprendizagem é uma clínica especializada em TEA e neurodesenvolvimento, fundada em março de 2025 pela Dra. Carine Cruz Ferreira, em Guarulhos/SP.

Por que escolher a Pulsar?

- **Equipe Qualificada:** Profissionais em constante atualização com o que há de mais moderno na literatura científica.
- **Práticas Baseadas em Evidências:** Tudo o que fazemos tem um "porquê" técnico e um objetivo claro.
- **Supervisão de Excelência:** Garantimos que cada etapa do atendimento seja acompanhada por responsáveis técnicos experientes.
- **Foco na Família:** Não atendemos apenas a criança; acolhemos e capacitamos os pais para que o desenvolvimento continue em casa.

Não entregue o futuro do seu filho ao improviso. Busque um local que trate a evolução dele com a seriedade que a ciência exige e o carinho que a sua família merece.

Pulsar: Ciência, Ética e Desenvolvimento Humano

Entre em contato com a Pulsar

📍 Rua Ipê, 91 – Centro - Guarulhos/SP | (11) 9 9331-3584

🌐 grupopulsar.com.br

📷 [@pulsartea](https://www.instagram.com/pulsartea)

© 2025 – Todos os direitos reservados

Autoria e criação: Carine Ferreira – Fonoaudióloga, especialista em autismo e desenvolvimento infantil.
Fundadora do Grupo Pulsar.

Este material é protegido por direitos autorais.

A reprodução, distribuição ou modificação, total ou parcial, sem a devida autorização da autora é proibida conforme a Lei nº 9.610/98 (Lei de Direitos Autorais).