

# Cartilha Educação Alimentar Infantil em Casas Especiais



## **NOTA DO COORDENADORA DO CURSO DE NUTRIÇÃO DA FACULDADE DE FLORIANO**

Hoje gostaria de apresentar a Cartilha Educação Alimentar Infantil em Casos Especiais, resultado da ATIVIDADES DE EXTENSÃO VI /2022, orientada pela professora do curso de Nutrição da FAESF, Professora Mestre Lorena Barros. Essa cartilha tem como objetivo trazer orientações nutricionais para pais de crianças que possuem condições especiais, como Síndrome de Down e TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, além de abordar os aspectos da seletividade alimentar.

O principal objetivo dessa cartilha é ajudar as famílias a entenderem como a alimentação pode influenciar o desenvolvimento das crianças em questão, e como uma alimentação adequada pode melhorar a qualidade de vida delas. Através de informações precisas e práticas, a cartilha traz dicas de como incluir alimentos saudáveis e saborosos na rotina das crianças, além de orientações sobre a quantidade e a frequência de consumo.

Boa leitura a todos!

Izabela Cristina Pereira

Coordenadora do Curso de Nutrição

## **CADERNOS DE PESQUISA EM NUTRIÇÃO**

### **COMISSÃO ORGANIZADORA**

Presidentes: Profa. Elza Waquim Bucar de Almeida Nunes (Diretora da FAESF) e Profa. Elda Waquim Bucar de Arruda (Vice diretora da FAESF)

Núcleo de Iniciação Científica da FAESF: Profa. Dra. Marina Bucar Barjud

Subcoordenadora do Núcleo de Iniciação Científica: Prof<sup>a</sup>. Me. Ruth Otamária da Silva Aires

Direção Acadêmica: Prof. Me. Anderson de Sousa Pinto

Coordenação do Curso: Izabela Cristina Pereira

Revisor Metodológico: Prof. Ítalo Cristiano Silva e Sousa

Capa: Aneli Paule Cavalcanti Ramos

### **COMISSÃO CIENTÍFICA E EDITORIAL**

Prof. Me. Anderson de Sousa Pinto

Prof. Me. Izabela Cristina Pereira

Prof. Me. Ítalo Cristiano Silva e Sousa

Profa. Me. Lorena da Rocha Barros Sousa

Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins

Profa. Dra. Marina Bucar Barjud



**FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR FAESF**  
**ATIVIDADES DE EXTENSÃO VI /2022**

**Professora Me. Lorena Barros**

## Síndrome de Down



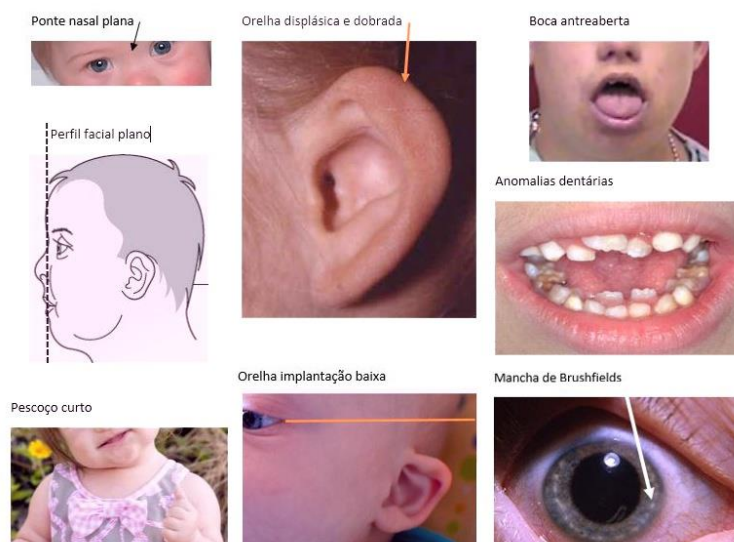
### Conceito

- A **síndrome de down** é um atraso no desenvolvimento, das funções motoras do corpo e das funções mentais, o bebê é pouco ativo e “molinho”.
- A síndrome de Down é uma condição genética geralmente causada por uma cópia extra do cromossomo 21, que faz com que a criança

nasça com algumas características específicas, como implantação mais baixa das orelhas, olhos puxados para cima e língua grande.

- Esta síndrome, conhecida também como trissomia 21, na maioria das vezes surge de uma divisão celular incorreta dos cromossomos durante o desenvolvimento do embrião, fazendo com que a criança tenha 47 cromossomos, em vez de 46.
- Como a síndrome de Down é o resultado de uma alteração genética, não existe nenhum tratamento específico. Porém, alguns tratamentos como a fisioterapia, a estimulação psicomotora e a fonoaudiologia são importantes para estimular e auxiliar no desenvolvimento da criança.

## Principais características



As características mais comuns da criança com síndrome de Down são:

- Rosto arredondado;
- Cabeça pequena;
- Pescoço curto;
- Implantação das orelhas mais baixa que o normal;

- Boca pequena com língua saliente;
- Olhos puxadinhos para cima, em formato de amêndoa;
- Mãos largas com dedos curtos;
- Fraqueza dos músculos;
- Presença de apenas 1 linha na palma da mão;
- Estatura baixa.

Embora nem sempre as crianças com síndrome de Down apresentem todas as características da síndrome, geralmente há atraso no desenvolvimento cognitivo e intelectual, o que pode causar dificuldades na fala e aprendizado, além de atraso em desenvolver outras habilidades como andar, sentar e segurar objetos.

Além disso, ainda que possam demorar mais tempo para aprender estas habilidades, as crianças com síndrome de Down geralmente as desenvolvem.

## **Síndrome de Down - Orientações nutricionais e conduta nutricional**



### **Orientação nutricional**

A orientação nutricional para síndrome de Down merece uma atenção especial, já que o intestino grosso destes indivíduos são mais longo e

**ISBN: 978-85-65182-18-8**

funcionam mais devagar, absorvendo mais nutrientes. As pessoas com Síndrome de Down após avaliação nutricional precisam de alimentos e dietas que ajudem o desenvolvimento neural, como peixes com ômega três e oleaginosas, como nozes, castanhas e amêndoas. A suplementação também é recomendada.

Além disto, eles precisam de cobre e zinco, que podem ser encontrados em carne, ostras e outros alimentos ou até mesmo suplementação. As crianças com Down não devem ser vegetarianas. Procure oferecer carne de animais jovens, como vitela, e alimentos frescos, sem muitos conservantes.

## **Conduta nutricional**

O excesso de peso contribui para o agravamento de problemas cardíacos e dificulta o desenvolvimento motor (andar, correr, saltar).

Por isso, a introdução e educação alimentar dos portadores da Síndrome de Down é essencial para um desenvolvimento harmonioso. Faz parte de esta educação alimentar:

- Mastigar bem e muitas vezes;
- Colocar pequenas porções de comida, de cada vez, na boca (uma dica é diminuir o tamanho dos talheres usados pelo indivíduo). Ter um cardápio para realizar em média seis refeições ao dia, sendo café da manhã, lanche da manhã (colação), almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Se comer poucas vezes ao dia a sensação de saciedade fica ainda mais difícil;
- Organizar uma dieta equilibrada, à qual o resto da família também pode aderir.

O tipo de alimento, cardápio ou dieta fornecido ao indivíduo portador de Síndrome de Down também influenciará sua educação alimentar. É importante:

- Evitar, desde criança, o hábito de tomar refrigerante e comer muitos doces;
- Incentivar a opção pelas frutas, legumes e verduras com saladas coloridas, pratos bonitos e a partir do exemplo do resto da família;
- Restringir a quantidade de massas durante a semana;
- Incentivar o consumo de frutas e sucos ácidos (isto é, azedos, com pouco ou nenhum açúcar). Isso é importante para tornar a urina mais

ácida e dificultar o surgimento de infecções urinárias. Os portadores de Síndrome de Down, devido à hipotonia dos músculos, tendem a reter a urina por mais tempo na bexiga, formando um meio de proliferação de bactérias. Se a urina é ácida, diminuem as chances de sobrevivência destas bactérias;

- » Sempre consultar um nutricionista para elaboração de um cardápio balanceado, uma dieta para síndrome de down e, principalmente, saber quais alimentos são proibidos.

## **TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade**

### **O que é TDAH?**

TDAH (transtorno do déficit de atenção com hiperatividade) é um distúrbio neurobiológico crônico que se caracteriza por desatenção, desassossego e impulsividade. Esses sinais devem obrigatoriamente manifestar-se na infância, mas podem perdurar por toda a vida, se não forem devidamente reconhecidos e tratados.

TDAH é um distúrbio que afeta de 3% a 5% das crianças em idade escolar e sua prevalência é maior entre os meninos. Dificuldade para manter o foco nas atividades propostas e agitação motora caracterizam a síndrome.

### **Características**

O TDAH tem como principais características **falta de atenção, agitação e impulsividade**. Surge na infância e em muitos casos acompanha o indivíduo na vida adulta.

TDAH não é uma doença nova. De acordo com o DSM.IV, o manual de classificação das doenças mentais, a síndrome pode ser classificada em três tipos:

- » TDAH com predomínio de sintomas de desatenção;
- » TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade;
- » TDAH combinado.

Em todas as faixas etárias, portadores do transtorno estão sujeitos a desenvolver comorbidades, isto é, a desenvolver simultaneamente



distúrbios psiquiátricos, como ansiedade e depressão. Na adolescência, o risco maior está no uso abusivo do álcool e de outras drogas.

## **Tratamento**

Tratamento do transtorno de déficit de atenção /hiperatividade com não estimulantes.

Medicamentos não estimulantes utilizados com alternativa:

- atomoxetina
- antidepressivo tricíclicos
- bupropiona
- anticonvulsivantes
- cafeína

Tratamento farmacológico com estimulantes no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

Atualmente, estão disponíveis no Brasil dois psico-estimulantes: o metilfenidato (curta e longa duração) e a lisdexanfetamina.

O metilfenidato de curta ação é comercializado com o nome Ritalina®, em apresentação única de 10 mg. A absorção por via oral é rápida e praticamente total, mas a velocidade pode ser alterada pela ingestão alimentar. O pico plasmático acontece entre 1 e 2 horas após a ingestão, e a meia-vida sérica é de cerca de três horas. A dose terapêutica se situa entre 20 e 60 mg/dia, sendo doses entre 0,3 e 1 mg/kg/dia frequentemente preconizadas. O metilfenidato de curta ação deve ser ministrado 2 ou 3 vezes por dia, visto que sua meia-vida é curta, de preferência 30 minutos antes das refeições, sendo a última dose utilizada até as 18 horas, para evitar prejuízos no sono.

Diversos estudos têm sido realizados nos últimos anos com as formas de ação prolongada do metilfenidato essas formulações de ação prolongada são igualmente eficazes às formas de liberação imediata e têm se mostrado uma boa opção no tratamento de crianças, adolescentes e adultos. Elas oferecem maior comodidade para o uso e evitam a necessidade da segunda dose em ambiente escolar. Dosagem única diária ou menor número de tomadas por dia estão associadas a maior adesão ao tratamento

## **LISDEXANFETAMINA**

A lisdexanfetamina foi lançada no Brasil em 2011 com o nome comercial de Venvanse®, em apresentações de 30, 50 e 70 mg. É considerada uma pró-droga, pois é desprovida de efeitos farmacológicos iniciais. Sua ação acontece somente após um processo de hidrólise (realizado a princípio no intestino, mas, em sua maior parte, na corrente sanguínea) em que ocorre a separação entre a lisina (um aminoácido essencial reaproveitado pelo organismo) e a dexanfetamina.

## **Orientações nutricionais para os pais**

- » Ter sempre um tempo disponível para interagir com a criança.
- » Incentivar as brincadeiras com jogos e regras, pois além de ajudar a desenvolver a atenção, permitem que a criança organize-se por meio de regras e limites e, aprenda a participar, ganhando, perdendo ou mesmo empatando.
- » Quem tem TDAH pode descarregar sua bateria muito rapidamente. Se este for o caso, recarregue-a com mais frequência. Alguns portadores precisam de um simples cochilo durante o dia, outros de passear com o cachorro, outros de passar o fim de semana fora, outros ainda de ginástica ou futebol. Descubra como a bateria do seu filho é melhor recarregada.
- » Evite ficar o tempo todo dentro de casa, principalmente nos fins de semana. Programe atividades diferentes, não fique sempre fazendo a mesma coisa. Leve todos à praia, ao teatro, ao cinema, para andar no parque, enfim, seja criativo.
- » Estabeleça cronogramas, incluindo os períodos para “descanso”, brincadeiras ou simplesmente horários livres para se fazer o que quiser.
- » Nenhuma atividade que requeira concentração (estudo, deveres de casa) pode ser muito prolongada. Intercale coisas agradáveis com tarefas que demandam atenção prolongada (potencialmente

desagradáveis,

portanto).

- » Procure sempre perguntar o que ela quer, o que está achando das coisas. Não crie uma relação unidirecional. Obviamente, os pedidos devem ser negociados e atendidos no que for possível.
- » Use mural para afixar lembretes, listas de coisas a fazer, calendário de provas. Também coloque algumas regras que foram combinadas e promessas de prêmio quando for o caso.

### **Conduta do Nutricionista**

- » A alimentação variada e saudável também é muito importante. Embora não exista a dieta do déficit de atenção e hiperatividade, vários alimentos podem afetar os níveis de energia e concentração das pessoas. Tudo em nosso corpo acontece pois existem nutrientes (aminoácidos, ácidos graxos, glicose, vitaminas e minerais), que proporcionam um funcionamento adequado das células, inclusive dos neurônios.
- » A inclusão de proteínas em uma refeição também evita picos nos níveis de glicose no sangue. Algumas pesquisas sugerem que esses picos aumentam a hiperatividade. Os alimentos ricos em proteínas incluem: carnes, aves, peixes, frutos do mar, soja, grão de bico, tofu, lentilha, ervilha, feijões de todos os tipos, nozes, castanhas e ovos.
- » Carboidratos complexos. A substituição de carboidratos simples (farinha branca, arroz branco, açúcar) por carboidratos complexos (massas integrais, arroz integral, aveia) reduz o risco de picos de açúcar no sangue
- » Vitaminas e minerais. Vários micronutrientes são fundamentais para o bom funcionamento nervoso, como ferro, magnésio, zinco, vitamina B-6 e vitamina D. Carências nutricionais podem piorar os sintomas do TDAH. A dieta variada é fundamental, já que não existe nenhum alimento completo. Boas fontes de ferro incluem carne bovina, feijão e tofu. O zinco está presente em frutos do mar e nozes. Folhosos verde escuros, sementes de abóbora, amêndoas e amendoim são boas fontes de magnésio. Ovos, batata, banana, salmão, frango, ameixa e avelã são fontes de vitamina B6. Tomar sol ou consumir

alimentos fortificados é importante para garantir níveis adequados de vitamina D.

- » Ácidos graxos do tipo ômega-3. O cérebro é muito rico em gordura e requer ácidos graxos do tipo ômega-3 para um bom desenvolvimento, comunicação, regulação e redução da inflamação. Chia, linhaça, salmão e outros peixes gordurosos são boas fontes de ômega-3. Crianças com TDAH apresentam sintomas que muitas vezes sugerem níveis reduzidos deste tipo de nutriente. Estudos mostram que a suplementação contribui para uma melhora modesta desta sintomatologia, principalmente da capacidade de foco, atenção e memória.

## **SELETIVIDADE ALIMENTAR**

As Dificuldades alimentares ocorrem quando os pais e cuidadores encontram alguma resistência em suprir alimentos ou nutrientes à criança. Trata-se de um problema descrito pela maioria dos pais, podendo refletir negativamente no estado nutricional da criança, gerando grande preocupação e causando situações estressantes para a família (MARANHÃO et al., 2011).

Segundo Almeida et al. (2012), acredita-se que 8 a 50% das crianças possuam dificuldade alimentar, a depender dos critérios diagnósticos utilizados. Pode ser uma situação passageira que ocorre em uma determinada fase ou pode ser persistente.

Boas ou más práticas alimentares, que vão desde a gestação até os dois anos de idade tem repercussão por toda a vida. Apesar de campanhas e orientações relacionadas ao leite materno como única fonte de alimento até os seis meses de idade, a duração do aleitamento materno



nem sempre é estabelecida por acreditarem que seja insuficiente. A introdução alimentar (IA) adequada a partir dos seis meses é necessário para a manutenção do estado nutricional e de saúde da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Muitas crianças que possuem dificuldades alimentares desenvolvem uma seletividade alimentar (SA), acredita-se que exista uma relação entre a duração reduzida do aleitamento materno e a introdução alimentar precoce com o desenvolvimento desse comportamento, também conhecida como *pick eating* (MARANHÃO et al., 2011).

A SA caracteriza-se principalmente por recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento. Quando esse comportamento está presente em ambientes familiares desfavoráveis, pode acentuar-se e permanecer até a fase adulta. Nem sempre a família está preparada para lidar com esta restrição, a impaciência dos familiares para a criança comer pode levar a substituição de alimentos saudáveis por aqueles de baixo valor nutritivo, os quais normalmente fazem parte das preferências dos seletivos (SAMPAIO et al., 2013).

É de extrema importância uma revisão mais aprofundada de estudos sobre a SA, pois ainda é escasso o acesso ao tema e desconhecido por grande parte da população. Informações mais consistentes podem orientar os pais e cuidadores a identificar o distúrbio, procurar um tratamento adequado e também auxiliar os profissionais da saúde no tratamento da SA. É necessário revisar os conceitos de avaliação, para obter uma melhor caracterização do comportamento e propor medidas eficazes para o problema, amenizando as consequências de um comportamento alimentar que deve ser abordado de forma

individualizada, para que a criança possa evoluir gradativamente, proporcionando o crescimento e desenvolvimento adequado.

Portanto o objetivo desse estudo será compreender quais são as dificuldades alimentares de crianças que desenvolvem SA, sua associação com práticas alimentares e estado nutricional, relatar suas limitações, hábitos alimentares, fatores associados ao problema e técnicas de terapia nutricional e Educação Alimentar Nutricional (EAN) aplicadas pelo nutricionista no tratamento.

Além disso, a diversidade da dieta dos seres humanos traz vantagens adaptativas e a oportunidade de escolhermos o que e como nos alimentar (LOPES et al., 2006).

Os hábitos alimentares e o padrão alimentar das crianças são desenvolvidos desde muito cedo, e estão associados a significados sociais e culturais, podendo refletir nas escolhas, preferências e rejeições aos alimentos, e com experiências podem evoluir ou modificar-se ao longo dos anos (Birch, 1999; Wardle & Cooke, 2008).

Há comprovações de que as preferências pelo sabor-nutriente são aprendidas antes mesmo do desmame e o sabor dos alimentos tem influência nas escolhas de consumo alimentar (MYERS; SCLAFANI, 2006). A alimentação estabelece o primeiro contato entre mães e filhos, que com o tempo passa por uma série de mudanças até a fase em que a criança começa se alimentar de forma mais independente, porém em algumas situações essas mudanças não são muito bem aceitas, gerando dificuldades em relação à alimentação, chegando a afetar de 25% a 40% dos lactentes e crianças pequenas (FISBERG et al., 2014). Segundo

Maximino (2016), grande parte das crianças tende a desenvolver alguma dificuldade alimentar, como falta de interesse nas refeições, recusa alimentar, birras, exigências, agitação excessiva, pouco apetite e refeições com longa duração. Na literatura é possível encontrar descritas as principais dificuldades alimentares na infância com as respectivas características como apresentado no quadro 01.

**Quadro 1** Perfis de dificuldades alimentares na infância, segundo Kerzner,<sup>1</sup> e suas características.

Perfis	Características
Interpretação equivocada dos pais	Era pequeno ao nascer ou prematuro Tem um ou ambos os pais que são pequenos ou cresceram lentamente Parece saudável e ativo
Ingestão altamente seletiva	Come um número limitado de alimentos Recusa alimentos por causa de cheiro, gosto, textura, temperatura e/ou aparência Só aceita alimentos preparados de uma forma específica Reluta em experimentar novos alimentos
Criança agitada com baixo apetite	Não demonstra interesse em comida Para de comer após algumas colheradas Constantemente tenta sair do cadeirão ou da mesa Gosta de brincar ou interagir com pessoas as quais está familiarizado
Fobia alimentar	Chora ao ver o alimento ou objetos relacionados à alimentação É intensamente resistente à alimentação Começou a recusar comida após experiência ruim com alimento, como vômito ou asfixia É ou foi alimentado por sonda e sente medo de comer
Criança com distúrbio psicológico ou negligenciada	É arredio, arisco e se irrita facilmente Balbucia, fala pouco, não sorri Mostra pouco interesse em brincar

Dentre todos os perfis de dificuldades alimentares observados na infância, Micali et al. (2011) através de dados de uma coorte inglesa na qual foram avaliadas 1.327 pares de crianças e pais, concluíram que os mais citados por grande maioria dos avaliados foram comer pouco e ingestão alimentar altamente seletiva ou seletividade alimentar. A SA é uma das principais e mais frequentes dificuldades alimentares observadas, e geralmente tem início no período IA de sólidos, caracteriza-se por recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento (SKINNER; CARRUTH; WENDY, 2002; ABREU; FISBERG, 2003).

Crianças consideradas seletivas apresentam ingestão restrita a alguns alimentos e resistência em experimentar outras variedades, causando grandes preocupações entre os pais. Muitas vezes a SA é passageira, fazendo parte da fase de adaptação e desenvolvimento da criança, porém em condições desfavoráveis tornar-se um problema. As crianças com características seletivas têm consumo limitado de alimentos, e na grande maioria das vezes uma dieta baseada em carboidratos e produtos lácteos, alguns casos apresentam crianças que só aceitam alimentos com uma determinada forma de apresentação e técnica de preparo, como papas e purês mesmo em fase pré-escolar ou consomem um produto apenas se for de uma determinada marca, pois os reconhecem pelo rótulo (KANACHI et al., 2005). Para Mascola et. al (2010) as crianças com seletividade tendem a consumir apenas alimentos preparados da mesma forma e com baixa variedade, não aceitam alimentos novos e podem reagir de forma hostil e negativa quando questionados em relação a sua alimentação.

Almeida et al. (2012) refere-se ao quadro de SA ou "*pick eating*", como uma dificuldade alimentar na qual a criança só aceita alimentos de acordo com suas características como cheiro, aparência, textura, sabor e consistência. Essa recusa pode ocorrer de forma mais leve quando a criança apresenta rejeição a poucos alimentos ou alguns em específico, ou de forma extensa (em alguns casos a criança só se alimenta de arroz branco), levando a criança a ter aversão a grupos inteiros de alimentos como carnes, frutas, vegetais e lácteos, tornando-se uma situação preocupante.

### **Causas e consequências da seletividade alimentar**

**ISBN: 978-85-65182-18-8**



Quando se discute os fatores que podem estar associados ao desenvolvimento de SA na infância, existem relatos de uma relação entre o desmame precoce e introdução alimentar antes dos seis meses como uma possível causa para o quadro, ou seja, crianças que são amamentadas exclusivamente até seis meses e iniciam sua introdução alimentar complementar após esse período tendem a ter menos chances de desenvolver esse distúrbio alimentar (SHIM et al.,2011).

Para Carruth et al. (1998) a SA é um comportamento que ocorre com mais frequência nas crianças que passam a andar, pois é nesse período que desenvolvem um grau maior grau de autonomia, começam a escolher suas prioridades e ter vontades, as refeições que antes eram a principal atividade do dia, passam a não ser, e o que se torna mais interessante para a criança é socializar e interagir com o ambiente em que vive.

A SA costuma ser notada no período de introdução dos alimentos complementares, em muitos casos a expectativa exagerada dos pais para que os filhos tenham hábitos alimentares saudáveis, podem transformar-se em um problema. Esse período deve acontecer de forma natural, quando não há uma boa aceitação de determinado alimento, os pais tendem a excluir essa oferta, e a criança não é estimulada a adaptar-se a determinados grupos de alimentares, gerando futuramente um quadro de SA (FISBERG; TOSSATI; ABREU, 2014).

Um estudo realizado mostra que o apetite e o tempo que as crianças seletivas levam para fazer uma refeição também estão relacionados ao problema, 33% das crianças não sentem fome no momento da refeição e

levam 19,7 minutos para se alimentar, enquanto entre as crianças seletivas o número aumenta para 52% e 23,3 minutos (REAU; SENTURIA, 1996).

Para Northstrone e Emmett (2012), o problema pode estar associado ao nível de escolaridade da mãe juntamente com a má alimentação e de baixa qualidade. Observa-se também que a mãe tem grande influência na alimentação da criança, mães que apresentam instabilidade emocional, como depressão ou algum tipo de distúrbio alimentar, famílias com uma estrutura familiar inadequada tem um maior índice de crianças demonstrando SA (BARBIN et al., 2007; MADEIRA; AQUINO, 2003).

De acordo com a SBP (2012) a introdução tardia de alimentos e consistências mais sólidas também dificulta um bom desenvolvimento alimentar, é necessário que a criança aprenda aceitar a nova forma de alimentação que está sendo oferecida, deve haver uma oferta gradual de diversos tipos de alimentos e consistências antes do primeiro ano de vida para estimular determinados gostos. Crianças que passam a ingerir alimentos em pedaços somente após os 10 meses tendem a desenvolver mais dificuldades alimentares se comparadas a crianças que iniciaram antes, apresentando problemas na quantidade que consomem e um comportamento seletivo.

É importante ressaltar um dos principais fatos relacionados à causa da SA alimentar, a resistência da criança a experimentar novos alimentos, determinada como neofobia alimentar e geralmente ocorre no período de introdução alimentar, gerando um quadro em que a criança torna-se altamente seletiva com o que irá experimentar e consumir (GALLOWAY;

LEE; BIRCH, 2004), é um comportamento de adaptação e comum nas crianças, pois as protege contra alguma possível chance de ingerir substâncias prejudiciais (YAMAMOTO; LOPES, 2004). A aceitação de novos alimentos também está relacionada com a amamentação, o leite materno possui características sensoriais estabelecidas de acordo com a alimentação da mãe, influenciando no contato que o bebê tem com sabores e cheiros diversos, facilitando a aceitação dos alimentos no momento da introdução alimentar (MAIER et al., 2008; NORTHSTONE; EMMET; NETHERSOLE, 2001).

De acordo com estudos feitos por Babo e Almeida (2013) com 72 pares de crianças, através de análises sobre as características sociodemográficas e grau de neofobia alimentar pela Escala de Neofobia Alimentar (ENA), é na idade escolar pré- escolar que elas demonstram uma maior manifestação de um comportamento neofóbico. Registros referentes à frequência alimentar das crianças foram observados e concluiu-se que filhos de pais que não exercem autoridade e permitem que eles tomem todas as decisões quanto aos seus hábitos alimentares, tem uma grande possibilidade de apresentar neofobia, pois em geral são crianças que demonstram dificuldades em comer a mesma comida que a família está consumindo nem a que é proposta a elas, e os pais tendem a concordar que eles se alimentem de uma comida diferente do restante da família, gerando uma monotonia na alimentação e aumento do comportamento neofóbico. Além disso, costuma existir dois critérios diferentes de alimentação para essas crianças, um no qual o padrão de comida é considerado saudável e tradicional, e um em que a aceitação maior é pelos *fast foods*.

A neofobia alimentar pode apresentar diferentes níveis de rejeição, que vão desde quando em algumas situações o alimento é aceito em pequenas porções até quando ocorre uma completa recusa de qualquer alimento que para a criança é considerado novo (VISALBERGHI; FRAGASZY, 1995). Essa recusa pode ser temporária, e a seletividade diminuir com o passar do tempo, ou podem ocorrer ao longo da vida. Casos como esses merecem uma atenção imediata dos pais, deve-se oferecer a criança os alimentos nos quais ela possui uma preferência juntamente com novos alimentos, demonstrar calma e paciência no momento das refeições, pois trata de educar o paladar para uma melhor adaptação aos alimentos (SILVA; TELES, 2013).

Para Kanachi et al. (2005) quando a restrição alimentar afeta a ingestão de uma grande quantidade de alimentos afetando a absorção de vários nutrientes, torna-se preocupante pois podem ter como consequências possíveis patologias. Uma dieta monótona pode resultar em danos à saúde, gerando deficiências.

### **Terapia Nutricional e Educação Alimentar Nutricional:**

O profissional da Nutrição tem o dever de oferecer um diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequado de um paciente que apresenta SA, como também de promover e incentivar melhores hábitos e práticas alimentares, estimulando a colaboração de toda a família que está sendo afetada pela dificuldade alimentar que a criança está enfrentando. Para alcançar uma intervenção eficaz devem-se considerar os recursos financeiros, locais e o padrão cultural do paciente, com um planejamento para que a SA não interfira de modo negativo na dieta proposta de acordo



com as necessidades nutricionais (CFN, 2005; VIANA, 2002).

O nutricionista dá início ao processo de terapia nutricional com crianças que apresentam SA por métodos de avaliação como inquérito alimentar, questionário de frequência alimentar ou recordatório de hábitos alimentares, no qual obterá informações quantitativas e qualitativas, para diagnosticar a dificuldade alimentar e então iniciar o tratamento, pois assim é possível afirmar como é o padrão alimentar da criança e realizar uma intervenção nutricional adequada e individualizada (CINTRA; VON, 1997).

Sequentemente é realizado um exame físico minucioso para verificar se há alterações clínicas, antropometria e avaliação de exames bioquímicos. É importante ressaltar que a reação dos pais perante o problema alimentar também deve ser observado, pois é necessário total colaboração e interesse dos mesmos. Inserido na intervenção nutricional também estão estratégias que os pais devem utilizar como seguir uma rotina alimentar diária com horários e fracionando corretamente a oferta das refeições, organizar o local aonde a criança vai se alimentar, com uma cadeira adequada e sentada com os demais familiares, não pressionar para que a criança coma e não ofertar “presentinhos” como benefícios (FISBERG; TOSATTI; ABREU, 2014).

Uma das estratégias utilizadas pelo nutricionista em sua conduta nutricional é solicitar que a família faça uma relação dos alimentos que a criança tem preferência, o nutricionista irá sugerir que dois alimentos novos sejam acrescentados na lista a cada semana desde que seja do mesmo grupo alimentar com consistências parecidas, de preferência

permitir que a criança tenha contato com as mãos no alimento. Para as crianças que consomem apenas papas ou purês deve-se aumentar a textura dos legumes gradativamente, os pais devem fazer um diário alimentar para que na próxima consulta com o nutricionista seja possível avaliar alguma melhora (DOUGLAS, 1998).

No período de introdução alimentar que ocorre dos seis aos nove meses o nutricionista orienta aos pais que ofereçam alimentos com variedades de texturas, pois é nessa fase que existe período janela no qual a criança melhor se adapta a diferentes tipos de alimentos, e esse aprendizado é necessário para evitar dificuldades alimentares futuramente (BUTTE et al., 2004).

Além disso, os pais da criança também são orientados que é necessário insistir ao oferecer um novo alimento, segundo Ramos e Stein (2000) a criança precisa se adaptar a cada comida, não só visualmente, mas também pelo cheiro e sabor. É fundamental que o alimento seja ofertado regularmente, em geral a aceitação só ocorre quando a criança ingere o alimento em média de 12 a 15 vezes, sendo essencial que os pais não desistam.

Nos casos mais graves pode haver prescrição de suplementos orais a depender do crescimento da criança e do grau de seletividade, geralmente há necessidade quando o paciente apresenta deficiência de micronutrientes, sendo ingeridos entre as refeições pequenas como lanches da manhã ou tarde e ceia (FISBERG; TOSATTI; ABREU, 2014).

Muitas vezes é necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, o acompanhamento de forma conjunta leva a um tratamento mais rápido

e eficaz. O médico trata os problemas orgânicos do paciente, o fonoaudiólogo verifica se há alguma dificuldade de sucção, mastigação ou deglutição, e o nutricionista com a terapia nutricional e avaliação antropométrica (OWEN et al., 2012; EDWARDS et al., 2015).

Existem técnicas que auxiliam na EAN de crianças com dificuldades alimentares principalmente na fase escolar, podendo ser aplicada para a prevenção ou tratamento da seletividade.

Uma estratégia eficiente é a aplicação de oficinas culinárias que incentivem que a criança experimente e tenha contato direto com o alimento. Foi realizado uma oficina em uma escola com 20 crianças entre 5 e 7 anos de idade, em que primeiramente os pais responderam um questionário e identificou-se que o alimento menos aceito pelas crianças era o agrião. A oficina teve 3 etapas: Na primeira as crianças conheceram o alimento rejeitado, descobriram seu nome, textura, cor e cheiro. Na segunda etapa foi o momento de realizar receitas, as escolhidas foram pizza de agrião com queijo e presunto, bolo de agrião e dois sucos. Na terceira etapa as crianças experimentaram as preparações. Concluiu-se que houve aceitação por maioria das crianças ao agrião após a realização da oficina (PEREIRA; TAVARES, 2012). Trata-se de um método mundialmente valorizado, pois são estimulados vários sentidos que auxiliam no desenvolvimento infantil e no processo de alimentação trazendo uma representação do cotidiano no qual as crianças vivem (FAGIOLI; NASSER, 2006; CASTRO et al., 2007; RODRIGUES; RONCADA, 2008).

Maia et al. (2012) realizaram estudos de aplicação de algumas

metodologias de EAN em crianças de uma escola de educação infantil privada. São metodologias podem ser aplicadas na prevenção de dificuldades alimentares, dentre as atividades estava a *Dinâmica de Avaliação*, produzidas com materiais didáticos como cartolina, madeira e figuras, e a dinâmica consistia nas crianças colarem figuras de alimentos em dois painéis, uma para alimentos “saudáveis” e outro para alimentos “não saudáveis”, a colagem era feita conforme o conhecimento e a realidade da criança, incentivando para que elas tenham um entendimento de escolha de alimentos que consome. Outra dinâmica interessante é a *Minuto Cinema*, na qual as crianças foram reunidas em um auditório para assistir um vídeo didático, com canções contendo informações sobre alimentos, diferentes tipos de frutas e legumes e seus valores nutricionais, assim despertando o interesse das crianças a experimentar esses alimentos.

O MDS (2013) publicou um caderno de atividades em EAN, com estratégias que podem ser utilizadas para o grupo seletivo. A primeira sugestão é a atividade *Cuidando da alimentação das crianças em 10 passos*, que tem como objetivo o incentivo da alimentação adequada, prevenindo um futuro comportamento seletivo. Na atividade é utilizado o quadro de 10 passos para a alimentação de crianças menores de 02 anos com informações que foram retiradas do Guia alimentar para menores de 02 anos do Ministério da Saúde. Para realizar a atividade é necessário representar os dez passos utilizando cartazes que podem ser colocados na parede, e figuras que os representem. Deve-se ler cada passo com os participantes e pedir que eles afixem as figuras mais apropriadas para representar cada passo. Depois deve ocorrer uma conversa, com experiências dos participantes sobre cada passo, sem julgar as atitudes “certas” ou “erradas”, mas oferecer orientações adequadas para cada

família promovendo uma alimentação melhor.

A segunda atividade sugerida no caderno de atividade é a *Descobrimo os alimentos por meio dos sentidos*. Tem como objetivo proporcionar o contato da criança com novos alimentos e evitar a monotonia alimentar, prevenindo a neofobia alimentar que é uma das grandes causas da seletividade. Para a realização da atividade é necessário frutas da região devidamente higienizadas. As crianças devem ser vendadas para que descubram quais frutas estão sendo oferecidas, para isso devem sentir o cheiro, tocar para tentar identificar o alimento por sua consistência, tamanho e formas e também experimentar. Essa atividade promove



interação das crianças com os alimentos que por muitas vezes são desprezados, pois na grande maioria das vezes elas não tiveram nenhum contato com o alimento escolhido.

## Quadro 2 - Representação dos dez passos da alimentação saudável para crianças menos de dois anos.

Guia Alimentar elaborado pelo Ministério da Saúde com os 10 passos para a alimentação de crianças menores de 02 anos
Dez passos
<p><b>Passo 1</b> - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;</p> <p><b>Passo 2</b> - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;</p> <p><b>Passo 3</b> - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno;</p> <p><b>Passo 4</b> - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;</p> <p><b>Passo 5</b> - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;</p> <p><b>Passo 6</b> - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;</p> <p><b>Passo 7</b> - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;</p> <p><b>Passo 8</b> - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;</p> <p><b>Passo 9</b> - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;</p> <p><b>Passo 10</b> - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.</p>

Fonte: BRASIL, 2010a; BRASIL, 2002.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crianças com SA têm como principal característica a restrição alimentar, levando a uma ingestão limitada do que consomem. A rejeição ocorre pelo cheiro, cor, textura e forma na qual os alimentos são oferecidos e preparados e grande dificuldade em experimentar novos alimentos (neofobia).

Vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento de um comportamento seletivo, estudos mostram que pode estar relacionado a IA e desmame de forma precoce, a IA feita de maneira incorreta principalmente quando não há diversidade de alimentos e preparações oferecidas à criança, a questão dos pais não persistirem oferecer um alimento em que a criança não se adaptou logo de início, ao medo que a criança tem de experimentar novos alimentos (neofobia), a introdução tardia de oferta de alimentos mais sólidos ou em pedaços, ao desenvolvimento de autonomia da criança quando começa a andar e até mesmo a mães que possuem alguma estabilidade emocional ou um baixo nível de escolaridade e conhecimento afetando no comportamento alimentar da criança.

Os hábitos alimentares de crianças seletivas consistem em uma dieta monótona, geralmente rica em carboidratos e produtos lácteos, e suas refeições são diferentes do restante da família, são crianças que tendem a se alimentar somente em casa, por medo de não gostar da refeição que será oferecida em outros locais.

Alguns estudos relatam que a restrição de alimentos interfere no estado nutricional levando a deficiência de vários nutrientes e resultando em uma possível patologia, dietas monótonas tem como consequências danos a saúde, doenças como obesidade, diabetes e problemas cardiovasculares. Não há conclusão que a SA afete no crescimento, peso e estatura da criança, pois alguns estudos relatam que não houve comprometimento e outros dizem que é possível observar um baixo peso nas crianças seletivas, portanto é necessária uma melhor análise em relação a essas consequências.

Portanto é fundamental um acompanhamento nutricional de forma individualizada. O nutricionista solicita a colaboração dos pais para que seja feito diário alimentar, refeições em locais adequados, mudanças de hábitos alimentares e forma de preparo e textura dos alimentos, além de perseverança para oferecer os alimentos rejeitados constantemente para amenizar o problema. Em casos mais graves é necessário incluir suplementos na dieta, e acompanhamento com equipe multidisciplinar. A aplicação de EAN em longo prazo, de forma pontual também é primordial para incentivar melhores hábitos alimentares e prevenir dificuldades alimentares.

## **AUTISMO**

### **Conceito:**

Autismo é denominado Transtorno do Espectro do Autismo TEA , uma condição de saúde caracterizada por déficit na comunicação social ,comunicação verbal e não verbal , e comportamentos interesses restritos e movimentos repetitivos

Verifica - se que quando ,as crianças aparentemente não enxergam os objetos e pessoas ,dizemos que elas têm um retraimento autístico, agindo como esses elementos não existissem ,caracterizando assim uma excessiva ausência de contato com realidade. Onde se busca manter o ambiente inalterado, pois a modificações mesmo que mínimas, gera uma angustia, podendo até gerar momentos de raiva no autista

TEA é definido por um comportamento atípico da criança e pode ser detectado logo no início de sua vida.

### **Características e tipo de autismo:**

Como vimos anteriormente existem diferentes níveis de Transtorno do Espectro Autista, e as características mais comuns são dificuldade

de comunicação, interação social e comportamentos repetitivos. Além disso outras características comuns são:

- » atraso anormal na fala quando criança
- » dificuldade em manter uma conversa quando mais velho
- » dificuldade em participar de atividades e brincadeiras em grupo
- » dificuldade em interpretar expressões faciais e gestos
- » falta de contato visual
- » dificuldade em ter empatia
- » dificuldade em compreender os sentimentos dos outros e expressar os seus
- » manutenção de uma rotina, mudanças ou a exposição a ambientes diferentes e barulhentos pode causar perturbações

Essas características não estão presentes em todas as pessoas do espectro, isso vai depender do nível e dos tipos de autismo, entre os mais conhecidos são:

**Síndrome de Asperger:** considerada a forma mais leve, e também chamada autismo de alto funcionamento. Geralmente possuem inteligência elevada e tendem a serem extremamente obsessivos por um objeto ou um único assunto, se tornando especialistas e podendo ser considerados como gênios tamanho o nível de conhecimento sobre determinado assunto.

**Transtorno Invasivo do Desenvolvimento:** considerada uma fase intermediária e que apresenta mais dificuldades em se comunicar e de interagir socialmente. Além disso tendem a terem mais comportamentos repetitivos.

**Transtorno Autista:** considerado o tipo clássico de autismo e que costuma ser diagnosticado de forma precoce, em geral até 3 anos de idade. Geralmente são pessoas com extrema dificuldade de interação social e dificuldade em lidar com ambientes diferentes do que estão habituadas, sabem falar, mas pouco a utilizam, possuem dificuldade de compreensão e apreendem apenas o sentido literal das palavras.

**Transtorno Desintegrativo da Infância:** considerado o tipo mais grave, porém o menos comum. Em geral, a criança apresenta um período normal de desenvolvimento, mas depois de uma determinada idade, geralmente entre 2 e 4 anos, ela passa a perder as habilidades intelectuais, linguísticas e sociais e não consegue mais recuperá-las.

## **A conduta nutricional do autismo**

O transtorno do espectro autista (TEA) é um distúrbio de desenvolvimento neurológico complexo e geneticamente heterogêneo caracterizado por comprometimento das habilidades sociais, falta de recursos verbais e não verbais, além de alterações comportamentais estereotipadas e repetitivas. Sua etiologia multifatorial envolve uma interação complexa de fatores genéticos e fatores de risco ambientais, com alterações imunes e deficiência de conexão sináptica no início da vida. Evidências sugerem que haja um conjunto de múltiplos genes defeituosos e fatores ambientais desempenhando uma ação catalisadora. Segundo Fakhoury, existe uma desregulação do sistema imunológico, além de inflamação, exposição a tóxicos e uma relação com a microbioma intestinal. Embora o TEA possa ser classicamente pensado como um distúrbio neurológico em sua patologia, estudos relatam que o microbioma intestinal tem desempenhado um importante papel no eixo bidirecional intestino-cérebro, o qual integra atividades relacionadas ao intestino e ao sistema nervoso central. Dessa forma, o conceito eixo microbioma-intestino-cérebro tem sido bastante estudado nos últimos anos. Os estudos estão revelando como diversas formas de distúrbios neuroimunes e neuropsiquiátricos estão correlacionados e modulados por variação no microbioma. Por conseguinte, o intestino provavelmente está envolvido na fisiopatologia de diversas desordens do sistema nervoso central, incluindo o TEA.

**Materiais e métodos** O presente estudo refere-se a um acompanhamento nutricional individualizado de um paciente pediátrico, do sexo masculino, com diagnóstico pelo neurologista de autismo moderado, baseado na quinta edição do Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V). Foram realizadas quatro consultas, nas quais aferidas as medidas de peso, altura e



circunferências de cintura, estando o paciente com roupas leves e sem sapatos. Nas consultas foram aplicadas algumas ferramentas para avaliação do paciente, dentre as quais avaliação nutricional pelos parâmetros antropométricos, bioquímicos, dietéticos, para avaliar a presença de cada sintoma baseado em seu perfil de saúde, e exame clínico nutricional através da leia das interconexões metabólicas, instrumento usado na nutrição funcional para identificar os possíveis gatilhos, antecedentes e mediadores do caso em questão, excelente ferramenta de auxílio para ampliar os aspectos integrativos do paciente, já que representa as interrelações que ocorrem no metabolismo como os mecanismos bioquímicos.

Detalhamento do caso estudado Paciente, sexo masculino, com idade de 5 anos e 4 meses, residente da cidade de Fortaleza, Ceará. Nasceu de parto prematuro, cesárea, com 32 semanas de gestação, com 1.700 gramas, devido provavelmente a uma amniorrexe prematura. Ficou internado na UTI por cerca de 30 dias e mamou exclusivo por apenas dois dias. Ainda no berçário da UTI, recebeu fórmula infantil antirregurgitação de proteína intacta, apresentou muitas cólicas e distensão abdominal, e a fórmula foi substituída por fórmula infantil extensamente hidrolisada sem lactose.

**TRANSTORNO DO AUTISMO:** O transtorno do aspecto autista caracteriza-se por ser uma síndrome neuropsiquiátrica que envolve uma variedade de desordens comportamentos estereotipados. Estudo recentes apontam que o diagnóstico pode ser feito antes dos três anos de idade e contempla a relação com a maturidade intestinal desenvolvida.