

Terapia Alimentar no Autismo e TDAH

Dra Joana Leite





Dra Joana Filomena Magalhães Dias Leite

- Nutricionista- UFPB
- Doutora em Bioquímica – UFC
- Mestre em Ciências da Nutrição – UFPB
- Pós-graduada em Nutrição Clínica: Fundamentos metabólicos e nutricionais – UGF
- Pós-graduada em Nutrição com foco em Autismo, Síndrome de Down e TDAH – Faculdade Delta
- Pós-graduada em Nutrição em obstetrícia, pediatria e adolescência – UNIRENTOR
- Pós-graduada em Terapia Alimentar
- Formação Teórico-prática em Terapia ABA
- Formação Internacional em Seletividade Alimentar – Madrid/Espanha – Inclusão Eficiente
- Terapeuta de alimentação certificada pelo método SOS.
- Capacitações: *Get Permission Approach*, Nutrição no Autismo, Alimentação no autismo: transtornos alimentares pediátricos, Manejo de comportamentos-problema e estratégias para alimentação – Terapia ABA, Seletividade Alimentar.
- Docente de cursos de graduação e pós-graduação há 15 anos
- Diretora Geral da Alimentare – Clínica de Nutrição Infantil
- Mentora
- Realiza atendimento clínico ambulatorial de crianças com dificuldade alimentar realizando terapia alimentar
- Autora do livro “Terapia alimentar para crianças com autismo: superando barreiras alimentares”(2025).
- Mãe de Thaís e Artur

Comer é uma tarefa de alta complexidade

Corpo

Fome, saciedade, sono, refluxo, constipação, dor, alergias/intolerâncias, medicações.

Sentidos

Textura, cheiro, temperatura, cor, som da mastigação e previsibilidade.

Habilidades

Mastigação, coordenação oral, postura, utensílios, ritmo e autonomia.

Relação

Pressão, ansiedade familiar, histórico de falhas, vínculo e rotina à mesa.

A criança não recusa “nutriente”; ela responde a uma experiência corporal, sensorial e emocional.



Prevalência de Dificuldade Alimentar

- Crianças neurotípicas 20 – 35%
- Atrasos no desenvolvimento, nascimento prematuro e/ou condições médicas crônicas e complexas, os índices podem chegar a 80%

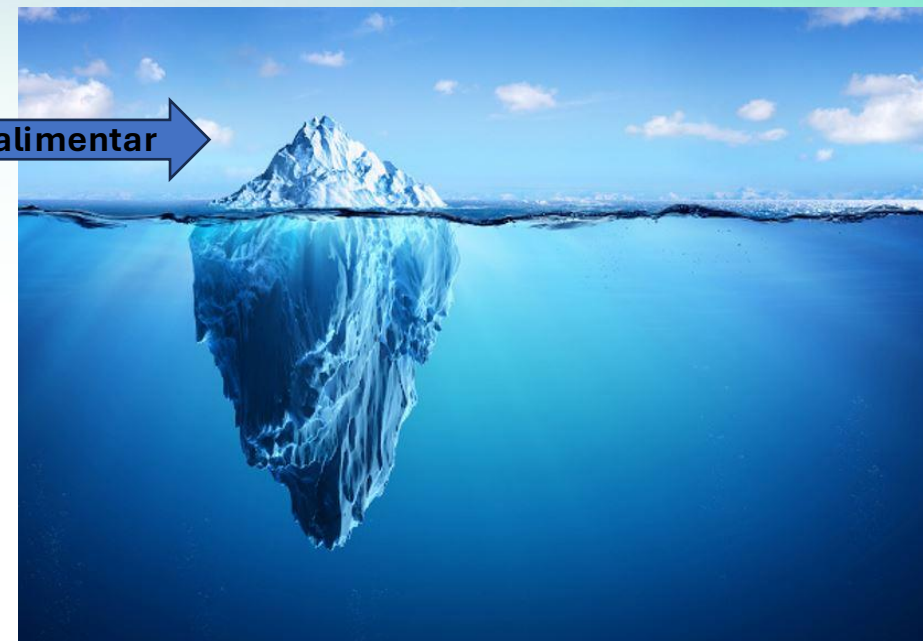
(Versão brasileira da Montreal Children's Hospital FeedingScale, 2021)



TEA: padrões que afetam inclusive a alimentação

Comportamento alimentar

- Maior necessidade de rotina e previsibilidade.
- Hiper ou hiporreatividade sensorial a cheiros, texturas, temperaturas e sons.
- Interesses restritos e preferência por marcas, formatos, cores ou embalagens específicas.
- Dificuldades de comunicação podem aparecer como fuga, choro, rigidez ou recusa.



TDAH: O que contribui com a dificuldade alimentar nesses casos?

Atenção

Dificuldade de permanecer sentado, finalizar refeições e perceber sinais internos.

Impulsividade

Beliscos, escolhas rápidas, busca de alimentos de recompensa e baixa tolerância à espera.

Função executiva

Planejamento, rotina, transição para a refeição e seguir combinados.

Medicação

Apetite reduzido em alguns casos

Disfunção sensorial

Hipo ou hiperresponsividade que afetam a forma de perceber o alimento

Quando chamar de dificuldade alimentar?

Transtorno Alimentar Pediátrico / Pediatric Feeding Disorder

Médico

Dor, disfagia, refluxo, constipação, alergias, aspiração, histórico de engasgos.

Nutricional

Baixa variedade, deficiência, crescimento inadequado, excesso de ultraprocessados.

Habilidades

Textura incompatível, mastigação ineficiente, postura, utensílios e autonomia.

Psicossocial

Evitação, conflito familiar, pressão à mesa e restrição da vida social.

PFD: ingestão oral não apropriada para a idade, associada a disfunção em um ou mais desses domínios.

(Goday et al., JPGN, 2019)



Terapia Alimentar

Intervenção alimentar realizada com indivíduos com dificuldade alimentar.

- Ressignificar o processo do comer
- Ensinar e estimular habilidades necessárias para o comer
- Introduzir novos alimentos ao repertório alimentar
- Evoluções gradativas buscando repertório alimentar mínimo e generalização do mesmo.

Avaliação

1. Repertório

Lista de aceitos por marca, forma, textura, temperatura, local e horário.

2. Rotina

Onde come, com quem, tempo de refeição, telas, escola, sono e medicações.

3. História

Introdução alimentar, engasgos, vômitos, dor, alergias, internações e traumas.

4. Observação

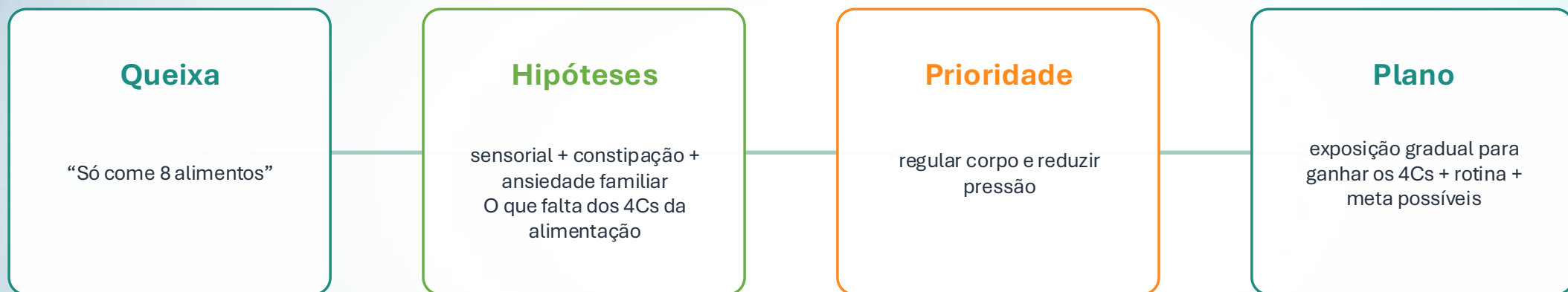
Como chega ao alimento: olha, toca, cheira, lambe, morde, mastiga e engole.

5. Família

O que já tentaram, o que funcionou, medos, expectativas e disponibilidade.

Raciocínio Clínico do planejamento terapêutico

A pergunta não é “como faço comer?”, e sim “por que ainda não consegue?”



Ambiente terapêutico: preparar para reduzir ameaça

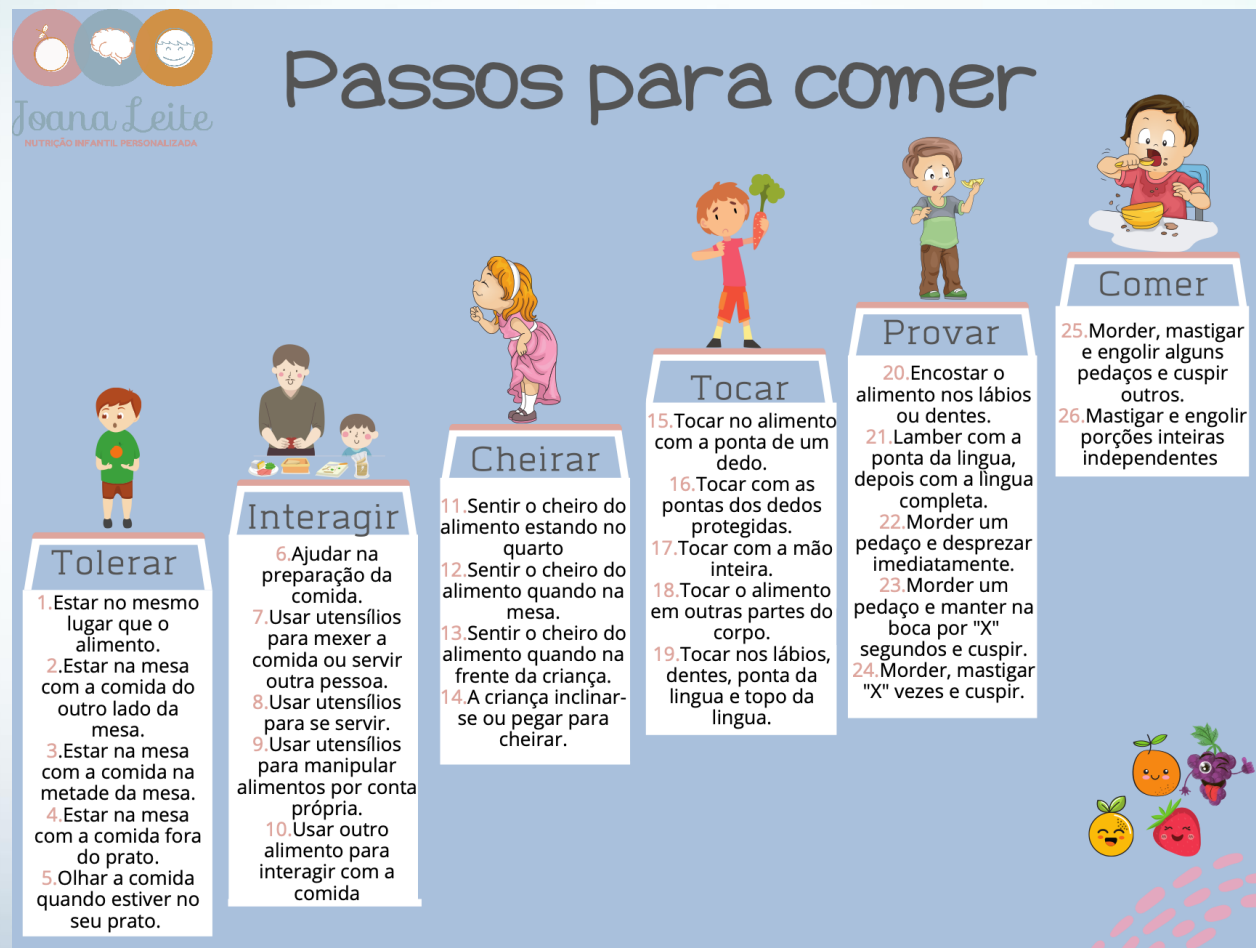
A criança aprende melhor quando está regulada



- Rotina visual: início, exploração, pausa e fechamento.
- Mesa organizada, poucos estímulos e utensílios previsíveis.
- Linguagem neutra: “vamos conhecer melhor” em vez de “tem que comer”.
- Controle compartilhado: escolhas entre duas opções possíveis.



Hierarquia de aproximação ao alimento



Kay Toomey, 2010

ver → tocar → cheirar → encostar nos lábios → lamber → morder → mastigar → engolir

Estratégias práticas de exposição

Food chaining

Partir de alimento aceito e fazer mudanças pequenas: marca, formato, crocância, temperatura.

Teoria das migalhas

Contato mínimo: gota, grão, farelo, lambida ou mordida simbólica.

Ideação do comer

Explorar textura, cheiro e forma sem transformar a comida em brinquedo permanente.

Modelagem

Adulto e pares demonstram sem pressão: curiosidade, descrição sensorial e autonomia.

Reforço tangível

Para crianças com nível de suporte maior, que respondem bem à intervenção estruturada.

Reforço natural

Celebrar coragem, tentativa, comunicação e permanência; não só ingestão.

Produção de receitas em sessão

- Avaliar habilidades que necessita para execução
- Saber qual seu objetivo com aquela produção:

- Consumo?
- Interação?
- Aproximação?



Plano de Intervenção Nutricional - Família

Adequação mínima

Garantir energia, proteína, ferro, zinco, cálcio, vitamina D, fibras e hidratação dentro do repertório possível.

Encadeamento de alimentos

Usar alimentos aceitos para criar pontes: formato, textura, tempero, cor ou marca semelhante.

Suplementação

Considerar quando há restrição importante, deficiência comprovada ou risco nutricional.

Cardápio realista e se possível

Metas de curto prazo que cabem na rotina familiar e escolar.

Generalização

Planejar casa, lancheira, avós, escola e restaurantes.

Importância do acolhimento e das metas possíveis e realistas

Ajustes que fazem diferença

Mais previsibilidade, menos surpresa

- Usar histórias sociais, rotina visual e combinados simples.
- Introduzir novidades próximas ao alimento seguro: “primo do alimento”.
- Respeitar processamento sensorial: cheiro forte e mistura de texturas podem ser gatilhos.
- Treinar comunicação funcional: pedir pausa, recusar com respeito, escolher e descrever.
- Evitar mudanças simultâneas: cor + marca + textura + local no mesmo dia.



Métricas de evolução

Repertório

Número de alimentos aceitos por grupo, textura e contexto.

Interação

Nível alcançado na hierarquia: tolera, toca, cheira, lambe, morde, engole.

Rotina

Tempo à mesa, uso de telas, autonomia, previsibilidade e conflitos.

Nutrição

Crescimento, exames, sintomas gastrointestinais e adequação de macro/micronutrientes.

Qualidade de vida

Lancheira, festas, restaurantes, viagens e tranquilidade familiar.

Terapia alimentar é construir segurança, repertório e autonomia

- TEA e TDAH mudam a forma como a criança percebe, organiza e responde ao alimento.
- A avaliação por domínios evita condutas simplistas e aumenta segurança.
- Metas pequenas, consistentes e mensuráveis costumam ser mais efetivas que grandes mudanças.
- Família, escola e equipe precisam falar a mesma língua.



Obrigada!



“Foi por ele, hoje é por todos!
Hoje é por todos eles que me dedico ao cuidado e à formação de
profissionais preparados para cuidar com ética, respeito e amor.”

