



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

## 1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por uma variedade de desordens no desenvolvimento psicomotor que afetam a capacidade de comunicação, interação social e estado comportamental do indivíduo. Em relação à alimentação, é possível observar que crianças com TEA são mais seletivas e resistentes a experimentar novos alimentos. Devido às restrições, o consumo de nutrientes essenciais é muitas vezes impróprio, o que leva a um estado nutricional inadequado (1).

A seletividade alimentar é caracterizada pela falta de vontade de comer alimentos familiares ou de experimentar novos alimentos, bem como por fortes preferências alimentares. Embora seja comum na fase pré-escolar, quando ocorre em ambientes familiares desfavoráveis, pode se intensificar e persistir até a adolescência (2). Nesse sentido, estudos apontam que além da família, professores e outras crianças influenciam o desenvolvimento de escolhas e preferências alimentares, sendo a aprendizagem social uma das maneiras mais comuns de crianças modificarem seus hábitos. Sendo assim, a escola possui importante papel de controle social através da influência do comportamento humano (3).

Frente a esse cenário, é disposto em legislação que os cardápios da alimentação escolar devem atender às necessidades nutricionais de estudantes com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e com altas habilidades/superdotação conforme suas especificidades (4). Estudos apontam que há elevado consumo de alimentos ultraprocessados entre as crianças com TEA, sendo alimentos como: sucos artificiais, refrigerantes, biscoitos salgados e bolachas, frequentemente encontrados em suas dietas (5,6,7). Sabe-se que os alimentos ultraprocessados apresentam características que os ligam ao consumo excessivo de calorias, além de conterem altas concentrações de açúcar, gorduras e sal em sua composição, sendo recomendado pelo Guia Alimentar para População Brasileira que seu consumo seja evitado (8).

Nesse sentido, o presente protocolo justifica-se devido necessidade de padronizar ações e promover diálogo entre a família, a Escola e a Divisão de Alimentação para que os estudantes com TEA da Rede Municipal de Ensino da cidade de Marília sejam atendidos em suas especificidades, levando em consideração os alimentos aceitos e criando estratégias para auxílio do manejo da seletividade alimentar em ambiente escolar.

## 2. OBJETIVOS

- . Identificar alterações no comportamento alimentar de crianças diagnosticadas com TEA;
- . Orientar adaptações na alimentação escolar considerando a individualidade do aluno e legislação em vigor;
- . Padronizar o atendimento às crianças com diagnóstico de TEA e seletividade alimentar;
- . Promover diálogo entre a Divisão de Alimentação, a Escola e a Família para melhor adesão às orientações.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

### **3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

**3.1 Critérios de Inclusão:** Alunos regularmente matriculados nas escolas municipais de Marília-SP que apresentam seletividade alimentar, e com diagnóstico de TEA com comprovação mediante entrega de atestado médico.

**3.2 Critérios de Exclusão:** Alunos que não apresentem diagnóstico de TEA ou que não forneçam atestado médico.

### **4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES**

#### **4.1 Equipe Gestora**

Acolher o responsável pelo estudante para entrevista, verificar se existe atestado médico, realizar check list indicado neste protocolo e encaminhar o atestado e demais documentos para a Equipe de Nutrição da Divisão de Alimentação.

Acompanhar, registrar e comunicar a evolução do aluno via e-mail.

#### **4.2 Nutricionista**

Elaborar plano de ação para que o aluno seja atendido no cardápio da merenda escolar seguindo suas necessidades individuais.

Orientar a equipe da cozinha (Agentes Operacionais de Serviços) para atender o plano de ação.

Juntamente com a Direção e Professor orientar pais e cuidadores na execução de plano de ação em casa.

#### **4.3 Professores**

Elaborar e executar rotinas pertinentes que colaborem com uma melhor experiência em relação a alimentação (Exemplo: horário diferenciado no refeitório, dessensibilização aos alimentos através de atividades sensoriais).

Acompanhar o aluno e sua evolução comunicando a família juntamente com a direção.

#### **4.4 Auxiliar de Desenvolvimento Escolar/ Cuidador**

Acompanhar o aluno nas refeições e informar Professor e Direção da aceitação e evolução do aluno.

#### **4.5 Agente Operacional de Serviços**

Executar orientações de cardápio e preparações feitas pela nutricionista.

Comunicar a Direção e Professores sobre a evolução e aceitação dos alunos.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

### 5. MODELO DE CHECK-LIST PARA AS ESCOLAS

Após identificação, pela Equipe Escolar, de comportamento seletivo em alunos com TEA orientamos que a Direção, antes de entrar em contato com a Divisão de Alimentação, preencha o seguinte checklist:

**EMEI/EMEF:** \_\_\_\_\_

<b>CHECKLIST PARA OS DIRETORES</b>	
Nome da criança: _____ Idade: _____ Data de nascimento: __/__/__	
<input type="checkbox"/> Estudante tem encaminhamento, laudo ou atestado?	
<input type="checkbox"/> Como é esse estudante em casa? Disponibilizar questionário para os pais responderem (anexo I).	
<input type="checkbox"/> O que come em casa? (Como é um dia na alimentação desse aluno?) Disponibilizar diário alimentar para os pais responderem (anexo II).	
<input type="checkbox"/> Faz acompanhamento multiprofissional? ( ) Sim - Especificar: _____ ( ) Não	
<input type="checkbox"/> Como é esse estudante na escola? Disponibilizar questionário para os professores responderem (anexo III).	
<input type="checkbox"/> Quais alimentos da merenda o aluno aceita? _____	
<input type="checkbox"/> Leva ou já levou lanches de casa para a escola? ( ) Sim - Especificar: _____ ( ) Não	
<input type="checkbox"/> Faz acompanhamento com o CEMAEE? ( ) Sim ( ) Não	

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Direção



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

A partir do preenchimento do checklist e recolhimento dos questionários, orientamos que a Direção encaminhe-os para a Divisão de Alimentação, juntamente com o atestado comprobatório e as principais dificuldades encontradas em relação à alimentação do aluno em ambiente escolar para que assim o caso possa ser analisado individualmente considerando as estratégias e orientações mais assertivas. Além disso, como direcionador de ações disponibilizamos um exemplo de fluxograma que poderá ser seguido no manejo da seletividade alimentar em ambiente escolar (anexo IV).

## 6. REFERÊNCIAS

1. Leal M, Nagata M, Cunha NM, Pavanello U, Ferreira NVR. Terapia nutricional em crianças com transtorno do espectro autista. Curitiba: Cad. da Esc. de Saúde; 2017.
2. Sampaio AB de M, Nogueira TL, Grigolon RB, Roma AM, Pereira LE, Dunker KLL. Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [Internet]. 2013 Jun 1;62:164–70.
3. Braga MCS, Nogueira RL, Okuizumi AM, Rocha NO, et al. Seletividade alimentar e o papel da escola: crianças que frequentam regularmente a escola apresentam maior repertório alimentar? Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2021.
4. Resolução nº 6, de 8 de maio de 2020a. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE.
5. Magagnin T, Silva MA, Nunes RZS, Ferraz F, Soratto J. Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva; 2021.
6. Ferreira NVR. Estado nutricional em crianças com transtorno do espectro autista. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2016.
7. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

## 7. HISTÓRICO DE REVISÕES

<b>Versão</b>	<b>Data</b>	<b>Responsáveis pela elaboração</b>	<b>Descrição da Atualização</b>
1	08/05/2024	Gabriela Ongaratto Silva Thalita Fernandes dos Santos	Institui o protocolo de atendimento aos alunos com seletividade alimentar e diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista

<b>Elaboração:</b> Gabriela Ongaratto Silva Thalita Fernandes dos Santos Nutricionistas do quadro técnico da Divisão de Alimentação Escolar	<b>Data:</b>  24/04/2024
<b>Análise:</b> Renata V. Molon de Carvalho Nutricionista responsável técnica da Divisão de Alimentação Escolar	<b>Data:</b>  02/05/2024
<b>Aprovação:</b> Maria Sidnéia Gomes Ragonha Coordenadoria de Alimentação Escolar	<b>Data:</b>  08/05/2024
<b>Revisado:</b> Gabriela Ongaratto Silva Renata V. Molon de Carvalho	<b>Data:</b>  06/06/2024



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

**ANEXOS**

**EMEI/EMEF:** \_\_\_\_\_

**ANEXO I - QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS**

Nome da criança: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: __/__/__					
Sexo da criança: ( ) Masculino ( ) Feminino					
Relação do respondente com a criança: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó/Avô ( ) Cuidador ( ) Outro: _____					
Formulário preenchido por (nome completo): _____					
Data de hoje: __/__/__					
Por favor, preencha este questionário de acordo com a sua opinião sobre o comportamento alimentar do seu filho. Caso tenha algum comentário adicional, pode anotar ao lado de cada item ou no final do questionário. <b>POR FAVOR, RESPONDA A TODOS OS ITENS.</b>					
Abaixo há uma lista de vários problemas ou dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar. As opções de resposta variam de 1 (Não) até 5 (Sempre). Coloque um círculo em torno da resposta que mais se adéqua à criança:					
1. Não: Se seu filho(a) não apresenta o comportamento (nunca);					
2. Raramente: Se seu filho(a) raramente apresenta o comportamento descrito;					
3. Às vezes: Se seu filho(a) às vezes apresenta o comportamento;					
4. Frequentemente: Se seu filho(a) com frequência apresenta o comportamento;					
5. Sempre: Se seu filho(a) sempre apresenta o comportamento.					
	<b>Não</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
<b>1. Dificuldades para mastigar os alimentos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

<b>2. Engole os alimentos sem mastigá-los o bastante</b>	1	2	3	4	5
<b>3. Dificuldade para levar o alimento de um lado para o outro da boca com a língua</b>	1	2	3	4	5
<b>4. Mastiga os alimentos com a boca aberta</b>	1	2	3	4	5
<b>5. Evita comer vegetais cozidos e/ou crus</b>	1	2	3	4	5
<b>6. Retira o tempero da comida (ex.: pedaços de coentro, cebolinha ou tomate)</b>	1	2	3	4	5
<b>7. Evita comer frutas</b>	1	2	3	4	5
<b>8. Possui inquietação/agitação motora que dificulta sentar-se à mesa</b>	1	2	3	4	5
<b>9. Tem dificuldades de sentar-se à mesa para fazer as refeições (ex.: almoça no chão, sofá, cama)</b>	1	2	3	4	5
<b>10. Tem dificuldades de utilizar os talheres e outros utensílios</b>	1	2	3	4	5
<b>11. Derrama muito a comida na mesa ou na roupa quando se alimenta</b>	1	2	3	4	5
<b>12. Bebe, come, lambe substâncias ou objetos estranhos (ex.: sabão, terra, plástico, chiclete)</b>	1	2	3	4	5
<b>13. Vomita, durante ou imediatamente após as refeições</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Durante ou imediatamente após</b>	1	2	3	4	5



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

as refeições, golve (trazendo de volta o alimento que engoliu à boca) e mastiga o alimento novamente					
15. Come sempre com os mesmos utensílios (ex.: o mesmo prato, garfo, colher ou copo)	1	2	3	4	5
16. Come sempre no mesmo lugar	1	2	3	4	5
17. Quer comer sempre os mesmos alimentos (ex.: se comeu frango hoje, quer amanhã novamente)	1	2	3	4	5
18. Quer comer alimentos com cor semelhante (ex.: somente quer sucos amarelos – manga, maracujá, laranja)	1	2	3	4	5
19. Quer comer alimentos sempre da mesma marca, embalagem ou personagem (ex.: bebe suco somente de caixinha, quer somente produtos do Bob Esponja)	1	2	3	4	5
20. Possui ritual para comer (ex.: os alimentos devem ser arrumados no prato da mesma forma; se o ritual não for obedecido, seu filho se recusa a comer ou fica irritado ou perturbado)	1	2	3	4	5
21. Sem permissão, pega a comida fora do horário das refeições	1	2	3	4	5
22. Sem permissão, pega a comida de outras pessoas durante as refeições	1	2	3	4	5
23. Come uma grande quantidade de alimento num período de tempo curto)	1	2	3	4	5



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

<b>24. Intolerância ao glúten (o glúten está presente na farinha de trigo, aveia, centeio e cevada)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>25. Alergia alimentar (ex.: amendoim, frutos do mar)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>26. Tem intolerância à lactose</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Comentários Adicionais:</b>					

---

Assinatura e carimbo da Direção



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

EMEI/EMEF \_\_\_\_\_

**ANEXO II - DIÁRIO ALIMENTAR**

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Sexo da criança: ( ) Masculino ( ) Feminino  
Relação do respondente com a criança: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó/Avô ( ) Cuidador ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Formulário preenchido por (nome completo): \_\_\_\_\_ Data de hoje: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Refeição</b>	<b>Horário</b>	<b>Alimento</b>	<b>Quantidade</b>

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Direção



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

1. Anotar todos os alimentos ingeridos no período de três (03) dias;
2. Durante cada dia, anotar: o que ingeriu no café da manhã, almoço e jantar. Não deixar de anotar as refeições, lanches ou qualquer outro tipo de alimento ingerido;
3. Deve ser anotado o tipo e a quantidade do alimento ingerido;
4. Colocar as datas dos dias escolhidos para o diário.

**Exemplo de preenchimento correto do diário:**

<b>Refeição</b>	<b>Horário</b>	<b>Alimento</b>	<b>Quantidade</b>
Café da manhã	8h00	Banana	1 unidade pequena
		Leite	1 xícara cheia
		Açúcar	1 colher de sopa
		Pão francês	½ unidade
		Margarina	1 ponta de faca
Almoço	11h00	Arroz	2 colheres de sopa
		Feijão	3 colheres de sopa
		Carne moída	3 colheres de sopa
		Alface	1 folha
		Tomate	3 fatias



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO**  
**DIVISÃO DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR**

<b>Tipo do documento</b>	Protocolo	Emissão:	
<b>Título do documento</b>	<b>Protocolo de Seletividade Alimentar em Alunos com Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista</b>	Versão: 1	Próxima revisão:

EMEI/EMEF \_\_\_\_\_

**ANEXO III - QUESTIONÁRIO PARA OS PROFESSORES/DIREÇÃO**

Nome da criança: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___
Sexo da criança: ( ) Masculino ( ) Feminino
Formulário preenchido por (nome completo): _____ Data de hoje: ___/___/___
Por favor, preencha este questionário de acordo com a sua opinião sobre o comportamento alimentar do seu aluno. Caso tenha algum comentário adicional, pode anotar ao lado de cada item ou no final do questionário.
<p>( ) Estranha textura e sabor de certos alimentos.</p> <p>( ) Sente ânsia de vômito com alguma textura de alimento.</p> <p>( ) Se engasga facilmente com a comida e cospe com frequência.</p> <p>( ) Não gosta de escovar os dentes.</p> <p>( ) Evita colocar alimentos na boca.</p> <p>( ) Não percebe o sabor e a temperatura dos alimentos (ex. frio, quente, picante, muito salgado).</p> <p>( ) Ao se alimentar enche demais a boca e não nota quando estão satisfeitos.</p> <p>( ) Coloca tudo na boca.</p> <p>( ) Gosta de sabores intensos de comida (ex. apimentado, temperado).</p> <p>( ) Frequentemente coloca muitos alimentos de uma vez na boca.</p> <p>( ) Apresenta dificuldades em perceber e diferenciar um gosto de outro (ex: não diferencia doce de salgado).</p>

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Direção

## ANEXO IV - FLUXOGRAMA DE MANEJO DA SELETIVIDADE ALIMENTAR

