

Alimentação do pré-escolar, do escolar e do adolescente

Neofobia e apetite variável do pré-escolar, rotina de refeições, leite, cálcio e ferro, suco e bebidas açucaradas, ultraprocessados e rotulagem, lanche escolar, adolescência com estirão, dietas da moda, bebidas energéticas e sinais de transtorno alimentar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Do pré-escolar ao adolescente, a regra é a do Guia Alimentar: **comida de verdade, feita em casa, em refeições com a família e sem telas**. O pré-escolar (2 a 6 anos) cresce menos — cerca de 2–3 kg e 5–7 cm por ano (SBP 2024) —, come menos e de forma irregular e tem **neofobia** fisiológica: precisa de **8 a 10 exposições** ao alimento novo, **5–6 refeições em horários fixos**, intervalo de 2–3 horas só com água, porções pequenas e **nenhuma coerção, chantagem ou recompensa** (SBP 2024). Leite e derivados em torno de **600 mL/dia** garantem o cálcio; **suco não é necessário**: nenhum antes de 2 anos (SBP, Guia Prático nº 162/2024) e, depois, se oferecido, até 120 mL/dia até 3 anos, 175 mL de 4 a 6 e 250 mL de 7 a 18 (SBP 2024); refrigerante, bebida açucarada, adoçante e **bebida energética, nunca**. O escolar ganha autonomia e come fora de casa: lanche escolar, leitura de rótulos e atividade física. O adolescente tem o **estirão**, maior necessidade de energia, **cálcio (1.300 mg/dia)** e **ferro** (sobretudo após a menarca), e é alvo de dietas da moda e de suplementos. Quase tudo é consultório (🟢); queda de canal, excesso de peso, dieta restritiva e suspeita de transtorno alimentar vão ao especialista (🟡). **Transtorno alimentar com bradicardia, hipotensão, síncope ou distúrbio eletrolítico, desidratação e intoxicação por cafeína são pronto-socorro (🔴)**.

1. O que é e como se apresenta

Pré-escolar (2 a 6 anos)

- Velocidade de crescimento e necessidades nutricionais caem; a família interpreta como doença e pede "remédio para abrir o apetite" — erro comum (SBP 2024; ver **A criança que não come**).
- **Neofobia**: recusa de alimentos novos, pico entre 2 e 6 anos; o apetite varia com cansaço, brincadeira, clima e a refeição anterior.
- **Seletividade × dificuldade alimentar (SBP 2024)**: a criança seletiva é saudável, aceita o alimento novo no prato, come com a família e precisa de 20–25 exposições; a com dificuldade tem estado nutricional comprometido, recusa categorias inteiras (textura, cor), reage com medo ou luta e precisa de mais de 25 exposições.
- Todos os dentes decíduos até 3 anos: mastigação de alimentos inteiros e crus em pedaços pequenos; mamadeira prolongada favorece cárie, má oclusão e respiração bucal (SBP 2024).

Escolar (7 a 10 anos): ganho de peso proporcionalmente maior que o de estatura antes do estirão; ao menos uma refeição fora de casa (merenda, cantina); influência crescente de

colegas e publicidade; queda do consumo de arroz, feijão e frutas e aumento de embutidos, biscoitos e refeições prontas na população brasileira (SBP 2024).

Adolescente (10 a 19 anos): estirão e mudança da composição corporal aumentam a necessidade de energia, proteína, cálcio, ferro e zinco; lanches substituem refeições; pular o café da manhã é comum; dietas da moda (sem glúten, sem lactose, "detox"), vegetarianismo sem orientação, suplementos para massa muscular, bebidas energéticas e álcool; insatisfação corporal e risco de transtorno alimentar (SBP 2024).

Necessidades que mais faltam (SBP 2024, Manual de Alimentação, tabelas de DRI)

NUTRIENTE	1–3 ANOS	4–8 ANOS	9–13 ANOS	14–18 ANOS
Cálcio	500–700 mg/dia	800–1.000 mg/dia	1.300 mg/dia	1.300 mg/dia
Ferro	7 mg/dia	10 mg/dia	8 mg/dia	11 mg/dia (masculino); 15 mg/dia (feminino)
Vitamina D	600 UI/dia (suplemento universal de 1 a 18 anos — SBP, DC nº 181/2024)			
Fibras	Pré-escolar: pelo menos 15 g/dia e 250 g/dia de frutas e hortaliças (SBP 2024, com a OMS)			

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Seletividade ou apetite variável com crescimento no canal , exame e desenvolvimento normais; hábitos a corrigir (sucos, telas, beliscos, ultraprocessados); adolescente saudável com dúvidas sobre dieta ou atividade física	Orientação no consultório, plano escrito com a família; retorno no calendário (semestral até 5 anos; anual depois)
● Moderada	Queda de canal de peso ou estatura; IMC < -2 ou > +1 escore-z (5–19 anos) ou > +2 (2–5 anos); dificuldade alimentar com recusa de grupos inteiros ou suspeita de TARE (ARFID) ; anemia; dieta vegetariana estrita ou vegana sem suplementos; dieta restritiva por estética, perda de peso intencional, vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou diuréticos, exercício compulsivo; amenorreia; uso de suplementos ou anabolizantes; consumo frequente de bebida energética ou álcool	Investigação e encaminhamento : nutricionista e nutrólogo; endocrinologia ou equipe de obesidade (ver Obesidade na infância e na adolescência); saúde mental com prioridade na suspeita de transtorno alimentar (ver Transtornos alimentares)
● Grave	Transtorno alimentar com FC < 50 bpm acordado (< 45 dormindo) , PA < 90/45 mmHg , hipotensão ortostática , temperatura < 35,6 °C , < 75% da mediana do IMC , síncope , desidratação , distúrbio eletrolítico (hipocalemia, hipofosfatemia) ou recusa alimentar aguda, ideação suicida (SBP 2021; SAHM 2022, como em Transtornos alimentares); desnutrição aguda grave com complicação (SBP, Nota de Alerta nº 41/2023; ver Déficit de crescimento); intoxicação por cafeína ou energético (taquicardia, arritmia, convulsão, agitação), sobretudo com álcool	Pronto-socorro/hospital (ver "Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar")

Fatores de risco

- Insegurança alimentar; ambiente com oferta de ultraprocessados e publicidade (ver **Ambientes alimentares e saúde de crianças e adolescentes**).
- Telas durante as refeições; sono curto; sedentarismo.
- Família com obesidade, dislipidemia, diabetes ou transtorno alimentar.
- Esportes com controle de peso ou estética (ginástica, balé, lutas); bullying por peso.
- Doença crônica, TEA e outras condições com seletividade intensa.

3. Diagnóstico no consultório

- **Curva de crescimento e IMC em escore-z** em toda consulta (ver **Avaliação do crescimento e curvas**); pressão arterial a partir de 3 anos (SBP 2021).

- **Anamnese alimentar:** número e horário das refeições, quem prepara, onde e com quem come, telas, lanches e "beliscos", volume de leite, sucos e refrigerantes, ultraprocessados, merenda ou cantina, café da manhã, uso de adoçantes, suplementos e bebidas energéticas, dietas da moda, álcool.
- **No adolescente,** entrevista em parte sem os pais (ver **A consulta do adolescente**): imagem corporal, perda de peso intencional, compulsão, vômitos, laxantes, exercício excessivo, menstruação; triagem de humor.
- **Exames:** não há rotina para a criança saudável. Conforme o caso: hemograma e ferritina com PCR (dieta pobre em ferro, menarca com fluxo intenso, vegetarianismo); perfil lipídico, glicemia e ALT no excesso de peso (ver **Obesidade e risco cardiometabólico**); B12 na dieta vegana; eletrólitos, fósforo, magnésio e ECG na suspeita de transtorno alimentar com restrição.

Diferencial que não pode passar: dificuldade alimentar que é **TARE (ARFID)**, disfagia ou doença orgânica (refluxo, esofagite eosinofílica, doença celíaca); perda de peso por **diabetes tipo 1**, doença inflamatória intestinal ou hipertireoidismo; anorexia nervosa mascarada de "alimentação saudável" ou vegetarianismo.

4. Tratamento e seguimento

Orientações práticas (SBP, Manual de Alimentação 2024; MS, Guia Alimentar 2019)

1. **5–6 refeições em horários fixos** (café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar e, se preciso, ceia), com intervalos de 2–3 horas e **só água entre elas**; tempo definido para cada refeição — se a criança não comer, encerrar e oferecer na próxima, sem substituir por leite ou guloseima.
2. **Os pais decidem o quê, quando e onde; a criança decide se come e quanto.** Porções pequenas, repetir se quiser; não obrigar a "limpar o prato"; sobremesa (de preferência fruta) não é prêmio.
3. **Refeições à mesa com a família, sem TV, celular ou tablet;** envolver a criança na compra e no preparo; prato colorido, com diferentes texturas.
4. **Prato:** cereal ou tubérculo, feijão ou outra leguminosa, legumes e verduras, carne, ovo ou peixe (peixe 2 vezes por semana); ao menos 5 porções de frutas e hortaliças por dia.
5. **Leite e derivados:** cerca de **600 mL/dia** de leite ou equivalentes (iogurte natural, queijo) para o cálcio; integral até 2 anos (MS 2019). Mamadeira: evitar e, se usada, só até 3 anos (SBP 2024).
6. **Água** como bebida principal; **suco: não é necessário** — se oferecido, natural e no máximo **120 mL/dia de 1 a 3 anos, 175 mL de 4 a 6 e 250 mL de 7 a 18** (SBP 2024); o site mantém **nenhum suco antes de 2 anos** (SBP, Guia Prático nº 162/2024). Líquidos depois da refeição, não durante.

7. **Sem refrigerantes, bebidas açucaradas, leite saborizado, achocolatados prontos e bebidas com cafeína** no pré-escolar; **bebida energética nunca** em criança ou adolescente (AAP 2011). **Adoçantes não** em crianças, exceto no diabetes (SBP 2024).
8. **Açúcar:** nenhum até 2 anos; depois, o mínimo — a SBP (2024) cita o limite de 25 g/dia (6 colheres de chá) para o pré-escolar. **Sal:** menos de 5 g/dia (2 g de sódio), sem saleiro na mesa e sem temperos prontos (SBP 2024).
9. **Ultraprocessados** (salgadinhos, biscoitos recheados, embutidos, macarrão instantâneo, congelados prontos): evitar; ensinar a **ler o rótulo** e a lupa frontal da Anvisa (alto em açúcar adicionado, sódio ou gordura saturada).
10. **Engasgo:** até 3–4 anos, evitar uva inteira, pipoca, balas duras, oleaginosas inteiras e pedaços grandes de cenoura ou maçã crua; sempre sentada (SBP 2024).
11. **Escolar:** lancheira com fruta, sanduíche caseiro, água; conhecer a merenda e a cantina; "autonomia orientada" (a criança serve o próprio prato com orientação).
12. **Adolescente:** não pular o café da manhã; três refeições e lanches planejados; atenção a cálcio, ferro e proteína no estirão; vegetarianismo com planejamento e B12 (ver **Dietas vegetarianas e veganas**); **sem dietas da moda** sem indicação — exclusão de glúten ou lactose sem diagnóstico prejudica crescimento e ossos (SBP 2024; ver **Intolerância à lactose**); suplementos proteicos e anabolizantes: perguntar sempre e orientar.
13. **Sono e telas** fazem parte da alimentação: sono de 9 a 12 horas no escolar (SBP 2024); telas conforme a SBP (2024): 2–5 anos até 1 h/dia, 6–10 anos 1–2 h/dia, 11–18 anos 2–3 h/dia, nunca nas refeições e desligadas 1–2 h antes de dormir.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Vitamina D3	600 UI/dia (1–18 anos); 1.200–1.800 UI/dia nos grupos de risco (obesidade, dieta vegetariana estrita, má absorção, anticonvulsivantes)	1x/dia	Contínua	SBP, DC nº 181/2024
Ferro elementar (anemia ferropriva)	3–6 mg/kg/dia	Dose única ou fracionada	3–6 meses ou até repor estoques	SBP, Diretriz nº 32/2026; adolescente: conforme peso, sem exceder a dose de adulto da bula
Vitamina B12 (vegetariano estrito ou vegano)	25 mcg/dia de 4 a 10 anos; 50 mcg/dia acima de 10 anos	1x/dia	Contínua	AEP 2020 (a SBP 2024 só fixa doses até 5 anos: 25 mcg/dia de 3 a 5 anos)
Cálcio elementar (ingestão insuficiente)	Completar até 1.000 mg/dia (5–10 anos) e 1.300 mg/dia (> 10 anos)	Dividido	Até a dieta ser adequada	SBP 2024 (Manual de Aspectos Nutricionais); preferir alimentos

Não usar: estimulantes de apetite (ciproheptadina e similares); polivitamínicos "para crescer" ou "para engordar"; suplementos proteicos, creatina ou "termogênicos" sem avaliação; dietas de exclusão sem diagnóstico; adoçantes na criança sem diabetes.

O especialista: nutrólogo e nutricionista (dificuldade alimentar, dietas restritivas, obesidade), equipe de saúde mental (transtorno alimentar), endocrinologista (obesidade com comorbidade, baixa estatura).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Suspeita de transtorno alimentar com **FC < 50 bpm acordado ou < 45 dormindo**, PA < 90/45 mmHg ou hipotensão ortostática, temperatura < 35,6 °C, < 75% da mediana do IMC, **síncope**, desidratação, distúrbio eletrolítico, QTc prolongado, recusa alimentar aguda ou ideação suicida (ver **Transtornos alimentares**).
- Desnutrição aguda grave com complicação (falta de apetite, desidratação, hipoglicemia, hipotermia, infecção, edema +++ — SBP, Nota de Alerta nº 41/2023) ou perda de peso rápida com sinais de desidratação; sem complicação e com apetite, ambulatorio com seguimento próximo (ver **Déficit de crescimento**).
- Intoxicação por cafeína ou bebida energética: palpitações, taquiarritmia, dor torácica, agitação, convulsão.

- Perda de peso com poliúria, polidipsia, vômitos ou respiração rápida (cetoacidose diabética).

Como encaminhar: glicemia capilar; ECG se disponível; no transtorno alimentar grave, **não realimentar de forma agressiva** (síndrome de realimentação); acesso venoso se instável; oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%** se houver desconforto; SAMU (192) se arritmia ou rebaixamento; não deixar sozinho o adolescente com ideação suicida; relatório com curva, IMC e exames.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Comer menos depois dos 2 anos é normal: ele cresce mais devagar. Olhe a curva, não o prato."
- "Vocês decidem o que, quando e onde; ele decide quanto. Sem forçar, sem prêmio e sem castigo."
- "Ofereça o alimento recusado de novo, de outro jeito: são precisas 8 a 10 tentativas."
- "Água é a bebida da casa; refrigerante e energético, não."
- "Leia o rótulo: a lupa preta avisa excesso de açúcar, sal ou gordura."
- Voltar antes se: perde peso, recusa grupos inteiros de alimentos, vomita depois de comer, faz dieta escondido, para de menstruar, usa suplementos ou remédios para emagrecer.
- **Pronto-socorro se:** desmaio, tontura ao levantar, coração muito lento ou disparado, fraqueza intensa, recusa total de comer e beber, falar em se machucar; palpitações ou convulsão depois de energético.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Manual de Alimentação 5ª ed. (2024); Guia Prático nº 162 (2024)	Guia Alimentar < 2 anos (2019); Cader- neta (2024)	HER/AAP (2019); bebi- das energéti- cas (2011)	NG247 (15/01/2025), até 5 anos	Dietas vegeta- rianas (2020)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Rotina e responsividade	5–6 refeições; pais decidem o quê, criança o quanto	Refeições com a família, sem telas	—	3 refeições e 2 lanches; sem recompensa com comida	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Leite	~600 mL/dia; integral até 2 anos	Integral até 2 anos	Até 480 mL (2–3 anos) e 600 mL (4–5 anos), desnatado ou 1% após 2	Leite simples ou água; fórmula desnecessária	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Suco	Nenhum < 2 anos; depois 120/175/250 mL por idade	Nenhum < 1 ano; até 120 mL de 1 a 3 anos	120 mL (1–3); 120–180 mL (4–5)	Até 150 mL de 1 a 5 anos	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Bebidas açu- caradas e energéticas	Não; adoçan- tes não	Não (ultraprocessa- dos)	Açucaradas não; energéti- cas nunca	Bebidas ado- çadas não	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Vegetarianis- mo	Possível bem planejado; suplementos	—	—	—	Preferir onívo- ra ou ovolacto na infância; B12 sempre	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem em **alimentação responsiva** (sem coerção nem recompensa), refeições em família, água como bebida principal, rejeição de bebidas açucaradas e energéticas e exposição repetida aos alimentos recusados. As divergências estão no **leite após 2 anos** (a AAP recomenda desnatado ou 1%; SBP e MS falam em integral até 2 anos e não fixam o tipo depois), no **volume de suco** (nenhum antes de 2 anos na SBP, que depois aceita 120–250 mL conforme a idade; MS nenhum no 1º ano e até 120 mL de 1 a 3 anos; AAP 120–180 mL; NICE 150 mL) e no **vegetarianismo infantil**, que a SBP aceita com planejamento e suplementos e a AEP prefere evitar na primeira infância. O NICE só tem diretriz de alimentação até 5 anos; para o escolar e o adolescente, o Reino Unido trata do tema nas diretrizes de obesidade. **O site adota a SBP** (Manual de Alimentação 2024 e Guia Prático nº 162/2024), com o Ministério da Saúde na classificação dos alimentos e na leitura de rótulos.

PONTOS PRÁTICOS

1. Apetite menor no pré-escolar é fisiológico: avalie a curva, não o prato, e não prescreva estimulante de apetite.
2. 5–6 refeições em horários fixos, só água nos intervalos, sem telas; 8 a 10 exposições ao alimento novo.
3. Leite e derivados em torno de 600 mL/dia; suco não é necessário (nenhum antes de 2 anos); energético nunca.
4. Adolescente: cálcio 1.300 mg/dia, ferro após a menarca, vitamina D 600 UI/dia; pergunte por dietas, suplementos e álcool.
5. Dieta restritiva, perda de peso intencional, vômitos ou amenorreia: suspeite de transtorno alimentar e encaminhe com prioridade.
6. Bradicardia, hipotensão, síncope ou distúrbio eletrolítico no transtorno alimentar são pronto-socorro.

Veja também, nesta Biblioteca: **Avaliação do crescimento e curvas**, **Suplementação de vitaminas e ferro**, **A criança que come pouco**, **Obesidade na infância e na adolescência e Dietas vegetarianas e veganas** (nesta área); **A criança que não come (dificuldades alimentares)** e **Obesidade e risco cardiometabólico** (Patologias do consultório); **Ambientes alimentares e saúde de crianças e adolescentes** (Temas atualizados pela SBP); **Transtornos alimentares** (Saúde mental); **A consulta do adolescente e Puberdade normal e crescimento na adolescência** (Medicina do adolescente).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar, 5ª ed., 2024 (caps. 3 a 5). [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização nº 162 — Alimentação complementar para o lactente saudável, 22/07/2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Aspectos Nutricionais em Situações Especiais na Infância e Adolescência, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento científico nº 181 — Hipovitaminose D em pediatria, 04/11/2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos — versão resumida, 2021. [PDF](#)

- Healthy Eating Research (AAP, AND, AAPD, AHA). Healthy beverage consumption in early childhood, 09/2019. [PDF](#)
- AAP Committee on Nutrition and Council on Sports Medicine and Fitness. Sports drinks and energy drinks for children and adolescents: are they appropriate? Pediatrics 2011;127(6):1182–9. [PubMed](#)
- NICE. NG247 — Maternal and child nutrition (crianças até 5 anos), 15/01/2025. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Redecilla Ferreiro S et al.; Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la AEP. Recomendaciones sobre las dietas vegetarianas. An Pediatr 2020;92(5):306. [analesdepediatria.org](https://www.analesdepediatria.org)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.