

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM GESTÃO
INTEGRADA DO TERRITÓRIO – GIT**

Maria Elisabeth Almeida Campos

**CORPO, TERRITÓRIO E ALIMENTAÇÃO: a vulnerabilidade infantil frente aos
transtornos do neurodesenvolvimento e distúrbios alimentares em
Governador Valadares- MG**

Governador Valadares

2025

MARIA ELISABETH ALMEIDA CAMPOS

CORPO, TERRITÓRIO E ALIMENTAÇÃO: a vulnerabilidade infantil frente aos transtornos do neurodesenvolvimento e distúrbios alimentares em Governador Valadares- MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva.
Co-orientadora: Patrícia Falco Genovez.

Linha de pesquisa: Território, Saúde e Sociedade.
Temática estruturante: Saúde, Doença e Território.

Governador Valadares

2025

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas (Sibi/UNIVALE)

C198c Campos, Maria Elisabeth Almeida
Corpo, território e alimentação: a vulnerabilidade infantil frente aos transtornos do neurodesenvolvimento e distúrbios alimentares em Governador Valadares-MG / Maria Elisabeth Almeida Campos ; orientador Leonardo Oliveira Leão e Silva ; coorientadora Patrícia Falco Genovez.-- Governador Valadares : 2025.
123 p.: il. color.

Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2025.

1. Distúrbios alimentares em crianças. 2. Governador Valadares (MG). 3. Transtornos do neurodesenvolvimento. 4. Crianças - Nutrição - Aspectos psicológicos. I. Silva, Leonardo Oliveira Leão e, orient. II. Genovez, Patrícia Falco, coorient. III. Título.

CDD: 362.1989239

**Missão**

Construir e compartilhar o conhecimento por meio da formação de profissionais competentes, éticos e comprometidos com o desenvolvimento humano e regional.

Visão


Ser referência como instituição educacional inovadora, comunitária e inclusiva.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território


Maria Elisabeth Almeida Campos

“CORPO, TERRITÓRIO E ALIMENTAÇÃO: a vulnerabilidade infantil frente aos transtornos do neurodesenvolvimento e distúrbios alimentares em Governador Valadares- MG”,


Dissertação aprovada em 15 de maio de 2025,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:

Documento assinado digitalmente
 **LEONARDO OLIVEIRA LEAO E SILVA**
Data: 15/05/2025 11:59:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Orientador – GIT/Univale

Documento assinado digitalmente
 **MARILENY BOECHAT FRAUCHES BRANDAO**
Data: 15/05/2025 15:23:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão
Examinadora – GIT/Univale

Documento assinado digitalmente
 **CLARICE LIMA ALVARES DA SILVA**
Data: 15/05/2025 14:43:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Clarice Lima Álvares da Silva
Examinadora – UFJF/GV

Campus I

Campus Armando Vieira
Rua Juiz de Paz José Lemos, 695 – Vila Bretas
CEP: 35030-260 | Governador Valadares/MG
(33) 3279-5200

Campus II

Campus Antônio Rodrigues Coelho
Rua Israel Pinheiro, 2000 – Universitário
CEP: 35020-220 | Governador Valadares/MG
(33) 3279-5500

univale.br


Recredenciada pela Portaria Ministerial Nº 1.669, de 28/11/2011 e pelo parecer CNE/CES Nº 285/2011 | Fundação Percival Farquhar (Mantenedora) CNPJ: 20.611.810/0001-91

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território
ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
Maria Elisabeth Almeida Campos


Ao Décimo quinto dia do mês de maio de dois mil e vinte e cinco (15/05/2025), às nove (09:00h) horas, através do link : <https://meet.google.com/eyu-dtax-say>, sob a coordenação do Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva -GIT/Univale, Professor Orientador, e Professora Coorientadora Dra. Patrícia Falco Genovez-GIT/Univale, reuniram-se os membros efetivos da Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada: **“CORPO, TERRITÓRIO E ALIMENTAÇÃO: a vulnerabilidade infantil frente aos transtornos do neurodesenvolvimento e distúrbios alimentares em Governador Valadares- MG”**, elaborada pelo discente **Maria Elisabeth Almeida Campos**, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – GIT/Univale – Nível Mestrado Acadêmico, Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde. A Banca Examinadora foi composta pelos(as) professores(as): Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão - GIT/Univale e Clarice Lima Álvares da Silva – UFJF/GV. O Professor Orientador iniciou a sessão apresentando os componentes da Banca Examinadora e informou que o discente atendeu as exigências do Art. 82 do Regulamento do Programa. Em seguida, apresentou o discente, leu o título da dissertação e lhe passou a palavra. Feita a apresentação por parte do mestrando, os avaliadores fizeram questionamentos e comentários. Em todos os momentos foi dado o direito ao discente de responder aos questionamentos. Por fim, a Banca se reuniu sem a participação do discente e do público, decidindo pela: () Aprovação; (X) Aprovação com solicitação das revisões, constantes nas “observações”, no prazo máximo de 60 dias; () Reprovação. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Banca.

OBSERVAÇÕES: A banca recomendou a reformulação da descrição da metodologia e da tipologia do estudo, com ajustes no objetivo geral e específicos, além da readequação da revisão da literatura para refletir com maior precisão o delineamento realizado. Corrigir a caracterização da ocorrência de TND; Caracterização da ocorrência de DAP e ainda sobre a Comparação da ocorrência (análises estatísticas) (excluir textos que trazem comparações de base apenas numérica, ignorando ausência de diferença estatística).


Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Banca Examinadora.

Documento assinado digitalmente
 **LEONARDO OLIVEIRA LEAO E SILVA**
Data: 15/05/2025 11:55:29-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Professor Orientador

Documento assinado digitalmente
 **MARILENY BOECHAT FRAUCHES BRANDAO**
Data: 15/05/2025 15:23:45-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão
Avaliadora

Documento assinado digitalmente
 **CLARICE LIMA ALVARES DA SILVA**
Data: 15/05/2025 14:43:45-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Clarice Lima Álvares da Silva
Avaliadora

Campus I

Campus Armando Vieira
Rua Juiz de Paz José Lemos, 695 – Vila Bretas
CEP: 35030-260 | Governador Valadares/MG
(33) 3279-5200

Campus II

Campus Antônio Rodrigues Coelho
Rua Israel Pinheiro, 2000 – Universitário
CEP: 35020-220 | Governador Valadares/MG
(33) 3279-5500

univale.br

“A vida a que me refiro consiste na capacidade de se
alimentar a si próprio, no crescimento
e no acto de morrer.”

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me permitiu caminhar com passos firmes e esperançosos durante toda a minha jornada de estudos e de trabalho.

Aos meus pais, que me deram a vida, o cuidado, o carinho, o afeto e a educação.

À minha filha, Marina, que me ensinou a amar de forma visceral e intensa, que me desafiou em vários momentos da vida e me fez admirar as lutas, as conquistas, as limitações, as frustrações femininas e as delícias de ser avó. Amo vocês!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva, que me atendeu sempre com extrema paciência, dedicação e competência. Gratidão!

A todos os professores do GIT, que me orientaram pelos caminhos de um imaginário espacial e territorial no qual eu nunca havia me atrevido a estar. Os ensinamentos me abriram um mundo de ideias e pensamentos, tornando-me ainda mais ávida por saberes distintos.

Um agradecimento especial às mulheres mestras de garra e saberes gigantes, daqueles que tocam a alma e aquecem o peito: Marileny Boechat, Suely Rodrigues, Terezinha Vilarino e Patrícia Genovez. Vocês fizeram a diferença na minha caminhada e estarão para sempre em meu coração.

Aos colegas de Mestrado, que foram elos de força e coesão, e me proporcionaram lindas emoções, laços afetivos intensos e eternos. Gratidão, Thaise, Joana, Crislene, Anaile, Ivaldo, Guilherme e todos os demais.

O maior agradecimento vai para todos os pacientes que fizeram parte da minha caminhada profissional, da minha jornada de estudos, de aprendizagem e de conquistas. Com vocês, aprendi sobre a minha ciência, sobre o amor, a dedicação e, principalmente, sobre a força de superação e garra.

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo analisar a associação entre Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND) e o risco de ocorrência de Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP), em crianças de 3 a 6 anos, no município de Governador Valadares-MG, considerando também o perfil alimentar de crianças neurotípicas da mesma faixa etária. Tratou-se de um estudo de abordagem mista, estruturado em duas etapas metodológicas: quantitativa, por meio de delineamento caso-controle, e qualitativa, com base em entrevistas com os responsáveis. A amostra foi composta por crianças matriculadas em duas escolas da rede municipal e Centro Municipal de Referência e Apoio à Educação Inclusiva Dr. Dilermano Dias Miranda (CRAEDI), com aplicação da Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) junto aos cuidadores. Os resultados apontam para uma expressiva prevalência de DAP em crianças com TND, com destaque para as comorbidades envolvendo Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Deficiência Intelectual. Ainda assim, observou-se a prevalência relevante de sinais de DAP também em crianças neurotípicas, o que evidencia que tais distúrbios não se restringem ao grupo com alterações no neurodesenvolvimento. Os dados sugerem que fatores sensoriais, psicossociais e nutricionais estão intimamente relacionados à recusa alimentar, à seletividade exacerbada e ao comprometimento das habilidades alimentares. A *Odds Ratio* calculada indicou um risco aumentado, mas não expressivo para crianças com TND desenvolverem DAP, reforçando a urgência de estratégias interdisciplinares de prevenção e intervenção precoce. No plano conceitual, o trabalho fundamenta-se na articulação entre corpo, território e saúde, considerando o corpo infantil como o primeiro território de construção de identidades, práticas e resistências, especialmente na dinâmica alimentar. A análise qualitativa das respostas dos cuidadores encontrado no questionário aplicado com os pais, reforça a complexidade da relação criança-alimento-espço social, indicando que a recusa alimentar pode ser interpretada como forma de resistência ou tentativa de territorialização do corpo. Esse achado aponta para a necessidade de escuta qualificada dos responsáveis e valorização das experiências vividas na construção de planos terapêuticos individualizados. Recomenda-se a ampliação de políticas públicas de detecção precoce e intervenção interdisciplinar, bem como a formação continuada de profissionais voltados ao atendimento de crianças com TND e DAP. O estudo também aponta para a necessidade de novas pesquisas longitudinais que acompanhem o desenvolvimento dessas crianças e avaliem a eficácia das estratégias terapêuticas implementadas.

Palavras-chave: Transtornos do Neurodesenvolvimento. Distúrbio Alimentar Pediátrico. Fonoaudiologia. Interdisciplinariedade. Corpo-Território.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the association between Neurodevelopmental Disorders (NDD) and the risk of Pediatric Feeding Disorders (PFD) in children aged 3 to 6 years in the municipality of Governador Valadares, MG, also considering the feeding profile of neurotypical children in the same age group. This is a mixed-methods study structured in two methodological stages: a quantitative approach using a case-control design and a qualitative approach based on interviews with caregivers. The sample consisted of children enrolled in two municipal public schools and Municipal Reference and Support Center for Inclusive Education Dr. Dilermano Dias Miranda (CRAEDI), with the application of the Brazilian Infant Feeding Scale (EBAI) administered to the caregivers. The results indicate a high prevalence of PFD among children with NDD, with a significant presence of comorbidities such as Autism Spectrum Disorder (ASD), Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), and Intellectual Disability. However, a relevant incidence of PFD symptoms was also observed among neurotypical children, indicating that such disorders are not exclusive to those with neurodevelopmental conditions. The data suggest that sensory, psychosocial, and nutritional factors are closely related to food refusal, excessive selectivity, and impaired feeding skills. The calculated odds ratio revealed an increased risk of developing PFD in children with NDD, highlighting the urgency for interdisciplinary strategies focused on prevention and early intervention. On the conceptual level, the study is grounded in the articulation between body, territory, and health, considering the child's body as the first territory for constructing identities, practices, and resistance, particularly within the feeding dynamic. The qualitative analysis of caregivers' narratives reinforces the complexity of the child-food-social space relationship, suggesting that food refusal can be interpreted as a form of resistance or an attempt at body territorialization. This finding underscores the need for qualified listening by caregivers and the valorization of lived experiences in constructing individualized therapeutic plans. The dissertation brings relevant contributions to the fields of Speech-Language Pathology, Education, and Public Health by proposing a critical and contextualized reflection on childhood nutrition, especially in vulnerable populations. It recommends the expansion of public policies for early detection and interdisciplinary intervention, as well as continuous training for professionals working with children with NDD and PFD. The study also highlights the need for new longitudinal research to follow the development of these children and assess the effectiveness of implemented therapeutic strategies.

Keywords: Neurodevelopmental Disorders. Pediatric Feeding Disorders. Speech-Language Pathology. Interdisciplinarity. Body-Territory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão dos Transtornos do Neurodesenvolvimento – DSM-V	22
Figura 2 – Hipótese do Neurodesenvolvimento.....	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Sobreposição de diagnóstico de TARE e DAP	33
Quadro 2 – Critérios Diagnósticos Propostos para Distúrbios Alimentares Pediátricos	35
Quadro 3 – Temáticas e categorias emergentes da análise qualitativa das falas dos cuidadores.....	53
Quadro 4 – Resumo da Análise Temática – Grupo 2 (crianças com e sem TND, porém sem indícios de DAP).....	64
Quadro 5 - Resumo da Análise Temática – Grupo 1 (crianças com TND e/ou DAP)	73
Quadro 6 – Comparativo de expressão do DAP em Crianças com e sem TND.....	82
Quadro 7 - Quadro Temático: Alimentação como Território Afetivo e Social na Infância	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação de Risco Alimentar × Condição de Saúde	58
Tabela 2 – Características sociodemográficas, práticas alimentares e comportamentos relacionados à alimentação entre crianças neurotípicas e neuroatípicas (com TND)	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychiatric Association
ARFID – Avoidant restrictive food intake disorder
ARFID/TARE – Transtorno de Ingestão Alimentar Evitativo/Restritivo
BLW – Método Baby-Led Weaning
BNCC – Base Nacional Comum Curricular
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEBI – Children’s Eating Behavior Inventory
CID – Classificação Internacional de doenças
CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade
CRAEDI – Centro Municipal de Referência e Apoio à Educação Inclusiva Zilda Arns
DAP – Distúrbios Alimentares Pediátricos
DSM – Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais
EBAI – Escala Brasileira de Alimentação Infantil
FPF – Fundação Percival Farquhar
GIT – Gestão Integrada do Território
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ICFQ – Infant and Child Feeding Questionnaire
MCH-FS – Montreal Children's Hospital Feeding Scale
PediEAT – Pediatric Eating Assessment Tool
PFD/DAP – Distúrbio Alimentar Pediátrico
PFDs – Pediatric Feeding Disorders
SNC – Sistema Nervoso Central
SNP – Sistema Nervoso Periférico
SPA – Serviço de Psicologia Aplicada
SUS – Sistema Único de Saúde
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
T21 – Síndrome de Down
TARE – Transtorno Evitativo/Restritivo da Ingestão de Alimentos
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH –Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA – Transtorno do Espectro Autista

TND – Transtornos do Neurodesenvolvimento

UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
2.1 TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO	22
2.1.1 Conceito, Taxonomia	22
2.1.2 Hipótese do Neurodesenvolvimento	24
2.1.3 Ocorrência dos distúrbios alimentares pediátricos em Transtornos do Neurodesenvolvimento	27
2.1.4 Distúrbio Alimentar Pediátrico e a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)	27
2.1.5 TARE e DAP	31
2.1.6 Características do DAP	34
2.1.7 Instrumentos de Avaliação das habilidades alimentares	36
2.2 TERRITÓRIO/CORPO	37
2.2.1 Corpo, território e saúde /geografia da infância	37
2.2.1.1 A primeira Infância	37
2.2.1.2 Corpo, primeiro território de construção das relações	38
2.2.1.3 Corpo território e a Fenomenologia	38
2.2.1.4 A geografia da Infância	39
2.2.1.5 A recusa alimentar /Território de resistência	41
2.2.1.6 A Abordagem Bioecológica e o desenvolvimento infantil	42
3 OBJETIVOS	44
3.1 OBJETIVO GERAL	44
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
4 METODOLOGIA	45
4.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO	45
4.2 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO	45
4.3 AMOSTRA	47
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO	49
4.5 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	50
4.6 ETAPA – PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	52
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57

5.2 ESTIMATIVA DE ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL E TND.....	57
5.3 ANÁLISE TEMÁTICA.....	64
5.3.1 Análise do comportamento alimentar infantil em crianças com e sem TND sem indícios de distúrbios alimentares pediátricos (grupo 2).....	64
5.3.1.1. <i>Temática 1 – Estabilidade e autonomia no comportamento alimentar infantil</i>	67
A. Categoria 1.1 – Sinais de autonomia e independência alimentar	67
B. Categoria 1.2 – Interesse, prazer e interação durante as refeições	68
5.3.1.2. <i>Temática 2 – Ambiência e práticas familiares favorecedoras da alimentação</i>	69
A. Categoria 2.1 – Estrutura e rotina alimentar	69
B. Categoria 2.2 – Variedade alimentar e ausência de mediações forçadas	71
5.3.1.3. <i>Análise temática das práticas alimentares em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento e neurotípicas com distúrbio alimentar pediátrico (grupo 1)</i> .	73
5.3.1.4. <i>Temática 1 – Desafios na relação da criança com o alimento</i>	75
A. Categoria 1.1 – Seletividade alimentar e aversões sensoriais	76
B. Categoria 1.2 – Comportamentos alimentares mediadores (barganhas, punições, distrações)	78
5.3.1.5. <i>Temática 2: Práticas e ambientes familiares nas refeições</i>	79
A. Categoria 2.1 – Local, rotina e interações durante a alimentação	79
B. Categoria 2.2 – Autonomia e interesse pelo alimento	81
5.3.2 Diferenças na expressão dos distúrbios alimentares pediátricos entre crianças com e sem transtornos do neurodesenvolvimento	82
5.3.3 Diferenças nos comportamentos alimentares entre crianças com e sem DAP: um estudo comparativo entre dois grupos com e sem TND	86
5.3.4 A alimentação como território afetivo e social na infância	90
5.4 CATEGORIA 1 – O CORPO COMO PRIMEIRO TERRITÓRIO: VÍNCULO, SEIO E PRIMEIRAS RELAÇÕES	93
5.5 CATEGORIA 2 – A MESA COMO TERRITÓRIO DE SIGNIFICADOS E PODER.....	94
5.6 CATEGORIA 3 – ALIMENTAR-SE COMO FORMA DE SOCIALIZAR, DOMINAR OU RESISTIR	98
5.7 RESULTADOS E DIMENSÕES COMPLEXAS DOS TND E DAP	100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102

REFERÊNCIAS.....	105
ANEXO A – MEMORANDO SMED Nº 11/2024	117
ANEXO B – ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL (EBAI)	118
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119
APÊNDICE 2 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE PESQUISA	122

1 INTRODUÇÃO

Os Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND) são descritos no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) como déficits no desenvolvimento que impactam significativamente nos processos sociais, pessoais, acadêmicos e profissionais, limitando de forma ampla e diversa a aprendizagem, o controle das funções executivas e, conseqüentemente, a evolução das habilidades sociais e/ou cognitivas (APA, 2013).

De acordo com a American Psychiatric Association – APA (2013), os TND manifestam-se ainda na infância, antes do ingresso da criança na escola. Esses transtornos abrangem desde limitações, muito específicas na aprendizagem, até prejuízos globais em habilidades de linguagem, comunicação e competências sociais (Maranhão; Pires, 2017; Haase, 2009), bem como em aspectos relacionados à inteligência e ao ambiente (Matos *et al.*, 2015). Diversos estudos como Francés *et al.* (2023), Reis *et al.* (2020), Yang *et al.* (2022) demonstraram que esses transtornos costumam surgir entre os dois e nove anos de idade, sendo os mais prevalentes: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Espectro Autista (TEA), Síndrome de Down (T21), Deficiência Intelectual, síndromes genéticas ou malformações congênitas, e Paralisia Cerebral. De acordo com Reis *et al.* (2020), uma em cada oito crianças entre dois e nove anos apresenta ao menos um Transtorno do Neurodesenvolvimento.

No Brasil, embora os estudos sobre o tema ainda sejam escassos, estima-se uma prevalência de 7% a 20% de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Especificamente, a prevalência global do TDAH varia entre 2% e 7%, com média de 5% da população infantojuvenil. Já o TEA afeta, aproximadamente, 2% a 4% da população mundial, com razão de 3:1 entre meninos e meninas. (Polanczyk et al 2015)

É importante reconhecer a frequência com que os TND coexistem com outras disfunções, especialmente em crianças pequenas. Diversos autores, como Morris-Rosendahl e Crocq (2020), Lima e Silva (2017), Lord, Rutter e Le Couteur (2006) e Raine (2018), compartilham a perspectiva de que os TND configuram um espectro com graus variados de comprometimento. Assim, é comum encontrar diagnósticos de TEA em comorbidade com TDAH, alterações de linguagem pragmática associadas ao TEA ou mesmo crianças com TDAH e Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP).

Segundo Morris-Rosendahl e Crocq (2020), o conceito de TND foi incluído

como uma categoria abrangente apenas a partir do DSM-5, com especificadores relacionados a condições médicas, genéticas ou ambientais. Essas categorias apresentam considerável comorbidades e sobreposição fenotípica. Hipóteses genéticas apontam para um contínuo de desenvolvimento neurológico envolvendo condições como Deficiência Intelectual, TDAH, TEA Esquizofrenia e Transtorno Bipolar.

Esses transtornos do neurodesenvolvimento, que são relacionados ao desenvolvimento neurológico e psiquiátrico, porém devemos considerar também os transtornos alimentares, que representam um grupo significativo de condições com impacto profundo na saúde física e mental, especialmente em crianças e adolescentes. Embora tenham etiologias e manifestações clínicas distintas, os transtornos alimentares frequentemente coexistem com outras condições psiquiátricas, incluindo alguns Transtornos do Neurodesenvolvimento, revelando a complexidade e a interconexão dos desafios enfrentados nesse período vital do desenvolvimento.

A alimentação é um processo complexo que requer a integração entre o Sistema Nervoso Central (SNC), o Sistema Nervoso Periférico (SNP) e outros sistemas, como o neuromuscular, musculoesquelético, sensorial, cardiopulmonar, gastrointestinal e o complexo orofaríngeo, além do suporte adequado das estruturas craniofaciais (Goday *et al.*, 2019; Reis; Neves, 2022; Zingler, 2022). Qualquer comprometimento em um desses sistemas representa risco para o desenvolvimento de Pediatric Feeding Disorders (PFDs) e suas complicações, como desnutrição, atraso no crescimento, distúrbios gastrointestinais e disfagias.

Após 2019, foi estabelecido um termo unificado para os PFDs, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, essa nomenclatura foi adotada como Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP) a partir de 2020. A utilização recente de uma terminologia comum e precisa tem potencial para impactar positivamente a prática clínica, a pesquisa e as políticas públicas de saúde.

O DAP é caracterizado pela ingestão oral inadequada para a idade, associado a disfunções médicas, nutricionais, habilidades alimentares comprometidas e/ou prejuízos psicossociais. Pode ser classificado como agudo (sintomas por menos de três meses) ou crônico (persistência dos sintomas por mais de três meses) (Goday *et al.*, 2019).

A aquisição precoce das habilidades alimentares está relacionada ao desenvolvimento de marcos motores finos e grossos que favorecem a autoalimentação (Carruth *et al.*, 2004). A introdução tardia de alimentos para iniciantes ou o atraso na iniciação de alimentos granulados, bem como a ausência de alimentação com os dedos após os nove meses, são preditores de dificuldades alimentares futuras (Sdravou *et al.*, 2023).

Cuidadores devem respeitar o ritmo e as preferências da criança, sem imposições. Diante da recusa alimentar, recomenda-se a experimentação de diferentes sabores, texturas e estratégias afetivas, transformando as refeições em momentos de aprendizado e vínculo. O cuidador deve ser sensível aos sinais da criança, enquanto esta deve expressar sua fome e saciedade de forma clara, favorecendo uma relação alimentar saudável (Silva *et al.*, 2016).

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento nas pesquisas sobre TND em crianças, com ênfase no DAP como comorbidades. Contudo, ainda são escassos os estudos que investigam profundamente essa relação, especialmente na infância e com foco comparativo entre crianças com TND e crianças neurotípicas. (Cermak *et al.*, 2010; Ledford; Gast, 2006; Zimmerman; Desch, 2012).

Diante da complexidade desses transtornos e dos impactos em diferentes domínios do desenvolvimento infantil, torna-se fundamental aprofundar os conhecimentos sobre essa associação. A maioria dos estudos existentes é voltada para adultos, havendo lacunas em relação à infância. Assim, esta pesquisa se justifica pela necessidade de compreender melhor os fatores nutricionais, comportamentais e familiares envolvidos, visando intervenções clínicas mais eficazes. (Steinhausen *et al.*, 2009; Smink *et al.*, 2012; Herpertz-Dahlmann *et al.*, 2015; Dinkler, L., *et al.* (2022).

Inicialmente, avaliou-se a incidência de DAP em crianças com TND atendidas no CRAEDI, e em crianças neurotípicas matriculadas nas Escolas Municipais Padre Eulálio Lafuente Elorz e Victor Vargas Glória. Em seguida, foi delineado o perfil alimentar das crianças, relacionando-o com a presença ou ausência de TND. A análise permitiu calcular a razão de chances (Odds Ratio) para o desenvolvimento de DAP entre os grupos, além de identificar os principais fatores de risco associados, considerando o contexto escolar do município.

Com o intuito de apresentar de forma clara e sistemática os resultados vinculados aos objetivos da pesquisa, esta dissertação foi organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo corresponde à Introdução, a qual contextualiza a

problemática, justifica a relevância do tema e expõe os objetivos geral e específicos deste estudo.

O capítulo seguinte, a Revisão Bibliográfica, aprofunda os fundamentos teóricos que embasam o estudo, abordando sobre TND, DAP e os conceitos de corpo-território na infância. Já o capítulo destinado à Metodologia apresenta, de forma detalhada, o delineamento do estudo caso-controle, os critérios de inclusão e exclusão, os instrumentos utilizados com destaque para a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI), as etapas de coleta e análise de dados, além dos aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

Na etapa final da dissertação, o capítulo dos Discussão e Resultados reúne as evidências empíricas obtidas ao longo do estudo, contemplando as comparações estatísticas entre os grupos e a análise qualitativa das falas dos cuidadores. A dissertação é concluída com as Considerações Finais, que destacam as principais contribuições da pesquisa para os campos da Fonoaudiologia, da Saúde Pública e da Educação. Também são apresentadas propostas de estratégias de intervenção e enfatizada a urgência da formação continuada de profissionais da educação, saúde e assistência social, visando ao reconhecimento precoce das dificuldades alimentares em crianças, especialmente naquelas com diagnóstico de TND.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

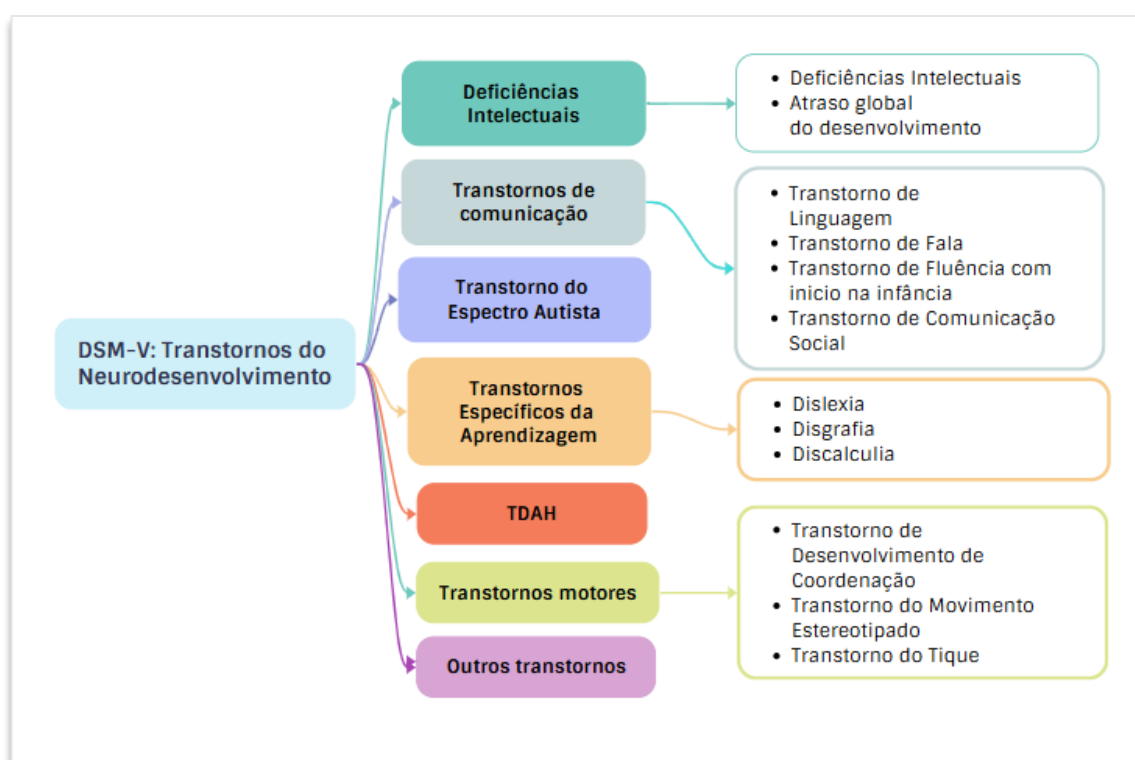
2.1 TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

2.1.1 Conceito, Taxonomia

Transtornos do Neurodesenvolvimento são caracterizados por alterações no funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC) que afetam o desenvolvimento do sistema cognitivo e das habilidades emocionais e comportamentais. Possuem combinações de fatores de risco genéticos, biológicos, psicossociais e ambientais, como por exemplo, o uso materno de álcool, fumo e outras drogas ilícitas, durante a gravidez, bem como o status socioeconômico mais baixo, parto prematuro, baixo peso ao nascer (Aarnoudse-Moens *et al.*, 2009, Weiss; Bellinger, 2006).

Os transtornos são divididos em sete subgrupos que incluem: Deficiência Intelectual, Transtornos de Comunicação, Transtornos do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtornos Específicos de Aprendizagem, Transtornos Motores e Outros Transtornos. (Figura 1).

Figura 1 – Divisão dos Transtornos do Neurodesenvolvimento – DSM-V



Fonte: Adaptado do DSM-V, 2013. Elaborado pela autora, 2025.

Os sintomas mais comuns costumam se manifestar durante o período gestacional ou na infância, antes da puberdade, afetando, na maioria das vezes, crianças do sexo masculino. Embora muitos casos tenham origem hereditária, a condição geralmente possui causa multifatorial (Ronzan, 2021; Pacheco, 2021).

De acordo com Shapiro e Ismail (2019), o termo Transtorno do Neurodesenvolvimento é definido como um conjunto de distúrbios crônicos que comprometem a função do SNC durante o desenvolvimento infantil, afetando habilidades motoras, cognitivas, de comunicação e/ou comportamentais. Estão excluídos dessa categoria os distúrbios do sistema nervoso periférico e aqueles de origem musculoesquelética, como a distrofia muscular e a espinha bífida.

Esse grupo de transtorno foi caracterizado por seus comprometimentos funcionais que incluíam atraso e/ou regressão no desenvolvimento, deficiência intelectual, paralisia cerebral, epilepsia, autismo, deficiências específicas de aprendizagem, transtornos de linguagem, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, surdez e cegueira (Ismail; Shapiro, 2019).

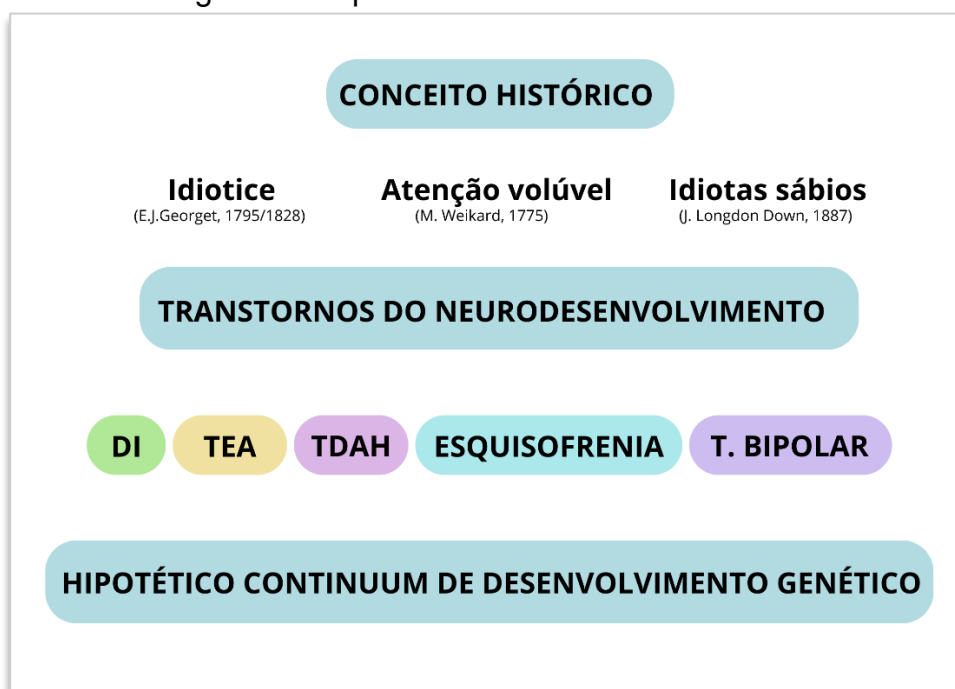
Os Transtornos do Neurodesenvolvimento são causados pela interrupção de processos essenciais de neurodesenvolvimento. Muitos genes e mutações estão associados aos TND, apontando para uma origem heterogênea desses distúrbios. As correlações genótipo-fenótipo são difíceis de estabelecer devido à existência de múltiplos fatores genéticos e ambientais que influenciam normalmente o desenvolvimento das áreas afetadas. Estudos funcionais e moleculares elucidando como diferentes mutações podem perturbar as vias convergentes podem levar à identificação de alvos potenciais, abrindo perspectivas para tratamentos futuros (Parenti *et al.*, 2020, p. 610).

Há uma grande sobreposição entre os TND e os Transtornos de Saúde Mental na infância. Os critérios diagnósticos para os TND são baseados em uma ampla gama de comportamentos e sintomas, conforme especificado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e codificado na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da OMS. Embora várias revisões do DSM e da CID tenham sido realizadas com o objetivo de alinhar os TND e aprimorar a confiabilidade diagnóstica, a abordagem baseada em critérios de corte, fundamentada no comportamento e na contagem de sintomas, ainda está sujeita à variabilidade do limiar diagnóstico, devido ao grande número de condições coexistentes identificadas. (American Psychiatric Association) (APA). (2022)

Os avanços tecnológicos nos exames de neuroimagem e na neurofisiologia permitiram uma compreensão mais aprofundada das conexões entre as estruturas e funções das áreas cerebrais. Também possibilitou a identificação de como essas conexões se modificam ao longo do tempo, em resposta a tarefas específicas ou em decorrência de processos patológicos (Rotta, 2016; Relvas, 2015). A abordagem dinâmica das redes neuronais leva em consideração o efeito da maturação na estrutura e nas conexões funcionais e mudanças nas oscilações neuronais e sua sincronização em nível local e global. Vários modelos teóricos do cérebro e da cognição vêm sendo estudados há bastante tempo com o objetivo de explicar a natureza complexa, dinâmica e multifacetada do desenvolvimento cerebral.(Relvas, 2020; Fonseca, 2020).

2.1.2 Hipótese do Neurodesenvolvimento

Figura 2 – Hipótese do Neurodesenvolvimento



Fonte: Adaptado pela autora, 2025.

O quadro apresentado ilustra a evolução histórica e científica da compreensão sobre os Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND), desde concepções iniciais e estigmatizantes — como "idiotice", "atenção volúvel" e "idiotas sábios" — até a categorização moderna baseada em critérios clínicos e

neurobiológicos. Na atualidade, condições como a Deficiência Intelectual (DI), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) são reconhecidas como TND, mas o quadro também destaca a proximidade etiológica de transtornos tradicionalmente psiquiátricos, como a esquizofrenia e o transtorno bipolar. Essa perspectiva reflete um modelo contemporâneo que propõe um contínuo de desenvolvimento genético, no qual diferentes manifestações clínicas compartilham mecanismos neurobiológicos e fatores genéticos comuns, rompendo com classificações diagnósticas rígidas e sugerindo uma abordagem mais dimensional e integrada da saúde mental e do desenvolvimento infantil.

As crianças com suspeita de TND deveriam ser avaliadas por uma equipe Interdisciplinar, englobando aqueles profissionais que estão envolvidos em todas as áreas do desenvolvimento Infantil como as áreas Cognitivas, da Linguagem expressiva e Receptiva, desenvolvimento motor fino e grosso, comunicação social e desenvolvimento socioemocional (Menezes, 2023).

Num sentido profundo, a interdisciplinaridade é sempre uma reação alternativa à abordagem disciplinar normalizada (seja no ensino ou na pesquisa) dos diversos objetos de estudo. Existem sempre, portanto, várias reações interdisciplinares possíveis para um mesmo desafio do conhecimento (Leis *et al.*, 2005, p.3).

É fundamental compreender que, nos Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND), o objetivo do tratamento não é a cura — uma vez que se tratam de condições de base neurobiológica e curso crônico —, mas sim a promoção da adaptação funcional do indivíduo. As intervenções terapêuticas, aliadas ou não ao uso de medicações, buscam minimizar os impactos dos sintomas no cotidiano, favorecendo o desenvolvimento de habilidades, a autonomia e a qualidade de vida. Essa abordagem valoriza o potencial de cada sujeito, respeitando suas singularidades e necessidades específicas ao longo do tempo.

Cloet *et al.* (2022) afirmam que as barreiras no acesso aos cuidados para crianças com TND incluem desigualdades financeiras, restrições etárias e longos períodos de espera para o diagnóstico. Segundo os autores, esses obstáculos poderiam ser superados por meio do aumento do conhecimento prévio dos médicos sobre os sintomas dos TND, possibilitando encaminhamentos mais ágeis, pela oferta de serviços gratuitos para populações vulneráveis e pelo fortalecimento dos sistemas

de encaminhamento.

Diversos autores apontam que o atraso no acesso à avaliação diagnóstica de crianças com Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND) está diretamente associado à escassez de comunicação e integração entre os serviços especializados que atuam com essa população (Silva *et al.*, 2021; Zuckerman *et al.*, 2013). Soma-se a isso a ausência de protocolos avaliativos padronizados, o que dificulta a formalização da demanda e a articulação com os setores responsáveis pela oferta de intervenções terapêuticas (Menezes, 2023; Pinto *et al.*, 2019). Como consequência, observa-se uma recorrente negligência na identificação precoce desses quadros clínicos, resultando em falhas no encaminhamento e na implementação oportuna de estratégias de cuidado (Lord *et al.*, 2018; Brasil, 2014).

Frequentemente, os TND se manifestam antes da criança ingressar na escola. Eles variam de limitações muito específicas na aprendizagem a prejuízos nas habilidades sociais e inteligência. As principais características dos transtornos do Neurodesenvolvimento têm origem na Infância, antes da puberdade (Raine, 2018).

Os TND englobam diversas condições que afetam o funcionamento social, acadêmico, profissional e pessoal, manifestando-se geralmente desde o início da vida, muitas vezes ainda na fase pré-escolar. Diante disso, elegemos a faixa etária entre 3 e 6 anos como foco de análise, considerando que a primeira infância se encerra, conceitualmente, aos seis anos de idade, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2011).

Quanto mais precocemente esses casos forem identificados, mais eficazes serão as intervenções realizadas a tempo, o que resultará em impactos positivos, como a redução do fracasso escolar, problemas de comportamento inadequado, evasão escolar, delinquência e o agravamento de questões de saúde mental. Além disso, essa abordagem contribuirá para a economia de recursos públicos, ao reduzir os gastos futuros com terapias necessárias para o controle dos TND.

Diante da relevância do diagnóstico precoce e da intervenção oportuna, torna-se imprescindível compreender a prevalência e os padrões de manifestação dos Transtornos do Neurodesenvolvimento na população infantil. Conhecer a ocorrência desses transtornos possibilita direcionar políticas públicas, planejar estratégias de prevenção e intervenção, além de promover a inclusão social e educacional das crianças afetadas. Assim, a seguir, serão abordados os dados epidemiológicos mais

recentes sobre a prevalência dos principais TND, com foco na faixa etária da primeira infância.

2.1.3 Ocorrência dos distúrbios alimentares pediátricos em Transtornos do Neurodesenvolvimento

O termo TARE (Transtorno Evitativo/Restritivo da Ingestão de Alimentos), descrito no DSM-V, é uma categoria diagnóstica relativamente nova introduzida na literatura médica, em 2013, no DSM-V com o nome de Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (*ARFID*). Inclui indivíduos que apresentam comportamento alimentar anormal que podem ou não levar a perda de peso, mas que sem dúvidas leva ao comprometimento da qualidade de vida dos mesmos. Entre as causas aventadas para esse comportamento incluem-se pacientes que não comem por medo, por questões neurossensoriais e/ou por falta de apetite.

Um número expressivo de casos de TND foram encontrados na população de crianças com Transtornos de ingestão alimentar restritiva *AFIRD*, na faixa etária entre 4 a 7 anos de idade, com uma probabilidade de ocorrência de 3 para 1, em comparação com crianças com *AFIRD* puro (Dinkler, 2022; Lieberman *et al.*, 2019; Lima; Silva, 2017).

- *AFIRD* com TND do tipo TEA (3 a 23%) (Kambanis *et al.*, 2020; Lieberman *et al.*, 2019; Norris *et al.*, 2021).
- *AFIRD* com TND do tipo TDAH (3 a 39%) (Duncombe Lowe *et al.*, 2019; Lieberman *et al.*, 2019; Norris *et al.*, 2021; Reilly *et al.*, 2019).
- *AFIRD* com Distúrbio de Aprendizagem (10%–31%) (Lieberman *et al.*, 2019; Norris *et al.*, 2021).
- *AFIRD* com Deficiência Intelectual e outros atrasos no desenvolvimento (26-38%) (Nicely *et al.*, 2014; Sharp *et al.*, 2020).

2.1.4 Distúrbio Alimentar Pediátrico e a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

O CID-11 é uma ferramenta utilizada para classificar e codificar diversas doenças e condições de saúde. Até a data de corte em setembro de 2021, uma nova nomenclatura para os Distúrbios Alimentares Pediátricos ainda não havia sido incluída

nesta versão. Entre os distúrbios alimentares listados no CID, destaca-se: Anorexia nervosa, um transtorno caracterizado pela recusa persistente em manter um peso corporal saudável, adequado à idade e altura. Indivíduos com anorexia nervosa apresentam um medo intenso de ganhar peso e uma imagem corporal distorcida.

No entanto, até a publicação do artigo de Goday *et al.* (2019), Pediatric Feeding Disorder (PFD) - Consensus Definition and Conceptual Framework, não existia um parâmetro claro sobre qual terapia seria mais adequada, nem sobre os cuidados interprofissionais efetivos para tratar esse transtorno. Essa publicação foi de extrema importância, pois estabeleceu marcadores que permitem definir com precisão o quadro diagnóstico.

O estudo nos fornece uma definição universalmente aceita do PFD que nos permite um diagnóstico mais preciso e um tratamento adequado. Essa definição também facilita a implementação de políticas públicas e privadas, além de garantir reembolso e ações específicas para o tratamento do transtorno. A ingestão oral inadequada, que não corresponde à faixa etária da criança e está associada a disfunções médicas, nutricionais, alimentares e/ou psicossociais, pode resultar em consequências graves para a saúde infantil.

Para os pais que buscam apoio para filhos com dificuldades alimentares ou ingestão insuficiente, a classificação no CID-10 oferece uma base legal sólida, permitindo a cobertura dos tratamentos alimentares pelos planos de saúde. Além disso, o acesso a terapias conduzidas por equipes multidisciplinares é fundamental para o sucesso do processo terapêutico.

A definição do termo PFD segue o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, com ênfase na avaliação da função e na participação nas atividades, visando melhorar a qualidade de vida. Para fonoaudiólogos e outros profissionais da área a literatura oferece uma nomenclatura clara que orienta, esclarece e agrega conhecimentos científicos. As pesquisas e investigações utilizando essa nova terminologia são de grande importância, pois anteriormente havia confusão devido ao uso de diversos termos para descrever o transtorno, como disfagia, dificuldades ou distúrbios alimentares, recusa ou aversão alimentar, seletividade alimentar, déficit de crescimento e ganho de peso inadequado (Goday *et al.*, 2019).

A estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS (2001), define funcionalidade como um termo genérico que

abrange todas as funções, atividades e a participação do corpo. Por sua vez, a deficiência é entendida como um conceito amplo que inclui: deficiência (problema nas funções ou estruturas do corpo), limitação da atividade (dificuldade na execução de tarefas ou ações) e restrição de participação (dificuldade em se envolver em situações da vida cotidiana) (Zingler, 2022; Silva, 2021).

Na estrutura da CIF, a deficiência acontece quando as deficiências interagem com fatores pessoais e ambientais para resultar em limitações de atividade ou restrição de participação. *Pediatric Feeding Disorders (PDF)* resulta em incapacidade de comer que leva a restrições de participação na creche, na escola e em outros ambientes que envolvam interações na hora das refeições. No Brasil, o termo *Pediatric Feeding Disorder (PFD)* foi traduzido como *Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP)*. Assim, essa nomenclatura será adotada ao longo da presente dissertação, com o intuito de familiarizar o leitor com a terminologia, que já vem sendo utilizada pela comunidade de Fonoaudiologia desde 2020 (Zingler, 2022; Silva, 2021).

A adoção da nomenclatura unificada, *Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP)*, resultou de um esforço colaborativo de dois anos de estudos entre especialistas em Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia, com o objetivo de nomear, definir e estabelecer critérios diagnósticos para crianças que apresentam dificuldades alimentares. O resultado desse trabalho colaborativo foi publicado em 2019, no *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, culminando em uma definição consensual para o *Pediatric Feeding Disorder (PFD)*, que também serviu de base para a elaboração dos códigos da *Classificação Internacional de Doenças (CID)*. O novo termo diagnóstico unificador define o PFD como: “Ingestão oral prejudicada, inadequada para a idade, associada a problemas médicos, nutricionais, de habilidades alimentares e/ou disfunção psicossocial” (Dodrill, 2022, p. 125).

É importante salientar que o DAP não pode ser confundido com transtornos alimentares como anorexia nervosa, bulimia, etc. Geralmente o DAP ocorre quando uma criança não consegue ou não quer comer uma variedade de alimentos apropriados para a sua idade, tem hábitos alimentares restritos, ou quando existe uma desordem nas habilidades motores orais que impactam na capacidade de mastigar e morder, ou geram medo de experimentar novos alimentos, devido a hipersensibilidade ao cheiro, sabor, textura, impressão visual, consistência, etc. (Zingler, 2020).

As dificuldades alimentares ocorrem em torno de 20–35% da população pediátrica em geral, que apresentam desenvolvimento neurotípicos. Porém, nas

populações de risco, tais como aquelas que apresentam atrasos no desenvolvimento, nascimento prematuro e/ou condições médicas crônicas e complexas, os índices podem aumentar de forma significativa e chegar a 80% (Goday *et al.*, 2019).

O DAP é uma condição multifacetada que envolve a ingestão oral prejudicada em crianças e não é limitada a uma faixa etária específica. Sua abordagem terapêutica, que pode envolver uma equipe multidisciplinar composta por médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e analistas de comportamento, visa tratar as diferentes dimensões do transtorno, como as áreas médica, nutricional, psicológica e funcional de alimentação.

A definição de DAP foi formalizada por Goday e colaboradores em 2019, com base na CIF da OMS, que descreve a deficiência em um ou mais desses domínios como característica essencial do transtorno. Em 2021, o transtorno foi formalmente incluído na CID, nos Estados Unidos, o que abriu espaço para um diagnóstico mais claro e para uma abordagem de tratamento mais estruturada.

A gravidade e a complexidade do DAP podem variar significativamente. Em casos mais leves, o tratamento pode ser conduzido por um único profissional com experiência na área específica. No entanto, diante de quadros mais complexos, especialmente quando há condições médicas e/ou de desenvolvimento associadas, é geralmente recomendada a atuação de uma equipe multidisciplinar para um manejo mais abrangente e eficaz. A literatura aponta que, quando não tratado, o DAP pode resultar em consequências graves, incluindo comprometimento do crescimento, dependência de alimentação enteral, deficiências nutricionais e prejuízos no desenvolvimento cognitivo e emocional. (Goday, 2019; Da Costa, 2008; Saldaneri *et al.*, 2024; Ortiz Pérez, 2024)

Além disso, o transtorno tem um impacto significativo no bem-estar dos cuidadores, com aumento do estresse e diminuição da qualidade de vida familiar. Estima-se que a prevalência de DAP seja maior entre crianças com condições crônicas, como doenças respiratórias, cardíacas e gastrointestinais. A prevalência anual do transtorno entre crianças menores de 5 anos com essas condições pode ser de 1 em 3 ou 1 em 5, destacando a necessidade de diagnósticos precoces e intervenções eficazes. (Goday, 2019).

Embora os estudos anteriores sobre a gestão do DAP sejam limitados e se concentrem principalmente em subgrupos específicos, como crianças com TEA, ou tenham sido conduzidos fora dos Estados Unidos, pesquisas mais recentes ressaltam

a necessidade de uma abordagem mais ampla para compreender como o transtorno é tratado em diferentes contextos, especialmente no cenário norte-americano. Esses achados evidenciam a urgência de aprimorar o diagnóstico e o tratamento do transtorno alimentar pediátrico, além da importância de formar uma rede de profissionais capacitados para lidar com essa condição em expansão.(Goday,2019; Silverman,2022)

O padrão de referência proposto para a ingestão oral e a alimentação adequada à idade baseia-se na aquisição progressiva de habilidades alimentares como sucção, introdução de alimentos, uso da colher e mastigação, acompanhada da ampliação da variedade alimentar. Crianças com TND podem ou não ter habilidades de alimentação apropriadas para seu nível de desenvolvimento, vai depender da habilidade de ingestão oral. (Lukens, 2014; Campos,2013)

A função alimentar prejudicada refere-se à incapacidade de consumir alimentos e líquidos suficientes para atender às necessidades nutricionais e de hidratação. Para concluir a definição de DAP deve-se excluir a incapacidade de tomar medicamentos ou alimentos atípicos e intragáveis. Além disso, temos que eliminar problemas transitórios de alimentação resultantes de doença aguda, a ingestão oral prejudicada deve estar presente diariamente por pelo menos 2 semanas.(Goday, 2019)

2.1.5 TARE e DAP

O Transtorno de Ingestão Alimentar Evitativo/Restritivo (ARFID/TARE) e o Distúrbio Alimentar Pediátrico (PFD/DAP) são diagnósticos relativamente recentes, mas que têm ganhado crescente relevância na área pediátrica. Ambos apresentam um grande potencial para superar limitações de nomenclaturas antigas e promover uma abordagem multidisciplinar mais ampla, tanto na prática clínica quanto na pesquisa. Desde a introdução da terminologia PFD /DAP por Goday *et al.* (2019), observou-se um aumento significativo na literatura, com mais de 457 publicações relacionadas ao PFD e/ou ARFID citadas no PubMed até 2025, refletem o crescente interesse por essas condições (Sharp *et al.*, 2022).

Ambos os diagnósticos (TARE e DAP) estão relacionados a disfunções alimentares na pediatria, com critérios diagnósticos que apresentam áreas de sobreposição. As duas condições envolvem consequências nutricionais decorrentes de dificuldades alimentares e compartilham uma ênfase no possível comprometimento

psicossocial, associado à ingestão alimentar restrita. Uma revisão recente destacou essas semelhanças, ao mesmo tempo em que identificou diferenças significativas entre os dois transtornos (Noel, 2023).

O TARE foi desenvolvido a partir de um consenso de especialistas, incluindo psiquiatras e psicólogos, e foi incorporado ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) pela American Psychiatric Association (APA) em 2013. Sua introdução visou substituir o diagnóstico anterior de transtorno alimentar na infância e primeira infância, presente no DSM-IV (1994). A principal inovação do TARE foi sua abordagem ao longo da vida, reconhecendo que os sintomas podem se manifestar desde a infância e persistir até a vida adulta, o que amplia a visão tradicional dos transtornos alimentares, antes frequentemente associados apenas à adolescência ou idade adulta (Sharp; Stubbs, 2019).

Diferentemente de outros transtornos alimentares, como a anorexia nervosa, o TARE não está associado a preocupações com a imagem corporal. O transtorno envolve uma aparente falta de interesse em comer, evitação de alimentos com base em suas características sensoriais como textura, sabor, cheiro ou aparência e/ou uma preocupação excessiva com possíveis consequências negativas da alimentação, como medo de engasgar ou sofrer reações adversas após comer. Sua principal distinção em relação a outros transtornos alimentares, como a anorexia nervosa ou bulimia, é que ele não está associado a preocupações com o peso corporal ou com a imagem corporal (APA, 2013).



























A introdução do TARE e a definição do PFD/DAP representam avanços importantes no entendimento das dificuldades alimentares em crianças e adolescentes. Esses transtornos eram inicialmente subdiagnosticados, muitas vezes confundidos com outros problemas comportamentais ou psicológicos. A inclusão desses diagnósticos no DSM-5 e suas definições claras têm sido fundamentais para direcionar intervenções clínicas mais eficazes, agora com uma abordagem mais ampla e atenta aos aspectos sensoriais e emocionais da alimentação. (Goday, 2019)

O crescente corpo de pesquisa sobre ARFID e PFD/DAP tem incentivado novas abordagens terapêuticas e o desenvolvimento de estratégias de tratamento mais personalizadas para as populações pediátricas (Sharp *et al.*, 2023).

O PFD é definido como um distúrbio na ingestão de nutrientes por pelo menos duas semanas, inadequado para a idade, com base em habilidades alimentares e desenvolvimento. O diagnóstico de PFD envolve quatro domínios principais: médico,

nutricional, habilidades alimentares e disfunção psicossocial (Godoy *et al.*, 2019). A identificação precoce dessas condições e o uso da terminologia correta são cruciais para o planejamento de intervenções mais eficazes, promovendo um melhor desenvolvimento nutricional e psicossocial para as crianças afetadas. (Quadro 1).

Quadro 1- sobreposição de diagnóstico de TARE e DAP

SOBREPOSIÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TARE E DAP			
 CARACTERÍSTICA PRINCIPAL  INCLUÍDA		TARE	DAP
Domínio /Possibilidade de manifestação		Critério Diagnóstico	
NUTRIÇÃO			
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso significativa. • Deficiência Nutricional Significativa. • Dependência de alimentação enteral ou de suplementação de fórmula oral. 		  	  
PSICOSSOCIAL			
<ul style="list-style-type: none"> • Recusa do alimento. • Perturbação na função social. • Perturbação nas relações sociais. 		  	  
MÉDICO			
<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimentos cardiorrespiratórios. • Aspiração. • Qualquer desordem clínica que impacte outros domínios. 			  
HABILIDADES DE ALIMENTAÇÃO			
<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de mudança de textura. • Necessidade de mudança de postura e de utensílios para alimentação. • Uso de estratégias de mudanças do alimento. 			  
*Adaptação pela autora do quadro de sobreposição de diagnóstico de TARE e DAP elaborado pela Organização Feeding Matters (feedingmatters.org).			

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

O DAP abrange uma variedade de alterações no comportamento alimentar infantil, como seletividade extrema, recusa alimentar e aversão a determinadas texturas, podendo resultar em prejuízos nutricionais e sociais. Embora ele seja frequentemente observado em crianças com TND, também podem ocorrer em crianças neurotípicas.

Nesse sentido, o TARE representa um diagnóstico clínico específico, descrito no DSM-5, caracterizado por restrição alimentar severa, perda de peso, deficiências

nutricionais e impactos psicossociais significativos, sem relação com preocupações quanto à imagem corporal.

Apesar de o TARE estar inserido na categoria de indivíduos com DAP, nem todos os casos de DAP atendem aos critérios para o diagnóstico de TARE. A principal diferença entre ambos está no grau de severidade do quadro clínico e na presença de critérios diagnósticos bem definidos no caso do TARE.

Diante disso, a escolha por focar o presente estudo, especificamente, no DAP se justifica pela atuação central do fonoaudiólogo como profissional fundamental na avaliação e intervenção desses quadros, especialmente quando os distúrbios alimentares apresentam manifestações como disfunções sensoriais; dificuldades na organização ou modulação sensorial frente a texturas, temperaturas e/ou sabores; aversão alimentar relacionada a questões sensório-motoras orais; dificuldades na introdução alimentar; e desafios no manejo das funções orais durante a transição entre diferentes consistências dos alimentos. Além disso, destaca-se o papel da Fonoaudiologia na abordagem de comportamentos alimentares seletivos e episódios persistentes de recusa alimentar, contribuindo para a construção de estratégias terapêuticas individualizadas e interdisciplinares.

2.1.6 Características do DAP

Introduzido em 2019, o PFD foi desenvolvido por meio de um consenso entre especialistas multidisciplinares, com base nas diretrizes da OMS. A criação desse diagnóstico visou preencher uma lacuna nas abordagens tradicionais sobre dificuldades alimentares em crianças, considerando uma variedade de fatores que podem influenciar a alimentação infantil. (Goday, 2019)

A estrutura multidisciplinar do PFD oferece um modelo diagnóstico integrado, essencial para bebês e crianças pequenas, cujas dificuldades alimentares estão relacionadas a complicações médicas, problemas de desenvolvimento e/ou limitações nas habilidades alimentares. Esses fatores podem, com o tempo, resultar em sequelas nutricionais, como deficiências alimentares ou problemas de crescimento, além de consequências psicossociais, como distúrbios no vínculo entre a criança e os cuidadores ou dificuldades emocionais relacionadas à alimentação (Goday, 2019).

A disfunção em PFD pode afetar uma única área ou envolver múltiplos domínios. A definição de PFD inclui uma disfunção psicossocial semelhante à descrita

no ARFID, mas também leva em consideração fatores psicossociais influenciados por aspectos de desenvolvimento, saúde mental/comportamental, sociais e ambientais, conforme estabelecido pela CIF da OMS. (APA, 2013)

O DAP é caracterizado por quatro domínios principais: médico, nutricional, habilidades alimentares e psicossociais. Esses domínios estão inter-relacionados, de modo que o comprometimento em um deles pode desencadear disfunções nos demais. (Godoy, 2019). A seguir, esses aspectos serão detalhados no quadro intitulado: Critérios Diagnósticos Propostos para Distúrbios Alimentares Pediátricos. (Quadro 2).

Quadro 2 – Critérios Diagnósticos Propostos para Distúrbios Alimentares Pediátricos

Problemas com a ingestão oral de nutrientes, inapropriado para a idade por no mínimo duas semanas e associado com 1 ou mais condições citadas abaixo:	
A	1. Condição médica disfuncional como base de alguns das alternativas abaixo:
	a- Compromisso cardiorrespiratório durante a alimentação oral. b- Aspiração ou aspirações recorrentes levando a pneumonias.
	2-Nutrição Disfuncional como evidência de algumas das condições abaixo
	a- Má Nutrição b- Deficiência específica de algum nutriente ou significativa restrição de ingestão de um ou mais nutrientes resultado de uma diminuição dietética diversa. c- Dependência de alimentação enteral ou suplemento oral para sustentar a nutrição e/ou a hidratação.
	3-Disfunção das habilidades de alimentação, como evidenciado por alguma das opções abaixo:
B	a- Necessita modificação da textura de líquidos ou da comida. b- Uso de posição modificada para alimentar ou equipamento para se posicionar. c- Uso de estratégias modificadas para se alimentar.
	4-Disfunção Psicossocial como evidenciado em alguma opção abaixo:
	a- Comportamento evitativo passivo ou ativo quando é alimentado ou quando come sozinho. b- Comportamento inapropriado do cuidador com relação aos aspectos de alimentação ou nutrição da criança. c- Perturbação do funcionamento social dentro de um contexto alimentar. d- Perturbação da relação cuidador/criança associado com a alimentação.
	Ausência de Processos cognitivos consistentes com desordens na alimentação e padrão de ingestão oral que não ocorre por falta de oferta de comida ou que não esteja em conformidade com as regras culturais.

Fonte: Goday (2019). Adaptado pela autora, 2024.

Após o processo avaliativo e com base no panorama identificado nos quatro domínios mencionados anteriormente, torna-se evidente e necessário considerar o encaminhamento do paciente para outras áreas interdisciplinares, sempre que indicado. Esse encaminhamento pode complementar a análise dos aspectos relacionados à alimentação, nutrição e interação social, oferecendo o suporte adequado a todas as crianças com suspeita de distúrbios alimentares pediátricos.

2.1.7 Instrumentos de Avaliação das habilidades alimentares

Diversos instrumentos já publicados na literatura, como questionários, escalas e protocolos, podem ser utilizados para avaliar de forma qualitativa e/ou quantitativa as habilidades e os comportamentos alimentares das crianças. Além disso, esses recursos oferecem uma visão importante sobre a experiência vivida por cuidadores, pais ou responsáveis, contribuindo para uma compreensão mais abrangente do contexto alimentar familiar. Entre eles podemos elencar: EAT-10; EDACS; EBAI; FOIS-Pediatric; Instrumento de Avaliação da Alimentação Pediátrica (Pediatric Eating Assessment Tool — PediEAT) ; Infant and Child Feeding Questionnaire 6-Question Screener ; Inventário de Comportamento Alimentar de Crianças (Children's Eating Behavior Inventory — CEBI). ICFQ Infant and Child Feeding Questionnaire (on line). Algumas dessas escalas já possuem tradução e validação para uso no Brasil, sendo a mais recente a Escala de Behaviors Alimentares na Infância (EBAI), validada em 2021, pela fonoaudióloga Patrícia Diniz (R.S.), e que será utilizada neste estudo. (Diniz, 2018).

A Escala Brasileira de Avaliação de Ingestão (EBAI) é um instrumento clínico desenvolvido para avaliar qualitativamente a ingestão alimentar em crianças, especialmente aquelas com dificuldades relacionadas à alimentação. A escala permite identificar padrões de alimentação inadequados, observando aspectos como a quantidade, variedade e textura dos alimentos ingeridos, além de comportamentos alimentares durante as refeições. A EBAI é útil para profissionais da saúde na identificação precoce de distúrbios alimentares e no monitoramento da evolução do tratamento, contribuindo para intervenções mais direcionadas e eficazes.

Dodrill (2022) destaca as dificuldades econômicas enfrentadas por muitas famílias de crianças com DAP. Segundo o estudo, 76% das famílias relataram um fardo financeiro moderado relacionado ao tratamento alimentar. Além disso, 33% dos

responsáveis afirmaram ter abandonado o emprego em tempo integral para se dedicar aos cuidados exigidos, enquanto 23% recusaram promoções ou aumento na carga horária de trabalho devido ao intenso envolvimento nas demandas associadas ao manejo do transtorno.

Há registros de atualizações nos códigos da CID-10 relacionados ao Distúrbio Alimentar Pediátrico, que passaram a ser classificados como DAP aguda (R63.31) e DAP crônica (R63.32), substituindo o antigo código R63.3 (Dificuldades Alimentares). A utilização correta desses códigos específicos é essencial para a avaliação e o tratamento adequado das crianças, além de facilitar o acesso das famílias aos serviços de saúde e à solicitação de auxílios nas esferas públicas e privadas. Isso contribui significativamente para atender às múltiplas demandas envolvidas, prevenindo e minimizando as graves consequências à saúde a longo prazo. Ademais, a adoção do novo código possibilita a inclusão de outros profissionais nas diretrizes clínicas, promovendo a atuação de equipes interdisciplinares no manejo do Distúrbio Alimentar Pediátrico (Dodrill, 2022). Com a transição da CID-10 para uma versão mais recente, a CID-11, em vigor desde 2022, o DAP passou a ser classificado pelo código 6B83. No entanto, essa nova classificação ainda não está em uso no Brasil.

As dificuldades alimentares não representam apenas um problema clínico de grande impacto, com implicações negativas diretas para a criança, mas também comprometem o crescimento, podendo causar desnutrição, desidratação e atrasos no desenvolvimento físico, cognitivo e mental. Em casos mais graves, essas dificuldades podem exigir intervenções clínicas, hospitalizações e, em situações extremas, levar ao óbito. Além dos efeitos na saúde, essas condições afetam profundamente a dinâmica familiar, gerando estresse elevado durante as refeições e comprometendo significativamente a qualidade de vida e o bem-estar da criança e de seus cuidadores (Dodrill, 2022).

2.2 TERRITÓRIO/CORPO

2.2.1 Corpo, território e saúde /geografia da infância

2.2.1.1 *A primeira Infância*

A primeira infância, compreendendo desde a concepção até os seis anos de idade, é uma fase crucial para o desenvolvimento das habilidades físicas, emocionais

e cognitivas da criança. Durante esse período, a maturação cerebral promove a aquisição de competências fundamentais, que são moldadas pelas experiências e interações da criança com o ambiente. Este desenvolvimento é caracterizado pela intensa aprendizagem das funções motoras, cognitivas e sociais, que ocorrem em um ritmo acelerado e são influenciadas pelas relações familiares, escolares e sociais em geral. (Brito *et al.*, 2013).

2.2.1.2 Corpo, primeiro território de construção das relações

O conceito de corpo-território, profundamente analisado na fenomenologia e na geografia humanista, oferece uma perspectiva rica para entender a construção da identidade e do desenvolvimento humano desde os primeiros anos de vida. Segundo Mondardo (2018), o corpo é o primeiro território de construção de relações, sendo também um espaço de dominação e controle dos indivíduos. Essa visão é complementada por Merleau-Ponty (1945/1994), que descreve o corpo como um campo criador de sentidos, onde a experiência do mundo é vivida e percebida de maneira fenomenológica. A percepção, nesse contexto, não é uma simples representação mental, mas um evento que emerge da própria corporeidade e existência.

2.2.1.3 Corpo território e a Fenomenologia

Com base nas contribuições de Husserl (1913/1986), o conceito de corpo-território é aprofundado ao evidenciar a importância de "ver o que se mostra e como se mostra a si mesmo". Merleau-Ponty, ao explorar essas significações originárias, ressalta a necessidade de compreender o ser humano em sua inserção no mundo como um fenômeno indissociável de seu corpo e de sua experiência vivida. A fenomenologia, nesse contexto, propõe uma abordagem na qual o corpo ocupa um lugar central na compreensão da realidade e da existência, sendo a percepção o ponto de partida para a construção de significados e para a constituição do sujeito em sua relação com o mundo.

Merleau-Ponty (2006) argumenta que a experiência do corpo está intrinsecamente ligada à criação de sentidos, uma vez que a percepção não se reduz a uma atividade puramente mental, mas se manifesta como um acontecimento

corporal. O corpo, nesse sentido, é um espaço expressivo e simbólico, que deve ser compreendido em sua condição existencial de ser-no-mundo, vivenciando a experiência por meio do sentir, da motricidade e da expressividade. Em contraste com a perspectiva biologicista de Freud, que concebe o corpo sobretudo como uma fonte pulsional voltada à satisfação de necessidades fisiológicas e desejos, a fenomenologia amplia essa compreensão ao integrar a dimensão perceptiva e existencial do corpo, reconhecendo-o como fundamento da experiência vivida e da constituição de sentido.

Na primeira infância, o corpo-território adquire um significado particular, especialmente no contexto da alimentação. A alimentação infantil não é apenas um processo fisiológico, mas um fenômeno profundamente enraizado nas relações sociais e culturais. Durante esse período, as práticas alimentares são moldadas tanto por fatores genéticos quanto por influências ambientais e sociais (Beauchamp; Mennella, 2009; Madruga *et al.*, 2012). A introdução alimentar, por exemplo, desempenha um papel crucial na formação dos padrões alimentares futuros, influenciando a saúde e o bem-estar da criança ao longo da vida.

A relação entre a criança e seus cuidadores durante a alimentação exemplifica de forma clara como o conceito de corpo-território se manifesta na prática. O momento das refeições vai além de um simples espaço de nutrição física, configurando-se também como um território de interações emocionais e sociais. Nesse contexto, a criança começa a desenvolver suas próprias estratégias alimentares, influenciadas pela cultura, pelas interações com os adultos e pelas experiências vividas. Haesbaert (2009) descreve o "território boca-seio" como uma forma inicial de territorialidade alimentar, na qual o bebê estabelece uma conexão íntima com a mãe. Progressivamente, ele é integrado às refeições em grupo, momentos frequentemente percebidos como oportunidades de prazer e socialização (Justo; Ferreira, 2019).

2.2.1.4 A geografia da Infância

A Geografia da Infância, conforme discutida por Lopes e Vasconcelos (2005), fornece uma compreensão ampliada de como as crianças interagem com o espaço ao seu redor. As crianças não são apenas passivas no processo de desenvolvimento; elas são agentes ativos que produzem espaços e significados. Elas estão sempre dentro de sua própria espacialidade, e essa interação constante com o ambiente

contribui significativamente para o seu desenvolvimento. As infâncias, assim, podem ser vistas como territórios complexos, onde se desenrolam intensas relações sociais, políticas e econômicas, e onde as crianças desempenham um papel ativo na construção e reconstrução desses espaços.

O desenvolvimento humano, conforme Diniz e Koller (2010) e Bronfenbrenner (2004), é caracterizado por uma interação contínua entre mudanças e continuidades ao longo do ciclo de vida. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Bronfenbrenner, oferece uma estrutura teórica robusta para compreender essa complexidade. Ela descreve quatro sistemas interconectados que formam o ambiente de um indivíduo: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema. Esses sistemas abrangem desde o ambiente imediato da criança, como a família e a escola, até as influências culturais e sociais mais amplas, que impactam e moldam seu desenvolvimento.

O microsistema é o ambiente direto em que a criança vive e interage, como a família, os colegas e a escola. O mesossistema inclui as interações entre esses diferentes microsistemas, como a relação entre a escola e a família. O exossistema, por outro lado, refere-se a ambientes que afetam indiretamente a criança, como o local de trabalho dos pais. Finalmente, o macrosistema engloba os valores culturais e as condições econômicas que influenciam todas as outras camadas do sistema (Souza *et al.*, 2020).

Esses sistemas são fundamentais para compreender como as crianças desenvolvem seu corpo-território e como esse processo é influenciado por uma rede complexa de relações sociais e culturais. As crianças estão intimamente ligadas ao macrosistema da família e ao microsistema da escola, e essas interações influenciam como elas percebem e se relacionam com o mundo ao seu redor. O desenvolvimento, nesse sentido, é um processo dinâmico e interdependente, onde as influências do ambiente e as experiências pessoais se entrelaçam para moldar o crescimento e o bem-estar da criança.

A relação entre a criança e seus cuidadores é particularmente importante no desenvolvimento de comportamentos alimentares. As dificuldades alimentares, como o TND e o DAP, exemplificam como essas interações podem se tornar problemáticas. Quando uma criança recusa o alimento, isso pode ser interpretado como uma tentativa de afirmar sua independência e estabelecer sua identidade, diferenciando-se das demandas maternas. Este comportamento pode ser visto como uma forma de

territorialização do corpo, onde a criança busca controlar seu espaço e suas necessidades.

A territorialização do corpo refere-se à compreensão do corpo como o primeiro espaço de constituição do sujeito no mundo, um território onde se inscrevem experiências, relações, afetos e significados. Longe de ser um mero suporte biológico, o corpo é concebido como lugar de inscrição simbólica, social e política, atravessado por normas, discursos e práticas. Essa ideia dialoga com a noção fenomenológica de Merleau-Ponty (1945/1994), que compreende o corpo como fundamento da percepção e da existência, e com a leitura crítica de autores contemporâneos, como Mondardo (2018), para quem o corpo é simultaneamente território de autonomia e de dominação. A territorialização do corpo, portanto, implica reconhecer que o desenvolvimento humano ocorre não apenas em relação ao espaço externo, mas também a partir da vivência encarnada, relacional e situada no tempo e no espaço.

2.2.1.5 A recusa alimentar /Território de resistência

A recusa alimentar também pode ser entendida como uma resistência às tentativas dos cuidadores de impor padrões alimentares que não correspondem às percepções ou desejos da criança. Isso cria um ciclo vicioso, onde a insistência dos pais em forçar a alimentação pode levar a comportamentos de oposição, exacerbando o problema. O desenvolvimento de padrões alimentares saudáveis é, portanto, profundamente influenciado pela qualidade das interações entre a criança e seus cuidadores e pela forma como essas interações são manejadas. (Kerzner, 2015)

A falta de estudos sobre DAP no Brasil e a subnotificação desses casos destacam a necessidade de uma maior conscientização e intervenção precoce. A alimentação infantil é um processo multifacetado, que envolve aspectos sensoriais, motores, emocionais e sociais. Quando esses aspectos não são adequadamente abordados, o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares aumenta, com consequências negativas para a saúde física e emocional da criança.

Winnicott (2002) enfatiza que o desenvolvimento da criança é resultado da qualidade das relações estabelecidas com os cuidadores e com o ambiente. Quando essas relações são frágeis ou conflitantes, o processo de alimentação pode se tornar uma fonte de estresse e ansiedade tanto para a criança quanto para os cuidadores. A integração dos cuidadores nos programas de tratamento e orientação é, portanto,

essencial para fortalecer esses vínculos e promover uma alimentação saudável e segura.

2.2.1.6 A Abordagem Bioecológica e o desenvolvimento infantil

Em um contexto mais amplo, Bronfenbrenner (1996) observa que toda experiência individual ocorre dentro de ambientes organizados em uma série de estruturas interdependentes, as quais podem ser comparadas a um conjunto de bonecas russas. Essa metáfora ressalta a complexidade das influências ambientais sobre o desenvolvimento humano, destacando a necessidade de considerar todas essas camadas ao abordar questões como os transtornos alimentares na infância.

A Abordagem Bioecológica de Bronfenbrenner(1996) reforça a ideia de que o desenvolvimento infantil é um processo interativo e contínuo, onde cada camada do ambiente contribui para moldar a trajetória da criança. Os programas de intervenção e apoio devem, portanto, considerar não apenas o indivíduo, mas também o contexto mais amplo em que ele está inserido, incluindo as interações com os cuidadores, a escola e a comunidade em geral.

O conceito de corpo-território oferece uma lente poderosa para entender o desenvolvimento infantil e as complexas interações entre o corpo, a mente e o ambiente. Através de uma abordagem fenomenológica e bioecológica, podemos apreciar a riqueza das experiências infantis e a importância de apoiar as crianças e suas famílias no desenvolvimento de comportamentos alimentares saudáveis e equilibrados.

Nesse contexto, a avaliação da associação entre o Transtorno do Neurodesenvolvimento e o risco para o Distúrbio Alimentar Pediátrico na população infantil de Governador Valadares-MG oferece uma oportunidade única para compreender como as dinâmicas de corpo-território influenciam o desenvolvimento alimentar em crianças de 3 a 6 anos. Considerando que a primeira infância é um período crítico para o estabelecimento de padrões alimentares, o estudo das interações entre o TND e DAP pode revelar importantes insights sobre a forma como as crianças experienciam e respondem aos desafios alimentares dentro de seu contexto socioambiental.

A aplicação da EBAI aos pais de crianças matriculadas em duas escolas municipais e no CRAEDI permitirá uma análise aprofundada das práticas alimentares

e suas possíveis correlações com os transtornos do desenvolvimento. O conceito de corpo-território, que destaca a importância das relações sociais e culturais na construção da identidade e dos comportamentos alimentares, sugere que crianças com TND podem enfrentar desafios específicos em relação à alimentação, devido a dificuldades sensório-motoras, emocionais ou sociais. Caso essas dificuldades não sejam adequadamente abordadas, há um risco aumentado de desenvolvimento de DAP, o que pode agravar problemas nutricionais e emocionais.

A pesquisa proposta também permitirá explorar como os cuidadores, especialmente os pais, desempenham um papel crucial na mediação dessas experiências alimentares. Com base na teoria bioecológica de Bronfenbrenner, é possível inferir que o ambiente imediato da criança, incluindo as práticas parentais e o suporte educacional oferecido nas escolas, pode tanto mitigar quanto intensificar os riscos de DAP em crianças com TND. A Escala EBAI, ao capturar as percepções dos pais sobre os hábitos alimentares dos filhos, fornecerá dados valiosos para identificar padrões e intervenções que podem ser necessárias para promover um desenvolvimento alimentar saudável.

Além disso, a análise das respostas dos pais através da EBAI pode revelar como as experiências precoces de alimentação, vinculadas ao conceito de corpo-território, influenciam a capacidade das crianças de se adaptarem a novos alimentos e práticas alimentares. Para crianças com TND, essas adaptações podem ser particularmente desafiadoras, exigindo intervenções mais direcionadas e sensíveis às suas necessidades específicas. A pesquisa, ao focar em uma população específica e local, pode oferecer contribuições significativas para a compreensão e o manejo do DAP em contextos educacionais e familiares.

Finalmente, ao correlacionar as respostas da EBAI com os dados sobre TND, será possível identificar os fatores que mais contribuem para o desenvolvimento do DAP nessa faixa etária. Isso não apenas auxiliará na criação de estratégias preventivas e de intervenção, mas também enriquecerá a compreensão das complexas interações entre neurodesenvolvimento e alimentação na infância. Este estudo, portanto, tem o potencial de impactar positivamente a saúde e o bem-estar das crianças em Governador Valadares/MG, oferecendo um modelo para pesquisas futuras em contextos semelhantes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND) e o risco de Distúrbio Alimentar Pediátrico (DAP) em crianças de 3 a 6 anos, relacionando os fatores sensoriais, psicossociais e territoriais implicados nos padrões alimentares de crianças neurotípicas e neuroatípicas, à luz do conceito de corpo como território de construção simbólica e afetiva.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de DAP em crianças com TND, com base na aplicação da Escala Brasileira de Alimentação Infantil.
- Comparar a ocorrência e as manifestações de DAP entre crianças neurotípicas e neuroatípicas, com base em variáveis clínicas, sensoriais e comportamentais.
- Calcular o risco relativo (Odds Ratio) para desenvolvimento de DAP em crianças com TND em comparação com crianças neurotípicas.
- Analisar, sob a perspectiva dos cuidadores, os significados atribuídos à alimentação infantil e às práticas alimentares, com ênfase em manifestações de resistência e territorialização do corpo.
- Compreender a alimentação como prática social e simbólica na primeira infância, articulando as dimensões do corpo, do território e das relações familiares.
- Avaliar os principais fatores sensoriais, psicossociais e ambientais associados à seletividade alimentar e à recusa alimentar em crianças com ou sem TND.
- Identificar, a partir da análise qualitativa, implicações para a construção de planos terapêuticos interdisciplinares e estratégias de intervenção precoce.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com dupla abordagem metodológica. No primeiro momento, será realizado um estudo de caso-controle com enfoque quantitativo. Em seguida, será conduzido um estudo qualitativo, com a análise das percepções dos pais sobre a interação dos filhos com o alimento e o espaço social compartilhado.

O estudo de caso-controle caracteriza-se como um estudo observacional retrospectivo, no qual os dados são coletados a partir de informações pré-existentes, por meio da análise de registros, entrevistas e outros instrumentos. O objetivo dessa etapa é investigar se determinado distúrbio está associado a um desfecho específico. Para isso, serão selecionados dois grupos: o grupo caso, composto por crianças com diagnóstico de TND, e o grupo controle, formado por crianças sem esse diagnóstico. A partir da comparação entre esses grupos, será possível analisar a incidência de DAP em cada um deles, verificando a existência de associações relevantes (Oliveira *et al.*, 2015).

Na sequência, será conduzido um estudo qualitativo com os pais ou responsáveis das crianças que apresentarem sinais de distúrbios alimentares, por meio de entrevistas em profundidade.

Segundo Creswell (2007), o uso de uma abordagem mista permite a combinação das estratégias quantitativas e qualitativas, ampliando o alcance e a robustez da análise. Essa integração favorece o cruzamento de dados e fortalece a validade dos resultados, possibilitando não apenas a identificação de padrões estatísticos, mas também a compreensão mais aprofundada das possíveis causas e significados envolvidos. Dessa forma, ao final do estudo, será possível interpretar os achados sob uma perspectiva ampliada, incorporando tanto os dados objetivos quanto as percepções subjetivas dos participantes.

4.2 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Governador Valadares/MG, que possui uma área total de 342 km², dos quais aproximadamente 58 km² correspondem

à zona urbana. De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2020, a população total da cidade era de 257.172 habitantes.

Os ambientes educacionais selecionados para o estudo foram a Escola Municipal Padre Eulálio Lafluyente Elorz, localizada na Rua Monte Azul, nº 125, no bairro Maria Eugênia, onde foram selecionadas crianças com idades entre 4 e 6 anos. Como essa escola não atende crianças com 3 anos de idade, a amostra correspondente a essa faixa etária foi coletada na Escola Municipal Víctor Vargas Glória, situada na Rua Caetés, nº 517, no bairro Santa Efigênia.

Dessa forma, foi possível contemplar toda a amostra de crianças neurotípicas com idades entre 3 e 6 anos, faixa etária definida como foco desta pesquisa sobre a primeira infância.

A Escola Municipal Padre Eulálio Lafuente Elorz, reconhecida como uma instituição de referência no município de Governador Valadares, está localizada no bairro Maria Eugênia e atualmente atende 786 crianças e adolescentes provenientes de diversos bairros da cidade, com destaque para Carapina, Esperança, Maria Eugênia, Nossa Senhora das Graças, Santa Efigênia e Santa Helena.

A escola oferece educação para crianças a partir dos 4 anos de idade, na Educação Infantil, até adolescentes de 14 anos, no 9º ano do Ensino Fundamental. Além das atividades pedagógicas regulares, a instituição promove uma série de ações extracurriculares, como oficinas de dança, música, esportes e lazer, além de programas de informática educacional e iniciativas voltadas à gestão participativa de crianças e adolescentes.

A Escola Municipal Víctor Vargas Glória está localizada na Rua Caetés, nº 517, no bairro Santa Efigênia, e atende crianças na etapa da Educação Infantil, especialmente na fase de creche. A instituição acolhe alunos de diversos bairros de Governador Valadares, com destaque para Carapina, Nossa Senhora das Graças, Santa Efigênia e Santa Helena.

A escolha dessas duas instituições de ensino deve-se à relevância de seus perfis institucionais, destacando-se pela qualidade da coordenação pedagógica, pela variedade de atividades curriculares e extracurriculares oferecidas, bem como pelo desempenho satisfatório dos alunos ao final de cada ano letivo. Outro fator determinante para a seleção foi o fato de ambas já terem sido objeto de diversas pesquisas e estudos conduzidos por profissionais vinculados ao Grupo de Pesquisa em Gestão Integrada do Território (GIT) da Univale, o que reforça sua importância

como campo de investigação e intervenção acadêmica.

O local escolhido para a coleta de dados dos alunos com TND foi o Centro Municipal de Referência e Apoio à Educação Inclusiva Dr. Dilermano Dias Miranda (CRAEDI), localizado na cidade de Governador Valadares – MG. A instituição se destaca como referência regional no atendimento educacional especializado, oferecendo suporte pedagógico e interdisciplinar a crianças com necessidades educacionais específicas, o que a torna um espaço apropriado para a presente investigação. O CRAEDI oferece atendimento especializado — incluindo psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e educação física — para cerca de 840 alunos com deficiência e 81 com altas habilidades.

4.3 AMOSTRA

Os participantes deste estudo, pais ou cuidadores de crianças classificadas como neurotípicas e Neuroatípicas, responderam a um questionário baseado na EBAI, instrumento adaptado, traduzido e validado por Patrícia Diniz em 2021.

Na fase inicial da pesquisa, foi realizada a coleta de dados de todas as crianças neurotípicas matriculadas nas duas escolas mencionadas anteriormente, formando uma amostra censitária composta por crianças com idades entre 3 e 6 anos, matriculadas em 2024.

Na Escola Vítor Vargas Glória, foram igualmente selecionadas todas as crianças com idades entre 3 e 4 anos em 2024, com base na revisão dos prontuários escolares, desde que não apresentassem critérios de exclusão. Atualmente, essa faixa etária na escola compreende 102 alunos. A pesquisadora principal também avaliou a presença ou suspeita de TND, e, todos os casos identificados foram automaticamente excluídos da pesquisa.

Na Escola Municipal Padre Eulálio Lafuente Elorz foram selecionadas todas as crianças com idades entre 4 e 6 anos, com base na revisão dos prontuários escolares, com o objetivo de identificar o número exato de crianças dentro dessa faixa etária que atendiam aos critérios de inclusão. A escola conta atualmente com uma amostra de 260 crianças, com idades entre 5 e 6 anos.

Após a seleção das crianças, foi enviada uma carta-convite aos pais ou cuidadores, solicitando sua participação na pesquisa. A aceitação foi formalizada mediante a devolução de uma carta assinada. As entrevistas com os responsáveis

pelas crianças selecionadas foram agendadas nas próprias escolas, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

Para os indivíduos neuroatípicos selecionados na instituição CRAEDI, a identificação dos casos para a pesquisa demandou uma análise detalhada dos prontuários, com o objetivo de identificar as patologias relacionadas ao TND em crianças com idades entre 3 e 6 anos que são usuárias dos serviços da instituição em 2024. Vale ressaltar que o número dessa amostra foi equivalente ao número de crianças selecionadas nas escolas municipais. Atualmente, a população de crianças atendidas pelo CRAEDI totaliza 237 crianças.

Assim, a amostra final da pesquisa foi definida após visitas e contatos diretos com as escolas e com o CRAEDI, realizados entre agosto de 2024 e janeiro de 2025, totalizando 74 crianças participantes.

Para a composição da amostra, todos os pais ou responsáveis legais das crianças elegíveis foram formalmente convidados a participar, mediante assinatura do TCLE (Apêndice 1). Embora o convite tenha sido estendido a todos os responsáveis pelas crianças nas escolas, no CRAEDI e em outras instituições, apenas o grupo que compõe a amostra final aceitou participar de todas as fases do estudo, incluindo a aplicação da EBAI (Anexo B) e as entrevistas presenciais guiada por um roteiro semiestruturado (Apêndice 2).

Logo, não foi realizado um cálculo amostral probabilístico formal, pois a estratégia adotada foi o censo de todos os indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão e concordaram em participar. A escolha pela amostragem por adesão justifica-se pela natureza da pesquisa, que visava capturar o fenômeno em sua totalidade, respeitando os princípios éticos da autonomia e voluntariedade dos participantes.

A decisão de incluir crianças na faixa etária de 3 a 6 anos fundamenta-se no fato de que os TND costumam se manifestar nos primeiros anos de vida e apresentam uma trajetória não uniforme, variando de acordo com cada indivíduo. Embora alguns sintomas possam ser observados logo após o nascimento, na maioria dos casos, eles se tornam mais evidentes com o tempo.

Ademais, destaca-se que a população de crianças neuroatípicas foi selecionada no CRAEDI, que é a única instituição de referência em Governador Valadares/MG para atender o público-alvo delimitado neste estudo.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

O grupo de crianças classificadas com neuroatípicas, foram elegidas entre os usuários regulares do CRAEDI. Considerando a diversidade dos TND foram incluídas crianças com T21, TDAH, TEA, Transtornos dos sons da Fala e Transtornos Motores de Fala, Disfluência e Transtornos de Aprendizagem, com idade entre 3 e 6 anos.

Todos os indivíduos que responderam ao questionário, definidos nesta pesquisa como os pais ou cuidadores das crianças selecionadas, receberam uma carta de adesão, contendo esclarecimentos sobre o TCLE e sobre sua participação no estudo.

Foram incluídos na amostra indivíduos com idade entre 3 e 6 anos, na primeira infância, de ambos os sexos, residentes na cidade de Governador Valadares/MG, matriculados em 2024 nas Escolas Municipais Padre Eulálio Lafuente Elorz e Vítor Vargas Glória, e também usuários dos serviços do CRAEDI, no mesmo ano. Estas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados nas instituições acima citadas.

Foram excluídas da pesquisa do grupo de caso as crianças atendidas no CRAEDI ou matriculadas nas escolas municipais que não se enquadravam na faixa etária estabelecida pelo estudo, aquelas cujos responsáveis se recusaram a participar das entrevistas, bem como os casos com TND não compatíveis com os critérios de análise definidos. Também foram excluídas crianças residentes em municípios vizinhos a Governador Valadares/MG, além daquelas cujos pais ou cuidadores não apresentavam condições cognitivas adequadas para responder ao questionário ou que não aceitaram assinar o TCLE.

Foram excluídas do estudo as crianças do grupo controle, com laudos diagnósticos de TND, bem como aquelas sem laudos, mas que, após avaliação da pesquisadora principal, apresentaram suspeita, risco ou confirmação de diagnóstico de transtornos do neurodesenvolvimento. Também foram excluídas as crianças cujos pais ou responsáveis não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme modelo apresentado no Apêndice 1.

4.5 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Para a condução eficaz de um estudo de caso-controle, é essencial que a seleção dos casos e dos controles seja realizada de forma criteriosa e rigorosa. O êxito da pesquisa depende da definição precisa da condição ou desfecho que se pretende investigar. No presente estudo, os grupos foram comparados com base na frequência de ocorrência do DAP entre crianças com desenvolvimento neuroatípico e aquelas com desenvolvimento típico.

As informações essenciais, da fase quantitativa, que foram obtidas nos prontuários das crianças, tanto nas escolas municipais quanto na instituição CRAEDI, foram compiladas em uma Ficha Cadastral, que incluiu os seguintes dados: nome, sexo, data de nascimento, filiação, endereço, bairro, cidade de nascimento, número de irmãos, ocupação e grau de escolaridade dos pais.

Além disso, foram incluídos dados adicionais (APÊNDICE 2) com o intuito de expandir a qualidade das informações sobre a criança e sua família, tais como: idade gestacional, tipo de parto, índice de Apgar, duração da amamentação, início da transição alimentar, duração do uso de mamadeira, uso de chupeta, início da mastigação, uso de copo, local das refeições e autonomia para comer. Esses dados foram coletados em ambos os grupos de crianças (neurotípicas e neuroatípicas).

Em seguida, foram realizadas reuniões presenciais nas escolas participantes e no CRAEDI, onde os pais ou cuidadores das crianças foram abordados individualmente para apresentação da proposta do estudo. Durante esses encontros, a equipe de pesquisa explicou os objetivos da investigação, os procedimentos previstos e esclareceu eventuais dúvidas dos responsáveis. Após essa conversa inicial, os interessados em participar foram convidados a assinar o TCLE, requisito necessário para a inclusão no estudo. As entrevistas foram posteriormente agendadas e realizadas nos próprios ambientes educacionais, conforme a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram registradas utilizando o formulário da EBAI, conforme modelo apresentado no Apêndice 2, que consiste em um questionário com 14 perguntas sobre a qualidade da alimentação dos filhos. Após a aplicação do instrumento, os dados foram analisados nos grupos de casos e controle.

Após a aprovação e recomendação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, (CAAE 60816922.0.0000.5157) seguiram-se as seguintes etapas:

1. Inicialmente, foi solicitada autorização junto aos órgãos competentes, com

uma visita à Secretaria Municipal de Educação (SMED) para apresentação do projeto e pedido de permissão e apoio, conforme modelo apresentado no Anexo A. Em seguida, foi realizado o levantamento das crianças matriculadas nas escolas municipais selecionadas para o estudo no ano de 2024. A partir da análise dos prontuários dos alunos das escolas participantes da pesquisa e do CRAEDI, os pais ou responsáveis legais foram contatados para responder ao questionário da EBAI (ANEXO 2), instrumento que possibilita traçar um panorama detalhado da situação alimentar das crianças.

2. A etapa seguinte consistiu em uma pesquisa bibliográfica aprofundada, com a coleta de dados realizada em livros, artigos científicos e outras publicações relevantes que abordam TND, distúrbios alimentares na infância, geografia das infâncias, práticas de atendimento e terapias voltadas para transtornos alimentares, teoria ecológica do desenvolvimento humano e aspectos fenomenológicos das relações entre corpo e território. Para isso, foram utilizadas bases de dados como SciELO, LILACS, MEDLINE e Google Acadêmico, priorizando publicações dos últimos 10 anos. Após a leitura e o fichamento do material coletado, foram selecionadas e analisadas de forma mais aprofundada apenas as fontes que dialogavam diretamente com os temas centrais da pesquisa.

3. Com base nesse estudo e após resultados da escala EBAI, os instrumentos de coleta de dados, como o Roteiro Semiestruturado de Pesquisa, conforme modelo apresentado no Apêndice 2, foram revisados. Para assegurar a uniformidade nos procedimentos de coleta, a pesquisadora capacitou alunas dos cursos de Fonoaudiologia da Univale, que participaram como voluntárias na pesquisa. O treinamento, com carga horária de 8 horas, abrangeu tanto aspectos teóricos quanto práticos, garantindo que todas estivessem aptas a seguir os protocolos estabelecidos de forma padronizada.

4. Foi realizado um estudo piloto com pais das instituições previamente selecionadas, aplicando-se os instrumentos de coleta em quatro participantes de cada escola e do CRAEDI. O objetivo dessa etapa foi testar a validade e a operacionalidade dos instrumentos utilizados, conforme orienta Gil (2002). Os dados obtidos no estudo piloto não foram incluídos na análise do estudo principal.

5. Por fim, o consentimento dos participantes foi inicialmente solicitado por

meio de contato telefônico, com registro eletrônico da autorização. Em seguida, a Escala EBAI foi aplicada nas dependências das escolas, momento em que também foi realizada a assinatura do TCLE. Na segunda fase da pesquisa, os participantes responderam ao Roteiro Semiestruturado de Pesquisa (Apêndice 2).

4.6 ETAPA – PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A presente pesquisa adotou uma abordagem metodológica mista, composta por etapas quantitativa e qualitativa, visando à análise da associação entre TND e DAP em crianças de 3 a 6 anos no município de Governador Valadares-MG. A etapa quantitativa foi operacionalizada por meio de um estudo caso-controle, no qual os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas no Excel® e analisados estatisticamente com o auxílio do software R versão 4.5, permitindo a avaliação de associação entre variáveis e o cálculo do Odds Ratio bruto. A escolha do programa justifica-se pela sua ampla utilização em estudos epidemiológicos e pela disponibilidade de pacotes específicos para análises estatísticas de caso-controle.

O nível de significância adotado para todas as análises foi de 5% ($p < 0,05$). Foram realizadas *análises descritivas, estimativas de prevalência, além do cálculo da razão de chances* (Odds Ratio) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para comparar as proporções entre os grupos (crianças Neurotípicas e Neuroatípicas), utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, conforme a adequação aos tamanhos amostrais e às distribuições observadas.

A coleta dos dados quantitativos ocorreu em duas instituições escolares públicas: E. M. Padre Eulálio Lafuente Elorz e Vitor Vargas Glória e no CRAEDI, mediante agendamento prévio com as direções das instituições e a realização de visitas organizadas para não comprometer a rotina escolar. Os entrevistadores, devidamente treinados e identificados, conduziram a aplicação da EBAI, composta por 14 itens com respostas em escala Likert de sete pontos. Essa escala, validada em 2020 a partir da Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS), classifica as dificuldades alimentares conforme o modelo biopsicossocial da **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. As pontuações obtidas indicam níveis de comprometimento alimentar leve, moderado e grave.

A análise qualitativa foi realizada por meio da aplicação de um questionário

estruturado que abordava aspectos como histórico de amamentação, uso de utensílios, introdução alimentar, aceitação de alimentos, autonomia alimentar, uso de dispositivos eletrônicos durante as refeições, rotina alimentar familiar e reações dos cuidadores frente à recusa alimentar. Os discursos dos cuidadores foram analisados conforme teoria de análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Essa análise permitiu a categorização dos dados com base nas unidades de significado emergentes das falas dos participantes, que foram mantidas em sua forma original, sem correções linguísticas, a fim de preservar sua espontaneidade.

As entrevistas qualitativas foram realizadas com pais ou cuidadores das crianças participantes e ocorreram em espaços indicados pelas instituições escolares e pelo CRAEDI, garantindo ambiente adequado de privacidade e conforto. Para garantir a fidedignidade dos dados, todas as falas foram registradas digitalmente e transcritas na íntegra. A identificação dos participantes foi feita por meio do número de registro no sistema Sphinx Léxica, assegurando o anonimato.

O processo analítico qualitativo envolveu leitura flutuante inicial, leituras exaustivas, identificação de categorias temáticas e agrupamento por subcategorias. A partir dos resultados dos dados, foi possível interpretar os significados atribuídos pelos cuidadores às dificuldades alimentares, levando em conta suas dimensões sensoriais, emocionais e contextuais, conforme apresentado no quadro a seguir. A abordagem qualitativa evidenciou a riqueza simbólica presente na alimentação infantil, revelando-a como um território central na construção de vínculos afetivos, práticas cotidianas e formas de resistência no contexto familiar (Quadro 3).

Quadro 3 – Temáticas e categorias emergentes da análise qualitativa das falas dos cuidadores

TEMÁTICA	CATEGORIA
1. Práticas alimentares no ambiente familiar	1.1 Local e contexto das refeições.
	1.2 Interação familiar durante as refeições.
	1.3 Uso de dispositivos eletrônicos e elementos distratores.
2. Introdução alimentar e repertório alimentar	2.1 Tempo e forma de introdução alimentar.
	2.2 Variedade e aceitação dos alimentos.
	2.3 Autonomia da criança no momento da alimentação.
3. Dificuldades sensoriais e comportamentais	3.1 Reações à textura, cor, temperatura e aparência dos alimentos.
	3.2 Seletividade alimentar.
	3.3 Recusa alimentar e mecanismos de defesa sensorial.
	4.1 Reações diante da recusa alimentar.

4. Atitudes e estratégias dos cuidadores	4.2 Estratégias de incentivo ou punição.
	4.3 Percepções sobre o papel da alimentação no desenvolvimento da criança.
5. Alimentação como território de resistência	5.1 Alimentação como expressão de identidade e autonomia.
	5.2 Conflitos entre imposição do adulto e escolha da criança.
	5.3 Alimentação como espaço de disputa simbólica entre cuidador e criança.

Fonte: Adaptado pela autora, 2025.

A fase de coleta nas escolas apresentou desafios distintos. Na Escola Padre Eulálio Lafuente Elorz, a amostra foi reduzida devido à baixa adesão dos responsáveis e à limitada colaboração da equipe gestora no recrutamento dos participantes. Em contraste, na Escola Vítor Vargas Glória, a coleta foi mais bem-sucedida, graças ao apoio dos professores e à maior adesão dos cuidadores. As entrevistas foram realizadas no horário de saída dos alunos, o que facilitou a participação. No CRAEDI, as entrevistas ocorreram durante o período de espera dos responsáveis pelos atendimentos terapêuticos, o que favoreceu uma maior disponibilidade e colaboração por parte dos participantes.

A análise dos dados, portanto, permitiu a identificação de padrões alimentares e o delineamento das práticas familiares relacionadas à alimentação infantil, com destaque para fatores de risco associados ao DAP em crianças com TND. Os resultados revelaram a complexidade das relações entre desenvolvimento neuropsicomotor, práticas alimentares e os significados atribuídos ao corpo e à alimentação na primeira infância, reforçando a necessidade de estratégias interdisciplinares de cuidado e escuta qualificada dos cuidadores.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa é um recorte do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) e da Fundação Percival Farquhar (FPF), sob o CAAE 60816922.0.0000.5157 e parecer consubstanciado nº 6.058.977, conforme registrado na Plataforma Brasil.

O projeto original intitulado “Corpo, Território e Alimentação: a vulnerabilidade infantil frente aos Transtornos do Neurodesenvolvimento e Distúrbios Alimentares em Governador Valadares – MG” fundamenta-se nas diretrizes da Resolução nº 466/2012 e da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A dissertação mantém

convergência com os objetivos gerais e específicos do projeto, especialmente no que se refere à identificação de hábitos alimentares e delineamento do perfil sociodemográfico da população estudada, adaptando-se para o público-alvo de crianças na primeira infância (3 a 6 anos) e enfocando a associação entre TND e DAP.

A pesquisa em questão seguiu rigorosamente os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sendo previamente autorizada pela Secretaria Municipal de Educação de Governador Valadares/MG para ser realizada nas unidades escolares públicas municipais. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios do estudo. A participação foi voluntária e formalizada por meio da assinatura do TCLE pelos responsáveis legais. Em ambos os casos, foi garantido o uso de linguagem acessível, respeitando o grau de compreensão dos participantes, conforme as orientações do parecer do Comitê de Ética.

Foram garantidos o anonimato, a privacidade e a confidencialidade das informações coletadas. As entrevistas foram gravadas apenas mediante autorização expressa dos participantes e posteriormente transcritas na íntegra. O armazenamento dos dados ocorreu inicialmente em dispositivo seguro de uso da pesquisadora, protegido por senha, sendo os arquivos posteriormente transferidos para armazenamento institucional no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) da Univale, onde permanecerão arquivados por um período de cinco anos. Após esse prazo, os dados serão incinerados, conforme estabelecido nos protocolos éticos vigentes.

Durante a condução do estudo, a pesquisadora esteve atenta aos potenciais riscos envolvidos, como desconforto emocional, insegurança quanto às respostas fornecidas ou temor de exposição. Estratégias de mitigação foram implementadas, incluindo a realização das entrevistas em ambientes acolhedores, a garantia da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem prejuízo e o encaminhamento para atendimento psicológico em casos de necessidade, seja por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ou pelo Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Univale.

As crianças que apresentaram sinais sugestivos de distúrbios alimentares durante a aplicação da EBAI foram, mediante autorização dos responsáveis, encaminhadas para avaliação e acompanhamento especializado em serviços públicos de saúde ou na rede privada, de acordo com a disponibilidade familiar. A comunicação

dos achados foi realizada de forma ética e reservada, em reuniões individuais mediadas pelas equipes escolares, garantindo o apoio necessário às famílias.

O rapport¹ foi utilizado como instrumento para fortalecer o vínculo de confiança entre a pesquisadora e os participantes, favorecendo a qualidade e a veracidade das informações obtidas. Nenhuma situação de dano grave foi registrada durante a execução do estudo.

Além disso, os participantes tiveram garantidos todos os seus direitos, incluindo o direito à informação, à confidencialidade, à desistência sem qualquer prejuízo e ao reembolso de eventuais despesas.

A pesquisa teve como objetivo exclusivo fins científicos e acadêmicos, com a divulgação dos resultados em eventos científicos, publicações especializadas e na presente dissertação de mestrado, sempre respeitando a identidade dos participantes e a integridade das instituições envolvidas.

A relevância social da pesquisa é clara, pois contribui para a identificação precoce de Distúrbios Alimentares Pediátricos em crianças na primeira infância, promovendo o desenvolvimento de estratégias de cuidado em saúde. Além disso, a pesquisa sensibiliza profissionais e gestores das áreas educacional e de saúde, ao mesmo tempo em que fortalece políticas públicas voltadas ao bem-estar infantil e à promoção de uma alimentação saudável. Dessa forma, a pesquisa atende ao princípio da beneficência, trazendo benefícios tangíveis para a sociedade, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade.

¹ Segundo a Psicologia, o rapport é uma técnica para criar empatia com as outras pessoas. Originário da palavra francesa *rapporter*, o termo indica a conexão natural que se cria entre indivíduos. Assim é possível gerar confiança durante a comunicação, fazendo com que quem a recebe interaja e fique mais receptivo. Disponível em: <https://www.psicanaliseclinica.com/rapport/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo foi composta por 74 crianças, sendo 37 neurotípicas, matriculadas em duas escolas municipais de Governador Valadares (MG), e 37 neuroatípicas, atendidas no CRAEDI, também localizado no mesmo município. No grupo das crianças neurotípicas (grupo controle), 22 eram do sexo masculino, enquanto no grupo das neuroatípicas (grupo caso), 28 também eram do sexo masculino. Esses dados indicam que, em ambos os grupos, houve uma prevalência de TND entre as crianças do sexo masculino.

Esses achados são coerentes com os resultados de um estudo epidemiológico observacional conduzido por Tomazelli *et al.* (2023), realizado em um laboratório de Atenção Primária à Saúde. O levantamento analisou 525 prontuários de crianças atendidas entre 2002 e 2011, observando variáveis como: gênero, idade, origem do encaminhamento, queixa relatada pelos pais, hipótese fonoaudiológica e conduta adotada. O estudo revelou um predomínio significativo de crianças do sexo masculino (68,3%), especialmente na faixa etária entre 3 anos e 5 anos e 11 meses (48,7%), reforçando o padrão observado na amostra do presente trabalho.

No que se refere à faixa etária das crianças participantes desta pesquisa, todas estavam entre 3 e 6 anos de idade, uma fase crucial para o desenvolvimento neurológico e comportamental. Quanto aos responsáveis pelas informações fornecidas, a maioria dos entrevistados foi composta por mães, com pouco mais de cinco entrevistas realizadas com pais e menos de cinco com avós. Esse dado reforça a centralidade da figura materna no acompanhamento e cuidado diário das crianças, especialmente em situações que envolvem necessidades educacionais e de saúde específicas, como nos casos de TND.

5.2 ESTIMATIVA DE ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL E TND

A identificação precoce do DAP na primeira infância constitui um desafio relevante para profissionais da saúde e da educação, especialmente diante da urgência de minimizar seus impactos sobre o desenvolvimento físico, emocional, social, cognitivo e comportamental das crianças. Este estudo teve como objetivo

principal avaliar a correlação entre a incidência de DAP em crianças com TND e em crianças com desenvolvimento neurotípico, pertencentes à mesma faixa etária. Para tanto, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: a EBAI e um ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO (APÊNDICE 2) para levantamento das percepções parentais sobre os hábitos e comportamentos alimentares adotados pelas famílias. (Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação de Risco Alimentar × Condição de Saúde

CLASSIFICAÇÃO	DOENTE	NÃO DOENTE	TOTAL
Risco alimentar elevado	13	14	27
Sem risco relevante	25	23	48
Total	38	37	75

Fonte: Adaptado pela autora, 2025.

Os resultados obtidos foram expressivos, confirmando percepções frequentemente observadas em práticas clínicas relacionadas aos Distúrbios Alimentares Pediátricos (DAP), assim como achados de estudos anteriores. No entanto, também abriram espaço para novos questionamentos, uma vez que determinados dados se mostraram divergentes do senso comum e de evidências previamente consolidadas na literatura. Esses achados apontam para a necessidade de aprofundamento das investigações, especialmente no que se refere às múltiplas dimensões que influenciam o comportamento alimentar infantil, como fatores sensoriais, emocionais e contextuais.(Menezes *et al.*, 2023; Kerzner *et al.*, 2015; Chaator *et al.*, 2009; Fung *et al.*, 2012; Lucarelli *et al.*, 2018; Menezes, 2023).

A análise estatística contemplou uma tabela de contingência 2x2 com os seguintes dados: entre os indivíduos com risco alimentar elevado, 13 apresentaram TND e 14 eram neurotípicos; entre os sem risco alimentar relevante, 25 tinham TND e 23 eram neurotípicos. Com base nesses dados, foi calculada a Odds Ratio (OR = 0,85), com intervalo de confiança de 95% entre 0,33 e 2,20, e valor de $p = 0,744$. Apesar de a OR ser inferior a 1, sugerindo uma tendência de menor chance de TND entre os indivíduos com risco alimentar elevado, os resultados não apresentaram significância estatística.

Dessa forma, os dados não indicam uma associação robusta entre risco alimentar elevado e presença de TND, o que sinaliza que o risco alimentar não se configura, nesta amostra, como fator determinante para o adoecimento.

Ainda assim, é fundamental considerar que a falta de significância pode estar relacionada ao tamanho da amostra ou às variáveis não controladas no estudo. A condição "doente", aqui compreendida como presença de TND, amplia a interpretação dos achados, uma vez que o TND engloba alterações cognitivas, motoras, comportamentais e comunicacionais que impactam o desenvolvimento infantil. Embora muitas crianças com TND não tenham apresentado risco alimentar elevado, reforça-se a necessidade de abordagens interdisciplinares, que incluam aspectos genéticos, ambientais e psicossociais.

Assim, recomenda-se a ampliação da amostra e a inclusão de variáveis de confusão em estudos futuros, visando uma compreensão mais aprofundada da relação entre risco alimentar e TND.

As descobertas apresentadas são encorajadoras, indicando a importância de dar continuidade aos estudos e pesquisas. Esses esforços poderão contribuir para o esclarecimento de diagnósticos, a definição de estratégias de prevenção e o desenvolvimento de planejamentos terapêuticos, com o objetivo de mitigar as deficiências nutricionais, sociais e emocionais, além de melhorar a qualidade de vida das crianças e suas famílias.

A Tabela 2 apresenta uma comparação descritiva entre os grupos de crianças neurotípicas e neuroatípicas (com TND) com base em variáveis sociodemográficas e alimentares relevantes. Observa-se que, apesar de algumas diferenças pontuais, como maior prevalência de dificuldades na introdução alimentar e rejeições sensoriais no grupo com TND, práticas alimentares inadequadas como uso prolongado da mamadeira e presença de distratores durante as refeições também foram recorrentes entre crianças neurotípicas.

Tabela 2 – Características sociodemográficas, práticas alimentares e comportamentos relacionados à alimentação entre crianças neurotípicas e neuroatípicas (com TND)

VARIÁVEL	CRIANÇAS NEUROTÍPICAS	CRIANÇAS NEUROATÍPICAS
Sexo – Feminino	15	9
Sexo – Masculino	22	28
Local de Nascimento – GV	27	30
Local de Nascimento – Outra	10	7
Amamentação – Sim	34	30

Amamentação – Não	3	7
Tempo Médio de Amamentação (meses)	16,37	15,6
Introdução Alimentar - Início (meses)	6,87	7,9
Dificuldade na Introdução Alimentar – Sim	6	16
Dificuldade na Introdução Alimentar – Não	31	19
Uso de Mamadeira – Sim	27	25
Uso de Mamadeira – Não	10	11
Tempo Médio de Retirada da Mamadeira (meses)	30,25	28,86
Rejeição por Cor	9	14
Rejeição por Textura	14	19
Rejeição por Temperatura	1	19
Uso de Distrator na Refeição - Sim	16	19
Uso de Distrator na Refeição - Não	19	15
Refeição com a Família – Sim	26	15
Refeição com a Família – Não	8	11
Criança Forçada a Comer – Sim	9	8
Punição – Sim	2	4
Punição – Não	35	33

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

A Tabela 2 evidencia ainda aspectos importantes relacionados à dinâmica familiar, como a frequência de refeições em grupo e a prática de forçar a alimentação, indicando que os fatores ambientais e comportamentais podem exercer influência significativa na relação com a alimentação, independentemente do diagnóstico de TND. Esses dados servem de base para a análise comparativa entre os grupos, permitindo uma reflexão sobre o papel do contexto familiar e das práticas cotidianas na formação de hábitos alimentares infantis.

Roupel *et al.* (2023), em um estudo de caso-controle realizado com crianças libanesas, identificaram que a prevalência de problemas alimentares entre a população com TEA variou entre 56% e 87%, sugerindo que os distúrbios alimentares são significativamente mais prevalentes nesse grupo. No entanto, os achados da presente pesquisa indicam que dificuldades alimentares também ocorrem com relevância semelhante entre crianças neurotípicas.

A prevalência de risco para distúrbios alimentares, segundo a classificação da EBAI, foi de 37,8% no grupo controle (neurotípico) e de 35,13% no grupo com

Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND). Esses resultados indicam que, neste estudo, a diferença entre os grupos não foi tão expressiva quanto a apontada por evidências anteriores. Tal discrepância pode estar relacionada a fatores como o contexto sociocultural (Makino; Tsuboi; Dennerstein, 2004), as condições socioeconômicas (Katz *et al.*, 2022; Haycraft; Blissett, 2012) ou as particularidades metodológicas da avaliação utilizada (Martins; Ferreira; Silva, 2023).

Segundo a revisão de escopo conduzida por Mudholkar *et al.* (2023), alguns fatores são apontados como preditores de dificuldades alimentares, especialmente quando associados a comportamentos atípicos observados durante a introdução alimentar em crianças pequenas. A identificação precoce desses indicadores é fundamental, pois orienta as estratégias de intervenção e as adequações propostas por profissionais que atuam com o desenvolvimento infantil e com distúrbios alimentares na infância. Entre os fatores destacados, encontram-se o uso prolongado de alimentação complementar por meio de mamadeira (acima de dois a três anos de idade) e o início tardio da introdução alimentar, especialmente sem a garantia de variedade de texturas, cores, sabores e temperaturas.

No presente estudo, observou-se que o tempo médio de uso de alimentação complementar por mamadeira, no grupo controle, foi de 30,25 meses, o que pode indicar que a permanência desse hábito dificultou a percepção de recusas alimentares, visto que a mamadeira foi priorizada como principal fonte de alimentação até após os três anos de idade. Em contrapartida, no grupo de casos, o tempo médio de uso foi de 22,4 meses, encerrando-se antes dos dois anos de idade.

Putanar *et al.* (2024) analisaram a duração da amamentação e o período de introdução alimentar para avaliar se havia diferenças significativas entre crianças com TND e aquelas com desenvolvimento neurotípico. Os resultados revelaram menor duração da amamentação no grupo de casos em comparação ao grupo controle, embora ambos tenham iniciado a introdução alimentar entre quatro e seis meses de idade. Por outro lado, Brzoska *et al.* (2021) observaram início mais tardio da introdução alimentar no grupo de casos em comparação ao grupo controle, sugerindo maior aceitação de alimentos complementares em crianças com desenvolvimento típico.

No nosso estudo, a duração média da amamentação no grupo controle foi de 16,37 meses, enquanto no grupo de casos foi de 15,6 meses. Em relação ao tempo médio de introdução alimentar, observou-se 6,7 meses no grupo controle e 7,9 meses

no grupo de casos. Esses dados indicam que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação a esses indicadores.

Esses resultados contrastam com as tendências descritas na literatura, que geralmente associam uma menor duração da amamentação em crianças com TEA. A ausência de uma associação clara entre o tempo de amamentação e o risco de alterações no neurodesenvolvimento nesta amostra específica sugere que outros fatores contextuais possam influenciar esses resultados (Tseng *et al.*, 2019; Al-Farsi *et al.* 2012; Gómez-Fernández *et al.* 2018)

O estudo de Van der Horst (2013) destaca que o uso de dispositivos digitais durante as refeições pode prejudicar a interação social entre pais e filhos, o que é crucial para o estabelecimento de bons hábitos alimentares. Quando as crianças se distraem com as telas, tendem a comer mais alimentos não saudáveis e perdem a percepção do que estão consumindo, comprometendo o controle das porções e a escolha de alimentos adequados. Esse comportamento reforça a importância de limitar o uso de telas durante as refeições para promover um ambiente mais saudável e melhorar a alimentação infantil.

Rocha *et al.* (2022), observaram que apenas crianças com dificuldades alimentares apresentavam maior tempo de exposição às telas, sugerindo uma correlação entre esse comportamento e o consumo de conteúdo audiovisual durante as refeições. Outros estudos indicam que a exposição à televisão está associada ao baixo consumo de frutas e vegetais, o que evidencia os efeitos negativos da distração digital sobre o padrão alimentar infantil. (Fitzpatrick *et al.*, 2012; Sisson *et al.*, 2011).

Apesar da escassez de evidências que relacionem diretamente a exposição a telas com recusa ou seletividade alimentar, infere-se que muitas famílias adotem esse hábito com o intuito de aumentar a ingestão alimentar e superar a resistência a certos alimentos. Acredita-se que a distração provocada pelas telas favoreça a ingestão, inclusive de alimentos geralmente recusados.

Na presente amostra, 43,24% das crianças neurotípicas faziam uso de dispositivos eletrônicos (televisão ou celular) durante as refeições, enquanto 56,75% das crianças com TND também recorriam a tais distratores durante a alimentação. Entretanto, sabe-se que o consumo alimentar com distração compromete a percepção de sinais internos de fome e saciedade, prejudicando a autorregulação alimentar. Além disso, interfere na percepção sensorial de textura, sabor e consistência, dificultando o aprendizado alimentar e a formação de preferências saudáveis. Esses

fatores reforçam a importância de promover práticas alimentares conscientes e livres de distrações eletrônicas.

O ambiente familiar é um importante mediador no processo de formação dos hábitos alimentares infantis. A refeição em família configura-se como um espaço de socialização, onde a criança observa e interage com irmãos, cuidadores e adultos, que atuam como modelos de comportamento alimentar. Conforme Romanelli (2006), a influência familiar é condicionada pela cultura e pelos aspectos sociais e situacionais envolvidos no consumo alimentar.

Martins (2019) destaca que realizar refeições na presença dos pais é um fator determinante para a adoção de uma alimentação saudável por parte das crianças, considerando o papel dos pais nas decisões de compra, preparo e controle dos alimentos ofertados.

Alibrandi *et al.* (2023) encontraram correlação significativa entre seletividade alimentar e dificuldades sensoriais, especialmente relacionadas ao paladar e ao olfato. Crianças com TEA apresentaram maior seletividade alimentar em comparação às crianças neurotípicas. Em consonância, Byrska *et al.* (2023) reforçam que a seletividade alimentar em crianças com TEA está associada a características sensoriais, como textura e cor dos alimentos, bem como a padrões estereotipados de organização dos ingredientes no prato.

Mussap *et al.* (2022), ao investigar o impacto sensorial e emocional da textura dos alimentos, concluíram que alimentos crocantes tendem a provocar respostas emocionais positivas, enquanto texturas viscosas ou pegajosas são frequentemente rejeitadas, principalmente por indivíduos com distúrbios sensoriais ou alimentares. A aceitação dos alimentos, portanto, está intimamente relacionada às respostas emocionais desencadeadas pela textura.

No presente estudo, 51,35% das crianças com TND demonstraram rejeição alimentar associada à textura e à temperatura dos alimentos, enquanto 37,83% apresentaram rejeição relacionada à cor dos alimentos. A temperatura também influencia significativamente a percepção do sabor e o apetite. Li *et al.* (2021) apontaram que a temperatura ideal de consumo varia de acordo com a faixa etária, sendo que idosos, por exemplo, preferem alimentos mais quentes. Temperaturas extremas, por sua vez, podem gerar aversão alimentar, sendo recomendável ofertar os alimentos em temperatura confortável para aumentar sua aceitação.

5.3 ANÁLISE TEMÁTICA

O estudo foi desenvolvido a partir da análise de entrevistas com cuidadores de crianças de dois grupos distintos. O Grupo 1 é composto por crianças com diagnóstico de TND, como o TEA, TDAH, T21 e/ou crianças neurotípicas que apresentam sinais ou diagnóstico de DAP. Já o Grupo 2 inclui crianças com e sem TND, porém sem indícios de DAP, ou seja, crianças que, segundo os relatos dos cuidadores, apresentavam comportamento alimentar funcional, sem recusa alimentar significativa, sem seletividade severa ou dependência de estratégias externas para alimentação. A comparação entre os grupos permitiu compreender como a presença do DAP e/ou do TND, influência nas práticas e na vivência alimentar infantil.

5.3.1 Análise do comportamento alimentar infantil em crianças com e sem TND sem indícios de distúrbios alimentares pediátricos (grupo 2)

A alimentação na infância é um processo multifatorial, mediado por aspectos biológicos, emocionais, sociais e culturais. Ao se investigar os comportamentos alimentares de crianças com e sem TND que não apresentam DAP, torna-se possível identificar práticas que favorecem a autonomia alimentar, o desenvolvimento saudável de hábitos alimentares e a relação positiva com o ato de se alimentar.

A partir da análise qualitativa das entrevistas realizadas com cuidadores das crianças selecionadas para a pesquisa, emergiram duas temáticas centrais: a primeira refere-se à autonomia e estabilidade alimentar das crianças, e a segunda diz respeito à ambiência e às práticas familiares que sustentam esse padrão alimentar (quadro 4).

Quadro 4 – Resumo da Análise Temática – Grupo 2 (crianças com e sem TND, porém sem indícios de DAP)

TEMÁTICA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE FALAS/RELATOS
1. Estabilidade e autonomia no comportamento alimentar infantil	1.1 – Sinais de autonomia e independência alimentar	Crianças se alimentam sozinhas, pedem comida espontaneamente, demonstram controle sobre fome e saciedade.	“Ele fala: tô com fome, mãe.” / “Ela se serve sozinha.” / “Pega iogurte na geladeira.”

	1.2 – Interesse, prazer e interação durante as refeições	Alegria, participação e prazer no momento das refeições, com interações familiares positivas.	“Ela come feliz, conversa com a gente.” / “Mostra interesse pelos alimentos.” / “Come bem em festas e restaurantes.”
2. Ambiente e práticas familiares favorecedoras da alimentação	2.1 – Estrutura e rotina alimentar	Presença de rotina organizada: horários definidos, local fixo (mesa), refeições com a família.	“Faz cinco refeições por dia.” / “Come sempre na mesa, com a gente.”
	2.2 – Variedade alimentar e ausência de mediações forçadas	Dieta variada, com aceitação de diferentes alimentos. Não há necessidade de barganhas, punições ou distrações para comer.	“Ela experimenta comida nova.” / “Não precisa prometer nada, ele come tranquilo.” / “Nunca forcei, ele sempre aceitou.”

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

A análise das falas dos cuidadores de crianças com e sem TND que não apresentam DAP nos permitiu observar um padrão alimentar marcado por estabilidade, autonomia, prazer e respeito à individualidade. O comportamento alimentar dessas crianças é caracterizado pela capacidade de autorregulação (saber quando tem fome e quando está satisfeito), interesse pelos alimentos, interação social durante as refeições e ausência de comportamentos de risco, como rejeição intensa, dependência de estímulos externos ou necessidade de coerção para comer.

As famílias, por sua vez, desempenham papel crucial nesse processo, ao promover ambientes estruturados, com rotinas definidas, refeições compartilhadas e respeito ao ritmo da criança. A ausência de barganhas e punições indica uma compreensão amadurecida por parte dos cuidadores sobre a importância de permitir que a criança desenvolva autonomia alimentar sem associar o ato de comer a pressões ou recompensas externas.

Esses achados reforçam a importância de valorizar o contexto familiar e social da alimentação na infância. Práticas alimentares saudáveis não se constroem apenas com base em nutrientes, mas a partir de vínculos afetivos, exemplos positivos, escuta atenta e respeito às individualidades. Quando essas condições estão presentes, mesmo crianças com TND tendem a apresentar bom comportamento alimentar, desde que não existam fatores adicionais de risco, como os identificados no grupo de crianças com DAP. (Quadro 4).

O método Baby-Led Weaning (BLW), concebido pela enfermeira da Saúde Pública de Londres, Gill Rapley (2022), propõe uma abordagem de introdução alimentar que valoriza a autonomia da criança, ao permitir que ela explore os alimentos com diferentes texturas e sabores desde os primeiros contatos com a alimentação complementar. Essa metodologia estimula a independência alimentar e amplia a diversidade de alimentos ingeridos, especialmente vegetais, promovendo uma maior responsividade aos sinais de fome e saciedade, além de favorecer a vivência prazerosa do ato de comer.

O contexto das refeições desempenha um papel central nesse processo, sendo influenciado por fatores como a postura física da criança e a conduta emocional dos cuidadores. Esses elementos podem exercer efeitos positivos ou negativos sobre a construção da relação da criança com a alimentação. A realização das refeições em ambiente familiar compartilhado, com os mesmos alimentos e nos mesmos horários, favorece a interação social, reforça vínculos afetivos e contribui para o desenvolvimento da atenção plena durante a alimentação, auxiliando a criança a reconhecer seus próprios sinais de fome e saciedade.

A conscientização dos cuidadores quanto aos fundamentos e objetivos do BLW é fundamental para o êxito da prática. Quando aplicada com orientação adequada, essa abordagem pode não apenas contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, mas também favorecer o desenvolvimento psicomotor e a convivência familiar afetuosa e responsiva.

Comparativamente, ao se contrastar este grupo com o grupo de crianças que apresentavam DAP, mesmo com TND, nota-se que a ausência do transtorno alimentar permite que a criança se relacione com a comida de forma mais leve, espontânea e prazerosa. Ainda que haja desafios pontuais como preferências alimentares ou leve inquietação, esses não comprometem o ato alimentar, tampouco exigem estratégias de manejo complexas.

Portanto, os dados desta pesquisa indicam que, na ausência de DAP, mesmo crianças com TND são capazes de desenvolver um padrão alimentar saudável, desde que estejam inseridas em contextos familiares acolhedores, estruturados e atentos às suas necessidades individuais. Essa constatação é de extrema relevância para a formulação de políticas públicas e estratégias clínicas voltadas à promoção da saúde alimentar na infância, reforçando a centralidade do cuidado familiar e da escuta sensível no acompanhamento do desenvolvimento infantil.

5.3.1.1. *Temática 1 – Estabilidade e autonomia no comportamento alimentar infantil*

A primeira temática evidenciada nos discursos dos cuidadores refere-se à autonomia alimentar e à estabilidade do comportamento da criança durante as refeições. As falas revelam que, mesmo com algumas preferências alimentares ou pequenas rejeições, as crianças demonstram competência para regular suas refeições, apresentando sinais claros de fome e saciedade, além de engajamento positivo com os alimentos e com o momento da refeição.

Silva; Barbosa e Santana (2021) ressaltam que a infância constitui um período determinante para a formação dos hábitos alimentares, sendo a participação ativa dos pais nas refeições um fator decisivo nesse processo. A influência parental manifesta-se por meio de diversas práticas, como a imposição de regras (pressão para comer, restrições e monitoramento), a organização dos hábitos familiares (estabelecimento de horários e realização de refeições em conjunto) e características próprias das crianças, como o grau de autonomia, as preferências alimentares e o envolvimento no preparo dos alimentos.

Pais que adotam hábitos alimentares saudáveis e demonstram atitudes positivas, como compartilhar as refeições com os filhos e incentivá-los a participar do preparo dos alimentos, contribuem significativamente para o desenvolvimento de uma alimentação equilibrada. Em contrapartida, práticas parentais coercitivas ou inadequadas, como o uso de recompensas alimentares, a imposição de restrições excessivas ou a pressão para o consumo de determinados alimentos, podem resultar na consolidação de padrões alimentares não saudáveis, favorecendo o aumento da ingestão de produtos ultraprocessados, ricos em calorias e pobres em valor nutricional.

A. Categoria 1.1 – Sinais de autonomia e independência alimentar

A maioria dos entrevistados relatou que seus filhos possuem uma autonomia bem estabelecida em relação à alimentação. As crianças demonstram ser capazes de expressar claramente quando estão com fome ou satisfeitas, além de escolherem seus alimentos e se servirem de forma independente.

Um pai relata: *“Quando ele tá com fome, ele fala: pai, eu tô com fome, eu quero comida”* (entrevistado 1). Essa sinalização da fome é um indicativo de que a criança

reconhece seus próprios sinais internos, o que favorece um comportamento alimentar autorregulado. Outro exemplo aparece na fala de uma cuidadora: *“Ela chega e fala: tô com fome, mãe. E quando tá satisfeita, fala: não quero mais, já tô cheia”* (entrevistado 2), reforçando a competência da criança em controlar o momento de início e fim da refeição.

A autonomia também se manifesta nas ações práticas relacionadas ao ato de comer. *“Ela pega comida sozinha na geladeira”* (entrevistado 3) ou *“Ele mesmo coloca no prato dele e come sem precisar da gente”* (entrevistado 4) são falas recorrentes. Essa independência é fortalecida quando os cuidadores oferecem oportunidades para que a criança explore os alimentos de forma segura e respeitosa, promovendo o desenvolvimento da autorresponsabilidade.

B. Categoria 1.2 – Interesse, prazer e interação durante as refeições

Além da autonomia, os relatos dos cuidadores evidenciam que, no grupo estudado, a alimentação está frequentemente associada a sentimentos positivos. A maioria das crianças demonstrava alegria, tranquilidade e envolvimento nas refeições, sem resistência ou reatividade alimentar. Como descreve uma avó: *“Ela come feliz, conversa com a gente”* (entrevistado 5). Uma outra cuidadora afirma: *“A refeição aqui é um momento tranquilo, sem briga, sem estresse”*. (entrevistada 6).

A expressão de prazer em comer, somada à disposição para interagir com outras pessoas, durante as refeições, indica não apenas a ausência de comportamentos de risco para DAP, mas também a presença de um ambiente familiar que favorece uma relação saudável com a comida. Essa dinâmica é fundamental para o desenvolvimento de hábitos alimentares sustentáveis ao longo da vida.

As crianças também demonstram curiosidade e envolvimento com os alimentos. Embora algumas tenham suas preferências, muitas se interessam por experimentar novos sabores e texturas. *“Ela experimenta comida nova, e se não gosta, fala, mas sempre tenta”* (entrevistada 7). Esse comportamento aberto à diversidade alimentar é um marcador de segurança emocional e sensorial em relação aos alimentos.

5.3.1.2. *Temática 2 – Ambiência e práticas familiares favorecedoras da alimentação*

A segunda temática diz respeito às práticas cotidianas das famílias durante as refeições e ao ambiente em que se dá o ato alimentar. Os dados mostram que a estrutura familiar e a forma como o momento das refeições são organizadas possui grande influência sobre o comportamento alimentar das crianças.

Diversos estudos apontam que a ambiência e as práticas familiares durante as refeições exercem influência direta sobre a formação de hábitos alimentares saudáveis na infância. Scaglioni, Salvioni e Galimberti (2008) destacam que o ambiente alimentar estruturado e a presença afetiva dos cuidadores favorecem a aceitação de alimentos saudáveis, como frutas e vegetais. A prática de refeições compartilhadas em família, sem o uso de telas e com atenção aos sinais de fome e saciedade da criança, está associada a uma melhor autorregulação alimentar (Savage; Fisher; Birch, 2007). De modo complementar, o Ministério da Saúde (2015) enfatiza que o momento da alimentação deve ser tranquilo, sem pressões ou recompensas, valorizando a interação social e o exemplo dos adultos como modelo para a criança. Quando essas condições são respeitadas, observa-se maior diversidade alimentar e menor prevalência de comportamentos como recusa ou seletividade. Em contrapartida, práticas coercitivas, uso excessivo de distrações digitais ou ambientes desorganizados tendem a comprometer a relação da criança com os alimentos, favorecendo padrões disfuncionais (Fitzpatrick; Pagani; Barnett, 2012). Assim, o cuidado com a ambiência e as estratégias parentais se revelam componentes fundamentais na promoção de uma alimentação saudável desde os primeiros anos de vida.

A. Categoria 2.1 – Estrutura e rotina alimentar

As falas dos cuidadores revelam que as crianças possuem rotinas alimentares bem definidas. Há regularidade nos horários, nos locais das refeições e na quantidade de refeições realizadas diariamente. Essa organização contribui para o senso de previsibilidade e segurança alimentar, essenciais no processo de desenvolvimento infantil.

Uma cuidadora detalha: *“Ela toma café em casa, depois café e almoço na escola, quando chega em casa toma lanche, janta e ainda ceia. São umas seis*

refeições por dia".(entrevistada 8). Outro entrevistado diz: *"Ele come sempre na mesa, a gente senta junto"*.(entrevistada 9) Esses relatos evidenciam um padrão estável, que contribui para que a criança internalize a importância das refeições como parte da rotina.

O local da refeição também se mostra adequado na maioria dos casos, sendo comum a refeição acontecer à mesa, em um ambiente tranquilo e com a presença de outros membros da família. A participação familiar fortalece os vínculos afetivos e educa pelo exemplo. *"Ela vê a gente comendo e come também. E quando tá só ela, senta e come igualzinho"* (entrevistada 10).

Os achados deste estudo estão em consonância com os resultados apresentados por Levy *et al.* (2010), os quais evidenciam uma associação direta entre o nível socioeconômico e o hábito de realizar refeições em companhia dos pais. Paralelamente, identificou-se uma associação inversa entre o nível socioeconômico e a prática de realizar refeições diante da televisão ou em horários diferentes dos pais, aspectos amplamente descritos na literatura. Esses comportamentos revelam a influência das condições sociais na organização da vida familiar e nos hábitos alimentares cotidianos.

As mudanças na estrutura da rotina contemporânea têm repercutido de maneira significativa sobre os hábitos alimentares das famílias. Conforme apontam Momm e Hofelmann (2014), práticas tradicionais, como horários fixos e composições alimentares padronizadas, vêm sendo gradualmente abandonadas pelos comensais modernos, que adotam condutas mais flexíveis e individualizadas. Ainda que essa flexibilização rompa com normas alimentares historicamente instituídas, o ato de se alimentar preserva um valor simbólico relevante, permanecendo como um momento privilegiado de convivência, socialização e reforço de vínculos afetivos, seja no âmbito familiar, seja em espaços coletivos. Essa dualidade evidencia que, embora os padrões alimentares estejam em transformação, o alimento segue exercendo papel central na constituição das relações sociais.

No contexto da infância, o comportamento alimentar é fortemente determinado por fatores externos, considerando que a criança, nessa fase do desenvolvimento, não possui autonomia para selecionar, adquirir ou preparar os alimentos. O ambiente familiar, nesse sentido, representa o principal espaço formador de hábitos alimentares. As atitudes dos cuidadores, suas práticas de controle alimentar e as crenças nutricionais que cultivam exercem influência direta tanto sobre a qualidade da

alimentação quanto sobre a forma como a criança se relaciona afetivamente com o ato de comer (Silva *et al.*, 2021).

Assim, os hábitos alimentares infantis tendem a refletir aqueles praticados no contexto doméstico, evidenciando a família como território simbólico onde se constroem significados, rotinas e valores relacionados à alimentação. Isso reforça seu papel como mediadora fundamental na promoção de práticas alimentares saudáveis desde os primeiros anos de vida.

B. Categoria 2.2 – Variedade alimentar e ausência de mediações forçadas

A diversidade alimentar também se destaca neste grupo. Diferente do que foi observado no grupo com DAP, aqui a maior parte dos cuidadores afirmou oferecer alimentos variados e naturais, com aceitação positiva pelas crianças. *“A comida dela é bem diversificada, e ela come bem. Só não gosta muito de carne, mas o resto come tranquilo”* (entrevistada 11).

A ausência de práticas coercitivas como barganhas, ameaças ou punições, também chama a atenção. A alimentação flui de forma espontânea, sem a necessidade de recorrer a estratégias externas para garantir o consumo. *“Não precisa prometer nada, ele come tranquilo”* (entrevistado 12). Em outro relato, a cuidadora afirma: *“Nunca forcei, ela sempre comeu o que era oferecido. Se não quer mais, a gente respeita”*. (entrevistada 11)

Verifica-se que práticas parentais como o uso de recompensas, monitoramento excessivo, pressão alimentar, inclusive com o uso de força física ou ameaças, podem exercer influências distintas sobre o comportamento alimentar infantil, variando entre efeitos positivos e negativos, a depender da intensidade e da frequência com que são aplicadas.

Essas práticas parentais, ao serem reiteradas no cotidiano, inscrevem-se no território simbólico² da alimentação familiar, marcando não apenas o modo como a criança se relaciona com o alimento, mas também como ela vivencia afeto, controle e pertencimento no ambiente doméstico. O território simbólico da alimentação, nesse

² Raffestin (1993) destaca que os territórios são consequências da intencionalidade humana que, ao projetar as relações de poder no espaço, produzem os territórios. Este processo determina a inclusão e a exclusão de pessoas quanto ao usufruto do território e do que há nele. Disponível em: <https://br.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E210BR91199G91859&p=periodicos.ufrn.br+%E2%80%BA+sociedade+territorio+%E2%80%BA+article>. Acesso em: 26 abr. 2025.

sentido, ultrapassa a função nutricional e se torna um espaço de construção de significados, onde o comer está entrelaçado a experiências emocionais, normas culturais e relações de poder que moldam a subjetividade infantil.

Em um estudo desenvolvido por Carnell (2014) com uma amostra de 439 crianças entre 3 e 6 anos de idade, observou-se que filhos de pais menos autoritários em relação à alimentação apresentaram maior capacidade de reconhecer e responder aos sinais fisiológicos de saciedade. Esses dados sugerem que práticas parentais menos coercitivas favorecem a autorregulação alimentar, um componente essencial para o desenvolvimento de uma relação saudável com a comida.

Comumente, estratégias como a imposição para "comer tudo o que está no prato" ou o uso de recompensas para estimular o consumo de frutas, verduras e outros alimentos saudáveis são adotadas pelos cuidadores com o intuito de garantir a ingestão nutricional adequada. No entanto, tais práticas podem interferir de forma significativa na percepção dos sinais internos de fome e saciedade. Ao se tornar dependente de estímulos externos, como o cheiro dos alimentos, a apresentação visual, preferências pessoais ou estados emocionais, a criança pode desenvolver padrões alimentares regulados por fatores alheios às suas necessidades fisiológicas.

Esse deslocamento do controle alimentar interno para o externo compromete o processo de autorregulação e, a longo prazo, pode favorecer o surgimento de comportamentos alimentares disfuncionais. Tais alterações não apenas impactam a saúde física, por meio da predisposição ao excesso de peso ou à seletividade alimentar, como também podem afetar negativamente o bem-estar emocional da criança, enfraquecendo a construção de uma relação segura e prazerosa com a alimentação. Nesse contexto, o território simbólico da alimentação, enquanto espaço de trocas afetivas, vínculos e aprendizagens, é tensionado, perdendo sua função de acolhimento e descoberta, e assumindo, muitas vezes, contornos de conflito, obrigação e controle, que repercutem diretamente na forma como a criança se posiciona diante do ato de comer e das interações familiares à mesa.

O uso de aparelhos eletrônicos durante as refeições é pouco comum neste grupo, sendo mencionado apenas em casos esporádicos e sem associação direta à necessidade de distrair a criança para que ela coma. *“Às vezes o celular fica ali perto, mas ela come sem precisar disso”*.

Ainda que algumas crianças tenham suas preferências alimentares e rejeições pontuais, essas não interferem significativamente na alimentação geral, nem geram

preocupação por parte dos cuidadores. *“Ele não gosta muito de verdura, mas come arroz, feijão, carne e outras coisas sem problema”* (entrevistado 13).

Esses relatos evidenciam um cenário em que a alimentação é, em grande medida, vivida de forma espontânea e tranquila, sem a mediação excessiva de tecnologias ou de estratégias de distração. A presença de pequenas rejeições ou preferências alimentares é encarada com naturalidade pelos cuidadores, sem gerar conflitos ou preocupações exacerbadas, o que reforça a ideia de um ambiente alimentar estável e acolhedor. Nesse contexto, o território simbólico da alimentação se configura como um espaço de convivência e construção de vínculos, onde a criança pode desenvolver sua autonomia e formar uma relação saudável com o ato de comer, sustentada por práticas familiares coerentes e afetivas.

5.3.1.3. *Análise temática das práticas alimentares em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento e neurotípicas com distúrbio alimentar pediátrico (grupo 1)*

A análise das entrevistas realizadas com os cuidadores de crianças com TND e/ou DAP revelou um conjunto significativo de experiências, sentimentos e estratégias relacionados ao ato de alimentar. As falas transcritas permitiram identificar dois eixos temáticos, com duas categorias analíticas cada, os quais iluminam diferentes aspectos das dificuldades, das adaptações familiares e das práticas cotidianas que permeiam a alimentação na infância dentro de contextos complexos de desenvolvimento. (Quadro 5).

Quadro 5 - Resumo da Análise Temática – Grupo 1 (crianças com TND e/ou DAP)

TEMÁTICA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE FALAS/RELATOS
1. Desafios na relação da criança com o alimento	1.1 – Seletividade alimentar e aversões sensoriais	Dificuldades de aceitação alimentar relacionadas à textura, cor, cheiro, temperatura, formato dos alimentos ou forma de apresentação.	“Tem nojo do cheiro e vomita”; “Só come alimentos amarelos”; “Rejeita carne, verdura e alimentos com pedaços”.

	1.2 – Comportamentos alimentares mediadores (barganhas, punições, distrações)	Estratégias utilizadas para estimular ou forçar a alimentação: barganhas, uso de eletrônicos, punições ou insistência.	“Só come se estiver com a TV ligada”; “Faço barganha: se comer, ganha doce”; “Chora, mas eu insisto até comer”.
2. Práticas e ambientes familiares nas refeições	2.1 – Local, rotina e interações durante a alimentação	Condições do espaço e do momento da refeição, incluindo se há integração familiar, tranquilidade e adequação do local.	“Come em cima da cama vendo desenho”; “Sentamos todos à mesa e comemos juntos”; “Come no mesmo horário da família”.
	2.2 – Autonomia e interesse pelo alimento	Nível de autonomia para comer e demonstrar interesse pelos alimentos, como pegar comida sozinho, pedir por ela ou experimentar novos sabores.	“Pega banana na geladeira sozinho”; “Não demonstra interesse pela comida”; “Só come arroz, batata e pão”.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

A análise das entrevistas revelou que o comportamento alimentar de crianças com TND e/ou DAP é marcado por uma multiplicidade de fatores interdependentes. A seletividade alimentar e as aversões sensoriais se destacam como elementos centrais, muitas vezes agravadas pelas dificuldades de comunicação e pelas alterações sensoriais típicas de condições como o TEA. Além disso, aspectos emocionais e contextuais, como a pressão familiar e os desafios na estruturação de rotinas alimentares, também desempenham um papel crucial, influenciando diretamente a relação da criança com os alimentos e as estratégias de intervenção adotadas pelos cuidadores.

Diante disso, as famílias elaboram estratégias de mediação que, embora bem-intencionadas, podem reforçar a recusa alimentar ou estabelecer uma dependência em estímulos externos para viabilizar a alimentação. O uso de distrações eletrônicas, barganhas e até punições pode funcionar como paliativo, mas tende a dificultar a construção de uma relação saudável e autônoma com a comida.

Por outro lado, práticas familiares que valorizam a integração da criança às refeições coletivas, que mantêm ambientes tranquilos e estabelecem rotinas

consistentes, aparecem como facilitadores do desenvolvimento de bons hábitos alimentares. A autonomia alimentar, quando incentivada, favorece o interesse espontâneo, a curiosidade e a aceitação gradual de novos alimentos.

Ainda assim, mesmo nas famílias com práticas estruturadas, a presença de TND ou DAP exige um acompanhamento mais cuidadoso e, muitas vezes, multiprofissional, envolvendo nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A escuta sensível e individualizada dos cuidadores é essencial para o sucesso das intervenções.

Essa análise, ao dar voz às famílias, permite compreender os desafios concretos enfrentados por quem convive diariamente com essas crianças. Trata-se de um convite à construção de estratégias educativas e de cuidado que respeitem as particularidades de cada criança, valorizem o saber dos cuidadores e promovam o bem-estar integral na infância. Ao reconhecer o lar como um território simbólico de produção de sentidos, vínculos e práticas, essas estratégias tornam-se mais sensíveis às dinâmicas afetivas, culturais e sociais que moldam o cotidiano alimentar e o desenvolvimento infantil, favorecendo intervenções mais eficazes e humanizadas.

5.3.1.4. Temática 1 – Desafios na relação da criança com o alimento

Esta temática reúne aspectos ligados à maneira como as crianças reagem aos alimentos ofertados e como seus cuidadores lidam com essas reações. Engloba tanto os fatores sensoriais que interferem diretamente na aceitação alimentar quanto às estratégias mediadoras usadas pelas famílias para garantir que a criança se alimente.

Segundo Chatoor (2009), as dificuldades alimentares na infância, especialmente na fase pré-escolar, envolvem uma complexa interação entre fatores biológicos, sensoriais e emocionais, sendo a recusa alimentar uma manifestação frequente nesse período. Manifestada por comportamentos como birras à mesa, lentidão no ato de comer, tentativas de negociação, ingestão fragmentada ou mesmo o abandono do local das refeições, essa recusa é frequentemente interpretada como parte do desenvolvimento esperado (Kerzner *et al.*, 2015). No entanto, quando persistente, pode indicar um padrão de desregulação comportamental que merece atenção, especialmente se mantido além da infância média. Lucarelli, Vismara e Chatoor (2018) ressaltam que práticas parentais coercitivas ou ansiosas tendem a acentuar esses comportamentos, enquanto estratégias responsivas, baseadas na

escuta ativa e na exposição repetida sem pressão, favorecem maior aceitação alimentar. Além disso, fatores sensoriais também desempenham papel importante na seletividade alimentar, especialmente em crianças com maior sensibilidade oral ou histórico de transtornos do neurodesenvolvimento (Silverman *et al.*, 2020). Assim, compreender tanto os fatores intrínsecos à criança quanto os padrões de mediação familiar é essencial para a promoção de um comportamento alimentar saudável.

A recusa alimentar configura-se como um comportamento frequentemente observado durante a fase pré-escolar, caracterizando-se por manifestações como birras à mesa, lentidão no ato de comer, tentativas de negociação frente aos alimentos oferecidos, levantar-se durante as refeições e realizar ingestões fragmentadas ao longo do dia. Embora esse padrão comportamental seja considerado esperado para a faixa etária, em determinados casos ele pode se prolongar até a infância média ou mesmo persistir em fases posteriores do desenvolvimento infantil.

A manutenção desses comportamentos, para além do período esperado, pode estar associada a fatores contextuais, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social e familiar em que a criança está inserida. Aspectos como as práticas alimentares adotadas pelos cuidadores, o clima emocional durante as refeições e as estratégias de manejo, utilizadas frente à recusa alimentar, influenciam diretamente a formação dos hábitos e comportamentos alimentares da criança (Santos; Reis, 2024).

Nesse sentido, torna-se essencial compreender a recusa alimentar não apenas como uma fase transitória do desenvolvimento, mas como um fenômeno multifatorial, que exige uma escuta atenta à dinâmica relacional, às práticas parentais e aos sentidos atribuídos ao ato de alimentar no cotidiano. O espaço doméstico, enquanto território simbólico, é o cenário onde esses significados são construídos, negociados e transmitidos, tornando-se central na mediação entre as necessidades da criança e as expectativas dos adultos, e influenciando profundamente a forma como a alimentação é vivenciada ao longo da infância.

A. Categoria 1.1 – Seletividade alimentar e aversões sensoriais

Um número expressivo de entrevistados relatou dificuldades alimentares relacionadas a características sensoriais dos alimentos, tais como cor, cheiro, textura e temperatura. Crianças diagnosticadas com TEA, por exemplo, demonstraram hipersensibilidades alimentares acentuadas, o que se traduz em uma alimentação

extremamente seletiva. Como exemplifica uma cuidadora: *“Ele tem nojo, mas é quando é pedaços. Quando vê que é alguma comida mais molhada, já começa a ter ânsia.”* (Entrevistado 14)

A rejeição a alimentos de determinada cor também apareceu de forma recorrente: *“Ele só comia comida amarela. Hoje em dia dá uma tapiada, mas antes era só arroz e batata frita.”* (Entrevistado 15)

O impacto da textura é outro ponto sensível para algumas crianças: *“Ele tem muita dificuldade com textura, tem coisa que não engole de jeito nenhum.”* (entrevistado 16)

Essas resistências não se restringem à recusa, mas, em muitos casos, estão associadas a reações físicas como vômitos e engasgos: *“Ele engasga fácil, tosse quando tenta engolir carne, por exemplo.”* (Entrevistado 17).

A seletividade alimentar é um comportamento frequentemente observado na infância e, em muitos casos, está associada a **aversões sensoriais** relacionadas à textura, cor, cheiro ou temperatura dos alimentos. Crianças com sensibilidades sensoriais exacerbadas tendem a restringir seu repertório alimentar, recusando grupos inteiros de alimentos, o que pode comprometer o aporte nutricional e impactar negativamente o crescimento e o desenvolvimento (Silverman; Tarbell; Di Lorenzo, 2020). Segundo Chatoor (2009), esse padrão pode se intensificar quando os cuidadores, preocupados com a ingestão inadequada, adotam estratégias coercitivas, como forçar a alimentação ou usar recompensas, criando um ciclo de resistência e ansiedade alimentar. Do ponto de vista sensorial, estudiosos como Suarez, Nelson e Curtis (2014) e Cermak, Curtin e Bandini (2010) destacam que crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam maior propensão a dificuldades alimentares decorrentes da hiper-reatividade oral. Nesses casos, o acompanhamento interdisciplinar — envolvendo fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas — é fundamental para promover a dessensibilização gradual e ampliar o repertório alimentar de forma respeitosa e individualizada. Assim, compreender a seletividade alimentar a partir de uma perspectiva sensorial amplia as possibilidades de intervenção e evita a patologização precoce de comportamentos que, em alguns casos, podem fazer parte do desenvolvimento típico (Menezes, 2023).

Esses comportamentos indicam a necessidade de um olhar clínico e terapêutico mais refinado, que considere não apenas os nutrientes consumidos, mas também os aspectos subjetivos e sensoriais da alimentação infantil. O território

simbólico da alimentação nesse contexto, adquire um caráter ainda mais complexo, pois está imerso nas percepções sensoriais e emocionais da criança, moldadas por suas experiências e interações familiares. A alimentação, nesse caso, deixa de ser apenas uma prática nutricional e passa a envolver um processo sensorial e afetivo, no qual o espaço doméstico e os vínculos familiares desempenham papel fundamental na negociação dessas preferências e resistências.

B. Categoria 1.2 – Comportamentos alimentares mediadores (barganhas, punições, distrações)

Diante das dificuldades alimentares, os cuidadores desenvolvem estratégias variadas para lidar com a recusa ao alimento, muitas vezes recorrendo a barganhas, punições ou ao uso de distrações tecnológicas. Embora essas práticas possam apresentar resultados imediatos, tendem a reforçar padrões de dependência comportamental e dificultam a construção de hábitos alimentares saudáveis e autônomos. A barganha surge como recurso frequente, revelando uma dinâmica de troca que desloca o foco da alimentação para a obtenção de recompensas externas: *“Se ele comer, eu deixo ele ver o desenho. Se não comer, desligo a TV.”* (Entrevistado 18).

Comportamentos mediadores, como barganhas, punições e o uso de distrações durante as refeições, são estratégias amplamente utilizadas por cuidadores na tentativa de assegurar a ingestão alimentar por parte das crianças. No entanto, a literatura aponta que tais práticas, embora bem-intencionadas, podem interferir negativamente na autorregulação da fome e da saciedade e contribuir para o estabelecimento de uma relação conflituosa com os alimentos (Savage; Fisher; Birch, 2007). Quando os cuidadores utilizam recompensas alimentares (“se comer tudo, ganha sobremesa”) ou punições (“não vai sair da mesa até comer”), criam-se associações negativas com a alimentação, que podem aumentar a ansiedade e a resistência da criança (Chatoor, 2009). De maneira semelhante, o uso de distrações, como televisão, celulares ou brinquedos, pode desviar a atenção do ato de comer, tornando a criança dependente de estímulos externos para se alimentar, o que afeta a percepção dos sinais internos de saciedade (BRASIL, 2015). Práticas coercitivas e não responsivas também tendem a reforçar padrões de seletividade alimentar ou ingestão fragmentada, especialmente quando utilizadas de forma crônica e sem o

acompanhamento adequado. Portanto, recomenda-se que os cuidadores adotem estratégias baseadas em responsividade e modelagem positiva, promovendo um ambiente alimentar estruturado e emocionalmente seguro (Scaglioni; Salvioni; Galimberti, 2000).

Outros relatos indicam uma insistência contínua, que por vezes se aproxima da coerção: *“Eu ofereço, insisto, tento até ver que não tem jeito mesmo.”* (Entrevistado 18). O uso da punição também aparece como estratégia disciplinadora diante da recusa alimentar: *“Às vezes coloco de castigo se não quiser comer.”* (Entrevistado 19).

Além disso, em muitos casos, o ato de comer está condicionado à presença de estímulos audiovisuais, como televisão ou celular, funcionando como uma espécie de mediação compulsória para viabilizar a refeição: *“Geralmente ele come em cima da cama, assistindo televisão. Senão não come.”* (Entrevistado 20); *“Come vendo desenho, porque se eu tirar ele para.”* (Entrevistado 21).

Esses dados indicam que a alimentação infantil se transforma em uma negociação constante, permeada por jogos de poder e compensações, envolvendo o controle parental, os desejos infantis e mediações externas. Nesse contexto, o território simbólico da alimentação se manifesta como um campo de tensões e interações, onde o ato de comer deixa de ser uma prática exclusivamente nutricional e se torna um espaço de disputa e afirmação de identidade. As refeições, assim, não apenas refletem as dinâmicas familiares, mas também carregam significados culturais, emocionais e sociais que moldam a relação da criança com o alimento e com os cuidadores.

5.3.1.5. *Temática 2: Práticas e ambientes familiares nas refeições*

A segunda temática contempla aspectos do ambiente familiar, o modo como as refeições são estruturadas no dia a dia das famílias e como a criança se insere nesse processo, revelando seus níveis de autonomia e engajamento.

A. Categoria 2.1 – Local, rotina e interações durante a alimentação

O local e a rotina das refeições desempenham um papel central na formação dos hábitos alimentares, pois são elementos essenciais na construção do território simbólico da alimentação.

O local onde a criança realiza suas refeições, a rotina alimentar estabelecida e a qualidade das interações entre cuidadores e criança são fatores determinantes para o desenvolvimento de hábitos alimentares adequados. Estudos demonstram que ambientes tranquilos e adequados para as refeições, livres de distrações como televisão e aparelhos eletrônicos, facilitam o foco da criança no ato de comer e promovem a autorregulação da fome e saciedade (Brasil, 2015; Scaglioni; Salvioni; Galimberti, 2008). A previsibilidade e a regularidade da rotina alimentar são igualmente importantes, pois conferem segurança e estrutura, reduzindo comportamentos de recusa alimentar e seletividade (Silverman; Tarbell; Di Lorenzo, 2020). Além disso, as interações positivas — marcadas pela paciência, acolhimento e ausência de coerção — fortalecem o vínculo afetivo e ampliam o interesse da criança pelos alimentos (SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007). Por outro lado, refeições realizadas em locais improvisados, com horários irregulares e interações pautadas por conflitos, barganhas ou punições, podem intensificar a resistência alimentar e contribuir para o desenvolvimento de padrões alimentares disfuncionais (Chatoor, 2009; Lucarilli; Vismara; Chatoor, 2018). Assim, a literatura enfatiza que o cuidado com o espaço físico, a manutenção de uma rotina consistente e a qualidade das interações no momento da alimentação são fundamentais para a promoção da saúde alimentar e do bem-estar emocional da criança.

Algumas famílias relataram rotinas estruturadas e locais fixos, geralmente à mesa, enquanto outras apontaram ambientes mais improvisados, como sofá, cama ou em frente à televisão. *“Ele come na cama, no meu quarto, com o celular ou a televisão ligada”* (Entrevistado 22); *“A gente come todos juntos, sentados à mesa”* (Entrevistado 23)

Esse espaço de alimentação citado pelo entrevistado 23, além do físico, carrega significados culturais e emocionais importantes, refletindo práticas e valores da família.

Além do espaço físico, o envolvimento da família no momento da alimentação foi outro fator contrastante. Algumas crianças comem em horários diferentes, isoladas ou sem interação verbal: *“Ele come em horário diferente da família, sozinho e sem conversar”* (Entrevistado 24).

Outras famílias relatam um momento compartilhado: *“A gente conversa, canta enquanto ele come. Todo mundo junto.”* (Entrevistado 25)

Ambientes tranquilos e interativos favorecem o vínculo e o interesse pelo alimento, contribuindo para a construção de um território simbólico de alimentação mais positivo e acolhedor. Já as refeições isoladas ou permeadas por tensão podem reforçar padrões desorganizados de alimentação, dificultando o desenvolvimento de uma relação saudável com o ato de comer e com a família. Nesse sentido, o local e a dinâmica das refeições não são apenas um reflexo das práticas alimentares, mas também um espaço simbólico onde valores, afetos e interações familiares são expressos e negociados, moldando, assim, a experiência alimentar da criança.

B. Categoria 2.2 – Autonomia e interesse pelo alimento

A autonomia da criança na hora da alimentação também é um elemento chave para compreender o quanto ela se envolve no processo alimentar e como isso reflete em seu comportamento. Em muitos relatos, as crianças demonstraram capacidade para comer sozinhas, escolher alimentos e expressar preferências: *“Ele pega comida sozinho na geladeira, às vezes até exagera.”* (entrevistado 26); *“Ele come sozinho e fala quando está cheio.”* (Entrevistado 27)

Contudo, em outros casos, a criança apresenta comportamento passivo, com baixa iniciativa ou interesse pelo alimento: *“Não demonstra interesse nenhum, só mama leite com toddy”* (entrevistado 28); *“Não pede comida. Eu que tenho que lembrar”* (Entrevistado 29).

A resistência em experimentar novos alimentos também é mencionada: *“Só come arroz, batata frita e pão. Não aceita experimentar nada novo”* (Entrevistado 30).

Nesses casos, a autonomia alimentar da criança é reduzida e a alimentação acaba se tornando um espaço de forte dependência dos cuidadores, tanto no aspecto prático quanto emocional. O território simbólico da alimentação, nesse contexto, se vê restrito, pois a criança se encontra em um espaço onde o ato de comer está excessivamente mediado pelo outro, o que pode dificultar a construção de uma relação saudável e independente com o alimento. Esse cenário revela que a autonomia alimentar não se limita apenas ao ato físico de comer, mas envolve a capacidade de a criança interagir com a comida de maneira significativa e afirmativa dentro do seu ambiente familiar.

A autonomia constitui um processo ativo, contínuo e gradativo, cuja gênese ocorre na infância, sob orientação e influência direta dos pais, estendendo-se ao longo

de todo o ciclo vital (Spear; Kulbok, 2004). Esse processo implica o desenvolvimento do equilíbrio dinâmico entre o desejo de independência e a necessidade de pertencimento e conexão com o núcleo familiar e com a sociedade em geral.

Diversos fatores modulam esse percurso, sendo influenciado tanto por aspectos internos como autoestima, senso de competência e as formas de relação com figuras de autoridade, quanto por elementos externos, como a estrutura familiar, a qualidade das interações parentais e o ambiente sociocultural no qual a criança está inserida (Bronfenbrenner, 1996; Fuentes, 2001; Noom; Dekovic; Meeus, 2001; Oliva; Parra, 2001). A partir da interação entre esses fatores, consolidam-se as bases para o exercício da autonomia pessoal, cuja expressão é fundamental para o desenvolvimento saudável na infância e nas fases subsequentes da vida.

5.3.2 Diferenças na expressão dos distúrbios alimentares pediátricos entre crianças com e sem transtornos do neurodesenvolvimento

A análise das entrevistas realizadas com cuidadores de crianças com e sem TND evidenciou diferenças significativas na forma como se expressam o DAP nos dois grupos. Essas diferenças dizem respeito à intensidade das aversões sensoriais, ao padrão alimentar estabelecido, ao nível de autonomia das crianças durante as refeições, às estratégias parentais utilizadas e ao contexto social e ambiental das práticas alimentares. (Quadro 6).

Quadro 6 – Comparativo de expressão do DAP em Crianças com e sem TND

ASPECTO AVALIADO	CRIANÇAS COM TND	CRIANÇAS SEM TND
Aversões sensoriais (cheiro, cor, textura, temperatura).	Frequentes e intensas; causam vômito, recusa total, ou mal-estar físico.	Ocasionalmente presentes; mais tolerância e menos impacto físico.
Padrão alimentar.	Hiperfocalização em poucos alimentos (ex: arroz, batata frita, mamadeira).	Seletividade variável; aceitação maior com o tempo.
Autonomia na alimentação.	Reduzida; muitas vezes dependem de ajuda para comer ou precisam de estímulo constante.	Maior autonomia para comer e beber sozinho.

Uso de estratégias parentais.	Frequente uso de barganhas, distrações (TV/celular), insistência e até punições	Menor necessidade de mediação; alimentação mais fluida.
Local e ambiente da refeição.	Comum comer fora da mesa (cama, sofá); muitas vezes isolado.	Predominância de refeições à mesa, com a família.
Interação social durante a refeição.	Baixa interação; isolamento ou uso de eletrônicos.	Maior interação com familiares; refeições coletivas.
Flexibilidade alimentar	Baixa; resistência a novos alimentos, utensílios e locais	Maior abertura para experimentar, mesmo com preferências.
Expressão emocional relacionada à alimentação	Comum demonstrar choro, irritação, recusa prolongada	Mais frequente alegria ou tranquilidade durante a refeição.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Um dos aspectos mais marcantes nas crianças com TND foi a presença acentuada de aversões sensoriais. Textura, cor, cheiro e temperatura dos alimentos foram elementos frequentemente associados a recusa alimentar. Os relatos apontam para uma hipersensibilidade alimentar, especialmente em crianças diagnosticadas com TEA. Uma cuidadora relata: *“Ele vomita com cheiro de comida mais forte, não aceita pedaços, só líquido”* (Entrevistado 31). Já outra entrevistada afirma: *“Ele tem nojo, mas é quando é pedaços. Quando vê que é alguma comida mais molhada, já começa a ter ânsia”* (Entrevistado 32). Essas falas ilustram o desconforto extremo que certos alimentos provocam em crianças com TND, frequentemente culminando em vômitos e reações de repulsa física.

A recusa alimentar em crianças pode estar associada a uma multiplicidade de fatores, entre os quais se destacam os distúrbios do processamento sensorial. Segundo Navarrete-Muñoz *et al.* (2019), o processamento sensorial corresponde à capacidade do SNC de captar, interpretar e integrar os estímulos provenientes dos órgãos sensoriais, permitindo a formulação de respostas comportamentais apropriadas. No contexto da alimentação, essa integração envolve estímulos provenientes de diversos sistemas sensoriais como olfato, visão, paladar, audição, tato, propriocepção e sistema vestibular, os quais exercem influência direta sobre a aceitação ou rejeição dos alimentos.

Além dos aspectos relacionados à sensorialidade, outros fatores têm sido identificados como potenciais contribuintes para a seletividade alimentar em crianças com desenvolvimento típico. Entre eles, destacam-se as dificuldades nas interações familiares, alterações emocionais, práticas inadequadas durante a introdução alimentar e o processo de desmame, bem como a carência de informações por parte dos cuidadores, em especial os pais, acerca do desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. A realização das refeições em contextos desorganizados, sem regularidade de horários ou sem ambiente propício à socialização alimentar, também pode interferir negativamente na formação de hábitos alimentares saudáveis (Kachani *et al.*, 2005).

Nas crianças sem TND, embora também tenham sido identificadas manifestações de seletividade alimentar, estas foram menos intensas e mais pontuais. Em geral, a recusa esteve associada a preferências alimentares e não a respostas sensoriais exacerbadas. Uma cuidadora afirma: *“Ele não gosta de comida verde, mas come de tudo que a gente faz”* (Entrevistado 33), demonstrando uma seletividade mais branda, possivelmente transitória e influenciada por preferências alimentares comuns à faixa etária.

O padrão alimentar nas crianças com TND tende a ser mais rígido e restritivo, caracterizado por uma forte hiperfocalização em determinados alimentos. Muitos cuidadores relataram que seus filhos só aceitam alimentos específicos, como arroz, batata frita, mamadeira ou leite com achocolatado. *“Só quer mamadeira, às vezes banana. O resto ele recusa tudo”* (entrevistado 34). Essa rigidez alimentar é uma característica preocupante, pois limita a diversidade nutricional e pode levar a déficits alimentares importantes. Por outro lado, nas crianças sem TND, apesar de existirem preferências, foi mais comum encontrar relatos de aceitação de diferentes tipos de alimentos com o tempo. *“Come de tudo, só não gosta muito de jiló”* (entrevistado 35).

As particularidades alimentares observadas em indivíduos com TEA podem ser compreendidas como expressões dos interesses restritos e da rigidez cognitivo-comportamental que caracterizam esse transtorno. A seletividade alimentar, nesse contexto, constitui uma manifestação frequente dessa rigidez, refletindo-se na recusa sistemática em experimentar novos alimentos, na limitação a um repertório alimentar estreito, na dificuldade em aceitar variações quanto aos horários e ambientes das refeições, bem como na resistência a mudanças na apresentação dos alimentos ou no tipo de utensílios utilizados durante a alimentação (Marí-Bauset *et al.*, 2014).

Esses comportamentos alimentares inflexíveis não apenas refletem padrões cognitivos e sensoriais típicos do TEA, mas também podem impactar significativamente a qualidade nutricional da dieta e a dinâmica alimentar familiar. Dessa forma, torna-se essencial que profissionais de saúde e cuidadores estejam atentos a essas manifestações, promovendo intervenções interdisciplinares que considerem tanto os aspectos nutricionais quanto os desafios comportamentais e sensoriais envolvidos.

A autonomia alimentar também se mostrou distinta entre os dois grupos. Crianças sem TND demonstraram maior independência para comer sozinhas, escolher seus alimentos ou mesmo buscar espontaneamente algum item na geladeira ou no armário. *“Ele pega comida sozinho na geladeira, às vezes até exagera”* (entrevistado 35). Em contrapartida, em crianças com TND, a autonomia é muitas vezes limitada, seja por dificuldades motoras, cognitivas ou comportamentais. Em vários casos, o ato de se alimentar depende da mediação constante do adulto, como explica uma cuidadora: *“Ele não come sozinho, tem que ajudar sempre, tanto em casa quanto na escola”* (Entrevistado 36).

As estratégias parentais de manejo alimentar revelaram-se mais complexas e intensas nos casos de TND. Os cuidadores frequentemente recorrem a barganhas, ameaças, punições ou uso de eletrônicos para garantir que a criança se alimente. *“Tenho que colocar o desenho que ele gosta, senão não come”* (Entrevistado 37). Outro cuidador complementa: *“Se não comer, eu desligo a TV. Aí ele chora, mas acaba comendo”* (Entrevistado 38). Já em relação às crianças sem TND, a alimentação foi descrita como mais espontânea, com menor necessidade de negociação. *“Come com a gente, tranquilo, só não gosta de verdura”* (Entrevistado 39).

Outro ponto que se diferencia entre os grupos é o ambiente físico e social das refeições. Enquanto a maioria das crianças sem TND realiza as refeições à mesa, no mesmo horário da família e interagindo socialmente, muitas crianças com TND comem em locais alternativos, como cama ou sofá, e frequentemente utilizam televisão ou celular durante as refeições. *“Come em cima da cama vendo desenho. Se for à mesa, não aceita”* (Entrevistado 40). Essa diferença revela o quanto o ambiente alimentar estruturado favorece uma maior integração da criança ao ato alimentar, promovendo o desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Por fim, a expressão emocional da criança durante as refeições também se mostrou diferente. Crianças com TND frequentemente apresentam sinais de

sofrimento, como choro, birra ou recusa persistente, mesmo diante de estímulos positivos. Nas crianças sem TND, a alimentação tende a ser vivida de forma mais tranquila, prazerosa e interativa. Em contraste, alguns relatos indicam que, em outros contextos, o momento da refeição pode ser mais desafiador: *“Ele chora para não comer. Só aceita se for do jeito dele”* (Entrevistado 41). Em contraponto: *“Come com alegria, conversa com a gente”* (Entrevistado 42).

Essas diferenças evidenciam que o DAP, embora possa ocorrer em ambos os grupos, assume contornos distintos nas crianças com TND, sendo mais graves e persistentes, o que exige abordagens terapêuticas específicas. A associação entre dificuldades sensoriais, comportamentais e sociais próprias dos TND para a formação de um território simbólico alimentar mais comprometido, que requer não apenas acompanhamento nutricional, mas também uma atuação interdisciplinar envolvendo fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos.

Assim, compreender essas distinções é essencial para a construção de planos de cuidado mais efetivos e humanizados. Ao dar voz aos cuidadores, as entrevistas revelam o cotidiano de enfrentamento, adaptação e criatividade que permeia a alimentação dessas crianças. A escuta qualificada dessas narrativas é fundamental para avançarmos em políticas e práticas clínicas que respeitem a singularidade de cada trajetória alimentar e reconheçam o território simbólico único que cada criança constrói em torno da alimentação.

5.3.3 Diferenças nos comportamentos alimentares entre crianças com e sem DAP: um estudo comparativo entre dois grupos com e sem TND

O comportamento alimentar na infância reflete uma complexa interação entre fatores biológicos, sensoriais, afetivos e contextuais. A presente análise comparativa entre dois grupos de crianças – o primeiro composto por crianças com TND com DAP, e o segundo por crianças com e sem TND, mas sem DAP, permitiu evidenciar diferenças significativas nos padrões de alimentação, nas estratégias familiares adotadas e na qualidade da relação da criança com o alimento. A partir da análise qualitativa das entrevistas realizadas com os cuidadores, foram identificadas divergências importantes que se agrupam em cinco eixos: intensidade das dificuldades alimentares, estratégias mediadoras, ambiência alimentar, autonomia infantil e reações emocionais durante a alimentação.

O primeiro eixo diz respeito à intensidade das dificuldades alimentares. As crianças do grupo 1 apresentaram altos níveis de seletividade alimentar, acompanhados por respostas sensoriais exacerbadas. Foi comum encontrar relatos de recusa a alimentos por motivos relacionados à cor, cheiro, textura e temperatura, sendo frequente a presença de vômitos e ânsia diante de estímulos alimentares. Como relata uma mãe: *“Ele vomita com cheiro de comida mais forte, não aceita pedaços, só líquido”* (Entrevistado 43). Esse tipo de aversão é indicativo de um processamento sensorial alterado, característico de quadros de TEA e outros TND, com impacto direto sobre a diversidade alimentar.

Em contraste, o grupo 2 apresentou um comportamento alimentar mais flexível, com menor seletividade e ausência de reações físicas relevantes. Embora algumas crianças demonstrassem preferência por determinados alimentos e rejeição a outros, como verduras ou carnes, tais atitudes não comprometiam o ato alimentar em sua totalidade. Um cuidador relata: *“Ele não gosta muito de verdura, mas come arroz, feijão, carne, e outras coisas sem problema”*. (Entrevistado 44) A diversidade alimentar, neste grupo, foi mantida mesmo diante de pequenas restrições pontuais.

Em relação ao comportamento alimentar, indivíduos com TND tendem a apresentar, com maior frequência, padrões alimentares atípicos. Entre as manifestações mais comuns, destacam-se a seletividade alimentar, comportamentos perturbadores durante as refeições, repertório alimentar reduzido, ingestão excessivamente restrita ou, em alguns casos, exagerada, além da dificuldade em permanecer sentado à mesa durante o momento das refeições (Lemes *et al.*, 2023).

Essas características, frequentemente observadas nesse grupo, demandam atenção especializada, uma vez que podem comprometer tanto o estado nutricional quanto o convívio social e afetivo no ambiente familiar. A identificação precoce e a intervenção interdisciplinar são fundamentais para o manejo adequado dessas alterações alimentares, considerando suas múltiplas determinações: sensoriais, comportamentais, emocionais e ambientais.

No segundo eixo, destacam-se as estratégias mediadoras utilizadas pelos cuidadores. No grupo 1, os relatos evidenciaram a necessidade constante de negociação, com uso de barganhas, ameaças, distrações e, em alguns casos, punições. Uma mãe exemplifica: *“Tenho que colocar o desenho que ele gosta, senão não come”* (Entrevistado 45). Tais estratégias, embora muitas vezes inevitáveis no manejo da recusa alimentar, revelam um padrão de alimentação com forte

dependência de estímulos externos, o que compromete a autonomia e o vínculo da criança com a comida.

Por outro lado, os cuidadores do grupo 2 relataram uma menor necessidade de intervir para que a criança se alimentasse. A alimentação, neste grupo, era descrita como fluida, espontânea e natural. Como explica um pai: *“Não preciso prometer nada, ele come tranquilo”*. (Entrevistado 46) Essa diferença reflete não apenas o comportamento da criança, mas também o ambiente emocional em que o ato alimentar ocorre, marcado por menor tensão e maior confiança.

O ambiente físico e social das refeições, terceiro eixo da análise, também se mostrou contrastante entre os grupos. No grupo 1, era comum a realização das refeições em locais improvisados como a cama ou o sofá, com uso contínuo de televisão ou celular. A ausência de um ambiente estruturado e a não participação da criança na rotina familiar de alimentação reforçam um padrão de isolamento alimentar. Já no grupo 2, as refeições geralmente ocorriam à mesa, com a presença da família e interação social. *“A gente senta todo mundo junto, conversa enquanto come”* (Entrevistado 47).

Esse espaço de refeição estruturado não apenas facilita a aceitação alimentar, mas também favorece o desenvolvimento de hábitos saudáveis, criando um território simbólico alimentar que fortalece os vínculos familiares e promove uma relação mais consciente e prazerosa com a comida. O ambiente organizado e afetivamente acolhedor, ao ser compartilhado entre os membros da família, desempenha um papel fundamental na construção de uma alimentação integrada e no fortalecimento da identidade alimentar da criança. Esse território simbólico, assim, não é apenas um espaço físico, mas um campo relacional e emocional que influencia profundamente os hábitos alimentares e a saúde emocional da criança.

O quarto eixo refere-se à autonomia da criança no processo alimentar. Enquanto as crianças do grupo 1 frequentemente dependiam de ajuda para se alimentar ou recusavam comer sem a presença de alguém específico, as do grupo 2 demonstravam iniciativa, independência e capacidade de autorregulação. *“Ele pega comida sozinho na geladeira, às vezes até exagera”* (Entrevistado 48), relata um cuidador do grupo 2. Essa autonomia se estendia à escolha dos alimentos, à identificação dos próprios sinais de fome e saciedade e à experimentação de novos alimentos, ainda que com preferências estabelecidas. Em contraste, no grupo 1, o padrão alimentar era caracterizado por rigidez, com repetição de poucos alimentos e

resistência à novidade. *“Só come arroz, batata frita e pão. Não aceita experimentar nada novo”*, aponta uma mãe (entrevistada 49).

Por fim, o eixo das reações emocionais durante a alimentação revelou divergências expressivas. No grupo 1, a alimentação era frequentemente associada ao choro, à ansiedade e à resistência. Cuidadores relataram episódios de tensão e conflitos durante as refeições, o que contribui para um ciclo negativo entre alimento e afeto. *“Ele chora para não comer. Só aceita se for do jeito dele”*, ilustra uma entrevistada” (entrevistada 50).

No grupo 2, predominava a relação positiva com o alimento. As crianças demonstravam prazer em comer, curiosidade e envolvimento com o momento da refeição. *“Ela come feliz, conversa com a gente”*, relata uma cuidadora (entrevistada 51).

A comparação entre os dois grupos evidencia que, mesmo entre crianças com TND, a ausência de DAP permite um comportamento alimentar mais funcional, desde que o ambiente familiar ofereça suporte adequado. O território simbólico da alimentação, no qual as práticas familiares e as dinâmicas de cuidado se inscrevem, desempenha um papel crucial nesse processo. A presença de DAP, por sua vez, impõe desafios importantes à família, exigindo intervenções específicas e interdisciplinares. A autonomia, a rotina alimentar, o prazer em comer e o ambiente familiar acolhedor são elementos centrais para o desenvolvimento de um comportamento alimentar saudável. Esses fatores ajudam a construir um território simbólico de alimentação mais positivo, onde a criança pode se sentir segura, compreendida e apoiada em sua relação com a comida.

Esses dados reforçam a necessidade de atenção especializada para crianças com DAP, especialmente aquelas com TND, mas também indicam que práticas familiares estruturadas e afetivamente seguras podem atenuar dificuldades alimentares e promover a saúde nutricional e emocional da criança. Investir na orientação de cuidadores, na criação de rotinas positivas e na construção de vínculos durante a alimentação é um caminho fundamental para a prevenção de distúrbios e para a promoção do bem-estar infantil, criando um território simbólico que favorece não apenas o aspecto físico da alimentação, mas também seu significado emocional e social.

5.3.4 A alimentação como território afetivo e social na infância

A alimentação na infância é mais do que uma necessidade fisiológica: é um campo simbólico de construção de vínculos, expressão de afetos, socialização e disputa. Nos discursos de cuidadores de crianças com e sem TND, com ou sem DAP, foi possível identificar múltiplas dimensões do ato alimentar, organizadas em torno de três eixos interpretativos: o corpo como primeiro território, a mesa como espaço de significação e poder, e a alimentação como prática de socialização ou resistência.

A alimentação na infância é mais do que uma necessidade fisiológica: constitui um campo simbólico de construção de vínculos, expressão de afetos, socialização e disputa (Silva; Garret, 2019; Fischler, 2001). Nos discursos de cuidadores de crianças com e sem Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND), com ou sem Dificuldades Alimentares Pediátricas (DAP), foi possível identificar múltiplas dimensões do ato alimentar, organizadas em torno de três eixos interpretativos: o corpo como primeiro território, a mesa como espaço de significação e poder, e a alimentação como prática de socialização ou resistência.

Quadro 7 - Quadro Temático: Alimentação como Território Afetivo e Social na Infância

TEMÁTICA CENTRAL	CATEGORIA	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
Alimentação como território afetivo e social na infância	1. O corpo como primeiro território: vínculo, seio e primeiras relações	A alimentação, desde a amamentação, representa o primeiro espaço de troca afetiva. O corpo e o seio tornam-se território de acolhimento e iniciação das relações sociais.	Mamar no seio; ser alimentado no colo; troca de olhares com o cuidador durante as refeições.
	2. A mesa como território de significados e poder	A alimentação é um espaço onde se expressam sentidos, rotinas e disputas. Envolve a territorialidade alimentar e o controle parental.	Escolha dos alimentos; uso de barganhas; imposição de horários; recusa alimentar como resistência.
	3. Alimentar-se como forma de socializar, dominar ou resistir	O momento da refeição revela comportamentos de aproximação ou afastamento. Comer pode ser uma forma de conexão, submissão ou resistência.	Comer com a família ou sozinho; uso de eletrônicos; exigência de rituais; exploração de alimentos como expressão de autonomia.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

A alimentação pode ser compreendida como um território simbólico, afetivo e social, configurando-se como uma das primeiras experiências que inserem o corpo da criança em uma rede de relações, significados e afetos (Deleuze; Guattari, 1995; Haesbaert, 2004). Essa perspectiva encontra respaldo na literatura, que reconhece a alimentação não apenas como uma prática voltada à satisfação de necessidades fisiológicas, mas como um ato profundamente relacional, subjetivo e culturalmente mediado (Fischler, 2001; Silva; Garret, 2019). O momento da alimentação, portanto, ultrapassa sua função biológica, tornando-se um espaço de constituição de vínculos, de expressão de autoridade e de negociação de sentidos entre criança e cuidador.

A corporeidade, entendida como o espaço primordial onde a experiência humana se desenrola, configura-se como um verdadeiro território de significados. Essa noção, presente na fenomenologia, enfatiza que o corpo não é apenas um objeto físico, mas o meio pelo qual o indivíduo se relaciona com o mundo e constrói sua identidade. De acordo com Merleau-Ponty (1945/1994), o corpo é a base sensível da percepção, tornando-se um agente ativo na criação do sentido da realidade. Assim, o desenvolvimento humano e a formação do eu estão intrinsecamente ligados à vivência corporal, que molda e é moldada pelas interações sociais e ambientais.

Desde os primeiros momentos de vida, o ato de alimentar transcende a função nutricional. Como aponta Ramsay *et al.* (2011), alimentar um bebê é também construir um vínculo, estabelecer trocas simbólicas e afetivas que moldam o corpo como território de interações. Trata-se de uma experiência intersubjetiva na qual mãe e bebê desenvolvem códigos de comunicação e formas de negociação que atravessam o corpo, configurando modos de ser, estar e se relacionar com o mundo. Nesse processo, o corpo da criança se torna um território simbólico onde as primeiras experiências de afeto, cuidado e segurança são internalizadas, influenciando diretamente a construção da identidade e da autonomia alimentar.

O conceito de **corpo como território simbólico** parte da ideia de que o corpo humano não é apenas uma estrutura física ou biológica, mas também um espaço no qual se inscrevem significados, relações de poder, afetos e experiências sociais. Ou seja, o corpo funciona como um “território” que é continuamente marcado e atravessado por processos simbólicos e culturais.

Nesse sentido, o corpo torna-se o primeiro espaço onde a pessoa vivencia e internaliza suas relações com o mundo, com os outros e consigo mesma. Essas marcas simbólicas podem incluir normas sociais, práticas culturais, sentimentos de

pertencimento ou exclusão, bem como formas de controle e resistência. Por exemplo, nas relações alimentares, o corpo da criança é “território” das primeiras experiências de afeto, cuidado e conflito, e também onde se desenham padrões de autonomia e dependência.

Dessa forma, a alimentação no início da vida ocupa um papel central na constituição da subjetividade e na construção de vínculos sociais, revelando-se como uma prática atravessada por disputas, afetos e significados que excedem a dimensão biológica. Esse território simbólico da alimentação, moldado pelas interações iniciais, serve como uma base para a formação da relação futura da criança com a comida, com o corpo e com os outros, influenciando seus padrões alimentares e suas dinâmicas familiares ao longo do desenvolvimento. (Quadro 7).

Os dados analisados a partir das entrevistas demonstram que o comportamento alimentar infantil é profundamente influenciado pelas experiências iniciais de vínculo, pelas práticas familiares e pela forma como a alimentação é territorializada no cotidiano. Quando o corpo da criança é respeitado como território de expressão e quando a mesa é vivida como espaço de partilha e não de controle, o alimento se torna instrumento de prazer, autonomia e socialização.

Nas famílias do grupo 2, o alimento aparece como meio de afeto e organização. A criança come com autonomia, expressa desejos, participa das refeições em família e desenvolve repertório alimentar variado. A presença da mesa como território coletivo e estruturado favorece essa vivência.

Já no grupo 1, os desafios alimentares são marcados por seletividade intensa, recusa, rituais rígidos e dependência de distrações. A alimentação é mediada por estratégias coercitivas e pouco sensíveis, transformando o alimento em campo de disputa. O comportamento da criança expressa não apenas questões sensoriais ou neurodesenvolvimentais, mas também formas de resistência frente a um território em que ela pouco se reconhece.

De acordo com Perosa *et al.* (2011), o sucesso na alimentação infantil depende de uma combinação de fatores: as características da criança (como apetite e flexibilidade), as atitudes do cuidador (responsividade e sensibilidade) e o ambiente (pressões e rotina familiar). Os relatos dos pais refletem essas variáveis, como por exemplo: “Ele não demonstra muito interesse pela comida”, “Ele não gosta de verdura”, “Ele não come no mesmo horário que nós”, “Às vezes, quando ele não quer comer, eu dou uma punição”. Esses depoimentos evidenciam as dinâmicas entre a

criança, o cuidador e o ambiente, que influenciam diretamente os comportamentos alimentares.

Reconhecer a alimentação como um território afetivo e social é entender que comer vai além da simples ingestão de nutrientes; trata-se de integrar-se a algo maior: ao corpo, ao lar, à família e à cultura. É na maneira como esse território é cultivado e cuidado que se traçam os caminhos para o desenvolvimento de uma relação saudável entre a criança e o alimento, onde as experiências afetivas e sociais desempenham papel fundamental na construção dessa conexão.

A análise qualitativa deste estudo permitiu identificar três categorias centrais que revelam como o ato de alimentar-se se inscreve no campo da experiência sensível e cultural das crianças e seus cuidadores. A primeira delas trata do corpo como primeiro território, onde se dá o início das relações afetivas e alimentares, especialmente por meio da amamentação. A segunda categoria compreende a mesa como território de poder, em que o alimento é mediado por disputas, barganhas e dinâmicas de controle entre adultos e crianças. Já a terceira categoria revela o alimentar-se como forma de socialização e, simultaneamente, de resistência, uma prática na qual a criança expressa sua autonomia, desejos e recusas. Juntas, essas categorias permitem compreender a alimentação infantil como uma prática complexa, situada em múltiplos territórios simbólicos, onde se entrelaçam afeto, cultura, linguagem e identidade.

5.4 CATEGORIA 1 – O CORPO COMO PRIMEIRO TERRITÓRIO: VÍNCULO, SEIO E PRIMEIRAS RELAÇÕES

O primeiro território que a criança vivencia é o próprio corpo, onde se estabelece a relação com o seio, o toque, o colo e a presença do outro. A amamentação, nesse contexto, surge como um símbolo de vínculo e iniciação social. O ventre materno, considerado o primeiro território de toda criatura, é descrito como um "mar salino", oferecendo alimento e a satisfação de desejos. Com o nascimento, ocorre uma ruptura desse território inicial, e o espaço do bebê se expande para o corpo da mãe, especialmente para o seio materno. A partir desse momento, o bebê começa a estabelecer relações e a obter substâncias de outros territórios, incluindo os de outras espécies (Echeverri, 2004).

Uma mãe relatou: “Ela mamou até 3 anos. O peito era dela. Eu não tinha sossego, mas também era um momento nosso, era o jeito dela de ficar quietinha, de carinho.” Outros cuidadores também descreveram o momento da amamentação como central na criação do vínculo. Uma avó destacou: “Na hora de mamar ele ficava mais calmo, e dormia no meu colo.”

No grupo 1, algumas falas revelam interrupções precoces nesse processo: “Mamou pouco, porque chorava muito, parecia que não conseguia pegar direito. Fomos direto para a mamadeira.” Essa substituição precoce pode impactar o desenvolvimento do prazer oral, a segurança no ato de se alimentar e o vínculo inicial com o cuidador. O território do corpo, especialmente nos primeiros momentos de vida, é marcado tanto por afeto quanto por desafios e limitações. Um pai compartilhou o comportamento de sua filha: “Ela não gosta que toque nela para comer, se eu tentar dar comida, ela fica nervosa, tem que deixar no pratinho.”

Nesse sentido, o corpo da criança já se manifesta como um espaço de autonomia e fronteiras. Ele é, ao mesmo tempo, território de acolhimento e de resistência, onde as interações físicas e emocionais com os cuidadores estabelecem os primeiros laços de confiança e segurança, mas também onde se revelam os limites individuais e as primeiras formas de resistência às imposições externas. Esse território, em constante construção, reflete não apenas a relação da criança com o outro, mas também sua capacidade de afirmar sua própria identidade e suas necessidades, moldando, assim, a forma como ela se relaciona com o mundo ao seu redor.

5.5 CATEGORIA 2 – A MESA COMO TERRITÓRIO DE SIGNIFICADOS E PODER

Com o avanço do desenvolvimento infantil, o espaço da alimentação se desloca do colo para a mesa. Este novo território representa a coletividade, as regras sociais, os rituais familiares e também as disputas. A forma como a alimentação é organizada no cotidiano familiar revela muito sobre as relações de poder e o lugar da criança nesse contexto.

O estabelecimento do processo de sucção, e aleitamento materno exclusivo, se constitui numa apropriação concreta, com uma ação intencional do bebê, produzindo esse espaço de alimentação física e emocional, simbólica e concreta. Dentro de uma dimensão então social, cultural e emocional, esse controle do território

será delimitado por um tempo, enquanto o ator principal (o bebê) não se territorializa em outra forma de obter o alimento, através da Introdução alimentar, agora em outro espaço delimitado.

No grupo 2, muitas famílias descreveram o momento da refeição como algo estruturado, social e agradável, ressaltando a importância da interação e do convívio durante as refeições: “Aqui em casa a gente senta todo mundo junto pra comer. É a hora que conversa, que ela fala da escola. “Ela come na mesa, no mesmo horário que a gente. Gosta quando tá todo mundo junto.”

Essas falas indicam que a mesa se configura como um espaço de pertencimento, onde o alimento vai além da função nutricional, tornando-se um momento de socialização e prazer coletivo. A alimentação, nesse contexto, é marcada pela interação familiar, o que fortalece os laços afetivos e cria um ambiente acolhedor.

Por outro lado, no grupo 1, é comum que a alimentação ocorra de maneira isolada, muitas vezes fora da mesa, e com a dependência de distrações externas. Alguns relatos exemplificam essa realidade: “Ele come em cima da cama, vendo desenho. Se for na mesa, ele não aceita, começa a chorar.” “Se desligar o celular, ele para de comer na hora.”

Esses relatos evidenciam a falta de uma estruturação adequada do momento alimentar, indicando que o ato de comer se torna uma atividade mais solitária e vinculada a estímulos externos, como aparelhos eletrônicos, o que pode comprometer a qualidade da socialização e a construção de uma relação saudável com a alimentação.

Essas práticas demonstram que a mesa deixou de ser o território central do ato de alimentar. O alimento, nesse contexto, perde parte de sua função simbólica de encontro, transformando-se em um simples ato de ingestão, mediado por distrações externas. A refeição, que poderia ser um momento de conexão e socialização, é substituída por interações mais fragmentadas e impessoais, afetando a qualidade da experiência alimentar.

O conceito de território, quando aplicado ao contexto da alimentação infantil, vai além da dimensão física para abarcar aspectos simbólicos, sociais e culturais que influenciam as práticas alimentares e as relações entre crianças e cuidadores. Haesbaert (2004) destaca que o território é um espaço de significação e poder, onde se manifestam relações sociais complexas, que podem ser observadas, por exemplo, na dinâmica das refeições familiares. Fischler (2001) complementa ao afirmar que a

alimentação é um ato social e cultural carregado de sentidos que ultrapassam a mera ingestão de nutrientes, funcionando como um espaço de socialização, aprendizado e também de conflito e resistência. Nesse sentido, a territorialidade alimentar expressa não apenas o ato de comer, mas também as interações afetivas e culturais que se configuram ao redor da mesa (Silva; Garret, 2019). Esse entendimento reforça que a alimentação infantil é uma prática situada, atravessada por relações de poder e afetividade, na qual o território alimentário se constitui como um campo simbólico de negociação e construção de identidades (Counihan; Van Esterik, 2013).

O trecho de Saquet e Briskievicz (2009) evidencia a indissociabilidade entre os conceitos de território, territorialidade e identidade, que se entrelaçam de maneira contínua no processo de construção social. Esses elementos não se configuram de forma isolada, mas coexistem e se influenciam mutuamente, especialmente em contextos de desenvolvimento. Nesse sentido, o território transcende sua dimensão puramente geográfica, tornando-se um espaço carregado de significados, práticas sociais e relações simbólicas, historicamente construídos pelos sujeitos que o habitam.

A territorialidade, por sua vez, representa a expressão concreta dessa apropriação simbólica e material do espaço, revelando os modos de vida, os saberes locais, os usos cotidianos e os sentidos atribuídos ao território por distintos grupos sociais. Ela é uma manifestação da relação afetiva, cultural e política que os sujeitos estabelecem com o espaço que ocupam. No contexto da alimentação, essa territorialidade pode ser observada nas práticas alimentares das famílias e nas dinâmicas que envolvem o ato de comer, seja como um momento de prazer e conexão, seja como uma arena de poder e controle (Saquet; Briskievicz, 2009).

A identidade territorial emerge como o resultado da interação entre o espaço vivido e as experiências culturais dos sujeitos. Ela é moldada pelas práticas cotidianas, pelos vínculos de pertencimento e pelas memórias compartilhadas, estabelecendo uma relação íntima entre o espaço e a subjetividade das pessoas. Quando se observa as diferentes abordagens alimentares nos grupos estudados, percebe-se como o ambiente e as práticas familiares influenciam a construção dessa identidade alimentar. No grupo 1, por exemplo, a mesa de refeições pode se tornar um espaço de imposição e controle, em que o ato de comer é mediado por negociações de poder, como nas falas de pais que utilizam o alimento como

instrumento de barganha. A alimentação, nesse caso, se distancia da socialização e do prazer, tornando-se um campo de disputa.

Por outro lado, no grupo 2, a mesa se configura como um território relacional, onde o alimento é compartilhado de maneira respeitosa e sem pressões externas. As falas dos cuidadores nesse grupo revelam uma abordagem mais respeitosa, em que as preferências e os limites das crianças são reconhecidos e respeitados, criando um ambiente mais acolhedor e saudável para as práticas alimentares. Nesse contexto, a refeição torna-se um espaço de socialização, onde o alimento não é imposto, mas sim oferecido como uma oportunidade de união e prazer.

Esses contrastes evidenciam como o ambiente e as práticas familiares podem contribuir para a construção de diferentes identidades alimentares, que refletem tanto as relações de poder quanto as de afeto entre cuidadores e crianças. A mesa, enquanto território simbólico e físico se torna um espaço de construção identitária, onde as práticas alimentares não apenas nutrem o corpo, mas também consolidam relações sociais e afetivas. Dessa forma, a compreensão das dinâmicas alimentares nos diferentes contextos familiares é essencial para promover intervenções que respeitem as singularidades de cada território, favorecendo o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e a formação de vínculos afetivos sólidos.

A mesa, enquanto território, configura-se por fronteiras físicas — os lugares e objetos que a delimitam — e por fronteiras simbólicas, que envolvem normas culturais, hierarquias e regras de convivência, definindo quem participa e como se comporta nesse espaço (Fischler, 2001; Haesbaert, 2004). A materialidade da mesa e dos alimentos se imbricam com significados simbólicos profundos: o tipo de comida, a disposição dos pratos e os rituais de servir expressam cuidado, status social e identidade cultural, influenciando as interações e a experiência alimentar (Counihan; Van Esterik, 2013). Além disso, a mesa se torna um locus de memória e construção de narrativas identitárias, onde práticas alimentares, sabores e conversas perpetuam e transformam histórias familiares e culturais, afirmando pertencimento e continuidade entre gerações (Fischler, 2001; Silva; Garret, 2019). Dessa forma, a mesa é um espaço simbólico dinâmico, no qual o físico e o simbólico se entrelaçam, moldando a experiência social e afetiva da alimentação.

5.6 CATEGORIA 3 – ALIMENTAR-SE COMO FORMA DE SOCIALIZAR, DOMINAR OU RESISTIR

A alimentação não se resume apenas à ingestão de nutrientes; ela também é uma linguagem. A forma como a criança aceita, rejeita ou manipula o alimento expressa sua relação com o mundo, com os outros e consigo mesma. Alimentar-se, nesse sentido, é um ato simultaneamente de socialização e, muitas vezes, de resistência. A maneira como o alimento é vivido por cada criança revela sua construção simbólica e a forma como se posiciona no espaço afetivo e social em que está inserida.

No grupo 2, as crianças demonstraram um comportamento alimentar mais autônomo e prazeroso. As falas dos cuidadores indicam uma relação positiva e ativa com a comida, que é tratada como uma experiência de aprendizado e prazer: *“Ele pede comida quando tá com fome, vai lá e fala: mãe, quero banana.” “Ela vai na geladeira, pega iogurte, sabe abrir a tampa, come sozinha. “Come direitinho, se suja toda, mas não gosta que ajuda. Quer fazer sozinha”* (Entrevistada 17)

Esses relatos indicam que, para as crianças desse grupo, o ato de se alimentar é vivido como uma experiência ativa, onde elas têm voz, iniciativa e segurança. A autonomia é valorizada, e o prazer de comer é compartilhado, refletindo uma experiência mais tranquila e integrada com o ambiente.

Por outro lado, no grupo 1, surgem diversas falas que indicam recusa persistente e comportamentos alimentares mais rígidos, sugerindo um processo mais desafiador de aceitação do alimento: *“Só come arroz e batata frita. Qualquer coisa diferente ele nem olha.” “Se vê um alimento com pedaço, já começa a ter ânsia, fecha a boca e não come.” “Ela não pede comida, eu que tenho que lembrar. Fica o dia todo só com leite.”*

A alimentação neste grupo parece ser mais marcada pela resistência e pelo controle. A recusa ativa da criança, ou a tentativa de imposição por parte do cuidador, torna a mesa um campo de disputa e resistência. A recusa alimentar surge, em muitos casos, como uma das principais formas de controle sobre o ambiente: *“Se a comida não for do jeito que ele gosta, ele grita, joga o prato no chão.” “Não adianta falar, ele come o que quer, e do jeito que quer.” “Ele tem muita resistência em experimentar alimentos novos.” “Meu pai, Misericórdia, não come feijão de jeito nenhum”* (Entrevistada 18)

No campo dos estudos decoloniais e feministas, especialmente nos trabalhos latino-americanos, o conceito de corpo-território surge como uma crítica à cisão entre sujeito e espaço, mente e corpo, razão e afeto (Lugones, 2010; Mignolo, 2011). Ao pensar o corpo da criança como território, reconhece-se que ele constitui o primeiro espaço de resistência, agência e também de violação. Essa perspectiva é particularmente relevante ao considerar que práticas aparentemente banais, como a alimentação, podem desconsiderar os ritmos, desejos e necessidades da criança, reproduzindo formas sutis de controle e violência (Anzaldúa, 2015; Spivak, 1988).

Os relatos dos cuidadores evidenciam como o corpo da criança pode se tornar o espaço de disputas simbólicas e de controle, revelando fragilidades na construção de um vínculo seguro em torno do alimento.

Em contraste, no grupo 2, a abertura para novos alimentos e a experimentação estão mais presentes. A disposição das crianças para provar diferentes tipos de alimentos e a curiosidade demonstrada durante as refeições são indicativos de uma relação mais fluida com o alimento, onde o ato de comer é também um momento de socialização e conexão com outras experiências: *“Ela sempre quer provar o que a gente tá comendo, mesmo se não gostar depois.” “Ele gosta de comida diferente, gosta de ir no restaurante e escolher o que quer”*. (Entrevistada 19)

Essa disposição para experimentar reflete uma relação mais aberta com o alimento, em que a alimentação se torna um veículo de integração e aprendizado, conectando a criança a diferentes espaços, experiências e significados culturais.

A alimentação infantil transcende sua função biológica, configurando-se como um espaço simbólico e social onde se expressam relações de poder, identidade e resistência (Fischler, 2001; Silva; Garret, 2019). As formas pelas quais as crianças interagem com a comida — seja de modo autônomo e prazeroso ou através de comportamentos rígidos e resistivos — refletem as dinâmicas afetivas e as práticas familiares que as envolvem. Esse processo está profundamente relacionado ao conceito de corpo-território, no qual o corpo da criança representa o primeiro espaço para a construção da identidade, da autonomia e, simultaneamente, das limitações (Lugones, 2010; Haesbaert, 2004).

A combinação de métodos quantitativos e qualitativos na investigação possibilitou uma compreensão mais abrangente dessa realidade, evidenciando a necessidade de uma abordagem interdisciplinar atenta às práticas alimentares e aos

vínculos afetivos que as sustentam, elementos essenciais para a promoção de uma alimentação saudável e do desenvolvimento integral infantil (Mignolo, 2011).

5.7 RESULTADOS E DIMENSÕES COMPLEXAS DOS TND E DAP

A presente dissertação adotou uma abordagem metodológica mista, utilizando tanto técnicas quantitativas quanto qualitativas para investigar a associação entre TND e DAP em crianças de 3 a 6 anos no município de Governador Valadares-MG. Esta estratégia permitiu não apenas mensurar a magnitude estatística da associação entre os fenômenos estudados, mas também compreender as dimensões subjetivas, simbólicas e territoriais envolvidas na alimentação infantil. A integração dos resultados quantitativos e qualitativos proporciona, assim, uma análise ampliada e multifacetada da realidade investigada, dialogando com os pressupostos interdisciplinares da abordagem corpo-território.

A análise integrada dos achados quantitativos e qualitativos revela que o DAP não pode ser compreendido apenas como um problema biomédico ou comportamental isolado. Ao contrário, trata-se de um fenômeno complexo que envolve dimensões neurobiológicas, sensoriais, afetivas, territoriais e socioculturais. A maior prevalência de DAP entre crianças com TND identificada nas análises estatísticas ganha espessura interpretativa quando articulada às narrativas dos cuidadores, que revelam um cotidiano de disputas, resistências e negociações em torno do ato de alimentar-se.

Enquanto a análise estatística permite quantificar o risco aumentado de DAP nas crianças neuroatípicas, a análise temática ilumina as estratégias simbólicas e afetivas mobilizadas pelas crianças e seus cuidadores para lidar com as dificuldades alimentares. A alimentação emerge, assim, como uma prática social situada, permeada por relações de poder, de afeto e de identidade, nas quais o corpo da criança é o principal território de significação.

A concepção de corpo-território, articulada à teoria bioecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996), oferece um arcabouço teórico potente para compreender essa complexidade. O corpo da criança com TND é ao mesmo tempo biológico, sensorial e simbólico, sendo atravessado por múltiplas forças e dinâmicas que influenciam sua relação com o alimento. Da mesma forma, o território social em que essas crianças estão inseridas: famílias, escolas, serviços de saúde,

desempenham um papel determinante na potencialização ou mitigação dos riscos para DAP.

Ao considerar essas múltiplas dimensões, torna-se evidente que as intervenções voltadas para a prevenção e o tratamento dos DAP em crianças com TND ou crianças neurotípicas devem ser interdisciplinares e contextualmente situadas. Estratégias que ignorem as especificidades sensoriais, emocionais e sociais da alimentação tenderão ao fracasso ou à reprodução de práticas coercitivas, que podem agravar os quadros de resistência alimentar.

Nas escolas, práticas pedagógicas que respeitem as diferenças sensoriais e incentivem a autonomia alimentar podem ser ferramentas valiosas para a inclusão e promoção da saúde alimentar de crianças neuroatípicas. Nos serviços de saúde, a construção de planos terapêuticos individualizados, baseados na escuta qualificada dos cuidadores e no reconhecimento do corpo da criança como território de significações, representa uma estratégia ética e eficaz para o enfrentamento dos DAP.

Por fim, políticas públicas que fortaleçam redes de apoio social às famílias e garantam acesso a equipes interdisciplinares especializadas são fundamentais para reduzir as iniquidades que atravessam o campo da alimentação infantil, especialmente em populações vulnerabilizadas como a estudada neste trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal investigar a relação entre TND e DAP em crianças da primeira infância, no município de Governador Valadares-MG. A análise quantitativa realizada por meio da aplicação da EBAI em 74 crianças, igualmente distribuídas entre os grupos neurotípico e neuroatípico, revelou que, embora a razão de chances (Odds Ratio = 0,85) indicasse uma tendência à maior incidência de DAP em crianças com TND, essa associação não foi estatisticamente significativa. No entanto, os dados qualitativos, obtidos por meio de entrevistas com cuidadores, proporcionaram uma compreensão mais aprofundada do fenômeno, evidenciando padrões distintos de comportamento alimentar e práticas familiares entre os dois grupos.

As crianças com TND apresentaram maior prevalência de recusa alimentar associada a estímulos sensoriais, como textura e temperatura, além de dificuldades na introdução de novos alimentos. Por outro lado, práticas inadequadas, como o uso prolongado de mamadeira (média de 30,25 meses no grupo controle) e a presença constante de telas durante as refeições, também foram observadas entre as crianças neurotípicas. Esses dados sugerem que, embora o TND agrave certas manifestações alimentares, fatores culturais, emocionais e ambientais desempenham um papel determinante nos hábitos alimentares das crianças. Além disso, a prática das refeições em família, identificada como um fator protetivo para o desenvolvimento de comportamentos alimentares saudáveis foi pouco observada em ambos os grupos, refletindo possíveis transformações nas dinâmicas familiares contemporâneas.

A execução da metodologia proposta no estudo enfrentou alguns desafios. A resistência inicial de determinadas instituições escolares à participação na pesquisa, aliada à dificuldade de acesso direto aos pais e cuidadores, demandou a reformulação de estratégias de coleta de dados, exigindo flexibilidade e adaptação ao contexto local. A aplicação da EBAI demandou orientação cuidadosa, e a transcrição das entrevistas qualitativas exigiu tempo e rigor para garantir a fidelidade das falas dos participantes. Mesmo assim, a combinação do delineamento caso-controle com a abordagem qualitativa se mostrou eficaz para analisar a associação entre TND e DAP, permitindo não apenas a comparação entre os grupos, mas também a apreensão do contexto sociocultural que permeia as práticas alimentares.

A integração dos dados quantitativos e qualitativos possibilitou uma compreensão mais rica e crítica da associação entre TND e DAP em crianças da primeira infância em Governador Valadares. Ao unir números e narrativas, estatísticas e sentidos, o presente trabalho reafirma a importância de abordagens interdisciplinares que considerem as dimensões simbólicas e territoriais da infância. Mais do que medir prevalências, este estudo buscou escutar corpos, territórios e experiências. A alimentação, entendida como uma prática viva, reflete, expressa e molda a existência das crianças, sejam elas neurotípicas ou neuroatípicas.

Os achados desta dissertação oferecem importantes contribuições para a área da Fonoaudiologia, destacando a relevância do papel desse profissional na identificação precoce e no manejo das dificuldades alimentares, especialmente em crianças com disfunções sensorio-motoras orais. Para a saúde infantil e a educação, o estudo sinaliza a necessidade de práticas interdisciplinares que integrem educação nutricional, sensibilização parental e abordagens escolares que incentivem hábitos alimentares saudáveis.

O trabalho se destaca pela originalidade ao abordar, no contexto de Governador Valadares/MG, a interface entre TND e práticas alimentares na primeira infância, utilizando uma abordagem metodológica integrada e centrada no território. Considerando a escassez de estudos nacionais que investiguem a associação entre TND e DAP em populações escolares, esta pesquisa amplia o conhecimento científico sobre o tema e oferece subsídios concretos para a formulação de políticas públicas mais sensíveis às necessidades dessa população.

Com base nos resultados obtidos, recomenda-se a implementação de programas de capacitação para profissionais da saúde e da educação, focando na detecção precoce de DAP e nas estratégias de intervenção adequadas, respeitando as especificidades sensoriais, emocionais e culturais das crianças. Além disso, campanhas educativas voltadas aos cuidadores devem enfatizar a importância de práticas alimentares conscientes, da redução do uso de telas e da valorização dos momentos das refeições em família como espaços de vínculo e aprendizagem.

Sugere-se ainda a realização de estudos longitudinais que acompanhem o desenvolvimento de crianças com TND e DAP, analisando os impactos de diferentes práticas alimentares sobre o desempenho cognitivo, emocional e social. Investigações futuras poderiam explorar a influência do território escolar e familiar nas práticas alimentares, bem como o impacto de intervenções nutricionais e sensoriais

personalizadas. A análise das barreiras socioeconômicas enfrentadas por famílias em situação de vulnerabilidade também é fundamental para subsidiar políticas públicas mais inclusivas e eficazes no combate aos distúrbios alimentares na infância.

Por fim, os achados deste estudo reforçam a urgência da formação continuada de profissionais da educação, saúde e assistência social para o reconhecimento precoce de dificuldades alimentares em crianças, especialmente naquelas com diagnóstico de TND. Ampliar o olhar clínico significa compreender que o ato alimentar vai muito além da ingestão de nutrientes: ele envolve dimensões sensoriais, emocionais e relacionais profundamente enraizadas no corpo e na cultura. O corpo da criança, entendido como território simbólico, é o primeiro espaço de experiências, onde se inscrevem afetos, resistências e vínculos. Assim, práticas de cuidado mais sensíveis e interdisciplinares podem favorecer não apenas a nutrição, mas também a construção de uma relação mais segura, prazerosa e significativa com o alimento.

REFERÊNCIAS

- AARNOUDSE-MOENS, C. S. *et al.* Meta-análise dos resultados neurocomportamentais em crianças nascidas muito prematuras e/ou com peso muito baixo ao nascer. **Pediatrics**, v. 124, n. 2, p. 717–728, 2009. Disponível em: [https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/90040413/Aarnoudse-Moens%20Pediatrics%20124\(2\)%202009%20u.pdf](https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/90040413/Aarnoudse-Moens%20Pediatrics%20124(2)%202009%20u.pdf). Acesso em: 4 mar. 2025.
- ALIBRANDI, A. *et al.* Seletividade alimentar em crianças com transtorno do espectro autista: uma análise estatística no sul da Itália. **Children**, n.10, v. 9, p. 1553, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9067/10/9/1553>. Acesso em: 4 mar. 2025.
- AL-FARSI, Y. M. *et al.* Effect of suboptimal breast-feeding on occurrence of autism: a case–control study. **Nutrition**, v. 28, n. 7–8, p. e27–e32, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2012.01.007>. Acesso em: 8 ago. 2025.
- ANZALDÚA, G. Borderlands. **La Frontera: The New Mestiza**. 4. ed. San Francisco: Aunt Lute Books, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Acesso em: 08 ago. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1999.
- BEAUCHAMP, G. K.; Mennella, J. A. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, n.48, suppl 1, S25–S30, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19214055/>. Acesso em: 8 mar. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.
- BRASIL. **Protocolo de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas – Transtorno do Espectro do Autismo**. Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.
- BRITTO, P. R.; ENGLE, P. L.; SUPER, C. M. Early childhood development: Translating research to global policy. *In*: BRITTO, P. R.; ENGLE, P. L.; SUPER, C. M. (Eds.).

Handbook of early childhood development research and its impact on global policy. Oxford: Oxford University Press, 2013. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2013-03265-001>. Acesso em: 08 ago. 2025.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, Urie. **Making human beings human: bioecological perspectives on human development**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2004.

BRZÓSKA, A. *et al.* Eating Behaviors of Children with Autism—Pilot Study. **Nutrients**, n. 13, v. 8, 2687, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/8/2687>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BYRSKA, A. *et al.* Patterns of Food Selectivity among Children with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Clinical Medicine**, n. 12, v. 17, 5469, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/17/5469>. Acesso em: 8 mar. 2025.

CAMPOS, R. M. S.; COUTINHO, M. Alimentação e desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com atrasos no desenvolvimento. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 6, p. 1404–1411, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/xNCcbMn98qpgyzg8FjPngCQ>. Acesso em: 08 ago. 2025.

CARNELL, S.; BENSON, L.; DRIGGIN, E.; KOLBE, L. Parent feeding behavior and child appetite: Associations depend on feeding style. **International Journal of Eating Disorders**, n.47, v. 7, p.705–709, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22324>. Acesso em: 5 fev. 2025.

CARRUTH, B. R. *et al.* Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2–24 months). **Journal of the American College of Nutrition**, Washington, v. 23, n. 2, p. 126–135, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11999548/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

CERMAK, S. A.; CURTIN, C.; BANDINI, L. G. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 2, p. 238–246, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20102851/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

CERMAK, S. A.; CURTIS, A. B.; MURPHY, J. W. Why children with autism spectrum disorders do not eat: A summary of the literature and preliminary findings. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 24, n. 2, p. 165–180, 2010.

CHATOOR, I. **Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children**. Washington: Zero to Three Press, 2009.

CLOET, E.; JANSEN, A.; LEYS, M. Organizational perspectives and diagnostic evaluations for children with neurodevelopmental disorders. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 64, n. 1, p. 88–94, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.15009>. Acesso em: 4 mar. 2025.

CORONA MARTÍNEZ, L. A.; FONSECA HERNÁNDEZ, M. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. **Medisur**, v. 19, n. 2, p. 338–

341, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068639021/html/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

COUNIHAN, C.; VAN ESTERIK, P. (Eds.). **Food and culture: A reader**. 3. ed. New York: Routledge, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DINIZ, E.; KOLLER, S. H. O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 36, p. 65–76, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/rGkKHtMrZ4rRqJS8MT6WcHs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2025.

DINIZ, P. B. Recusar alimentar na infância – o que a fonoaudiologia tem a dizer e a contribuir. In: LEVY, D.S.; Almeida, S.T. **Disfagia infantil**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2018, p. 85-96.

DINKLER, L. *et al.* Etiology of the broad avoidant restrictive food intake disorder phenotype in a Swedish twin cohort. **JAMA Psychiatry**, v. 79, n. 6, p. 499–507, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0164>. Acesso em: 4 mar. 2025.

DINKLER, L. *et al.* Genetic and environmental etiology of restrictive eating disorders: a review. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 31, p. 427–442, 2022. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2801119>. Acesso em: 08 ago. 2025.

DODRILL, Pamela. New Diagnosis Codes Clarify Pediatric Feeding Disorder Reimbursement. **ASHA Journal**, v. 27, n. 2, p. 32–34, mar./abr. 2022. Disponível em: <https://leader.pubs.asha.org/doi/10.1044/leader.OTP2.27032022.32/full/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

DUNCOMBE LOWE, K. *et al.* Youth with avoidant/restrictive food intake disorder: examining differences by age, weight status, and symptom duration. **Nutrients**, v. 11, n. 8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu11081955>. Acesso em: 4 mar. 2025.

ECHEVERRÍ, J. A. Territorio como cuerpo y territorio como naturaleza: diálogo intercultural?. In: SURRALLÉS, A.; GARCÍA HIERRO, P. (orgs.). **Tierra adentro: territorio indígena y percepción del entorno**. Copenhagen: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas, 2004.

FISCHLER, C. Comer: o que está em jogo? In: FISCHLER, C. **Corpo e identidade: estudos de sociologia e antropologia da alimentação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FEEDING MATTERS. **ICFQ Infant and Children Feeding Questionnaire (on Line)**. Disponível em: <http://www.feedingmatters.org/questionnaire>. Acesso em: 27 mar. 2025.

FITZPATRICK, C.; PAGANI, L. S.; BARNETT, T. A. Prospective associations between early childhood television exposure and academic, psychosocial, and physical well-being by middle childhood. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 166, n. 7, p. 614–621, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439793/>. Acesso em: 08 ago. 2024.

FRANCÉS, L. *et al.* Prevalence, comorbidities, and profiles of neurodevelopmental disorders according to the DSM-5-TR in children aged 6 years old in a European region. **Frontiers in Psychiatry**, v. 14, 1260747, 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1260747/pdf>. Acesso em: 08 ago. 2025.

FUNG, E. B. *et al.* Feeding behaviors and nutritional outcomes in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 43, p. 2159–2173, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-013-1771-5>. Acesso em: 08 ago. 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa** (4. ed.). São Paulo: Atlas, 2002.

GODAY, P. S. *et al.* Pediatric feeding disorder: Consensus definition and conceptual framework. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 68, n. 1, p. 124–129, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30358739/>. Acesso em: 08 ago. 2025.

GORLA, J. I.; SOUZA, N. C.; REIS BURATTI, J. (Orgs.). **Transtornos do neurodesenvolvimento: conceitos, neurotopografia e aspectos psicomotores**. Campinas: AYA Editora, 2021.

HAASE, E. Transtornos de linguagem e comunicação no desenvolvimento infantil. **Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, v. 10, p. 88–101, 2009.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAYCRAFT, E.; BLISSETT, J. Predicting of paternal and maternal controlling feeding practices: An observational study of mothers with young children. **Appetite**, v. 58, n. 2, p. 777–782, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21371945/>. Acesso em: 08 ago. 2025.

HERPERTZ-DAHLMANN, B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 9, p. 12, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25455581/>. Acesso em: 08 ago. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiras com data de referência em 1º de julho de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 27 abr. 2025.

ISMAIL, Fatima Y.; SHAPIRO, Bruce K. What are neurodevelopmental disorders?. **Current Opinion in Neurology**, v. 32, n. 4, p. 611–616, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31116115/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

JUSTO, M. Z.; FERREIRA, V. Transformando o território: a importância da universidade de integração latino-americana para o desenvolvimento regional. **Revista Brasileira de Educação**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/5G5q4Xst8B3yVxJHKPgt9Cc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2025.

KATZ, Y.; GOLDBERG, Y.; MIMOUNI-BLOCH, A. Pediatric feeding disorder: Risk factors and comorbidities. **Scientific Reports**, v. 12, p. 8781, 2022.

KACHANI, A. T.; ABREU, C. L. M. de; LISBOA, S. B. H.; FISBERG, M. Seletividade alimentar da criança. **Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 48–60, 2005. Disponível em: <https://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/12/alimenta%C3%A7%C3%A3o-seletiva.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2025.

KAMBANIS, P. E. *et al.* Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 11, p. 1636–1646, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31702051/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

KERZNER, B. *et al.* A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. **Pediatrics**, v. 135, n. 2, p. 344–353, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560449/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

LEDFORD, J. R.; GAST, D. L. Feeding problems in children with autism spectrum disorders: **A review. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, v. 21, n. 3, p. 153–166, 2006. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10883576060210030401>. Acesso em: 08 ago. 2025.

LORD, C. *et al.* Autism spectrum disorder. **The Lancet**, v. 392, n. 10146, p. 508–520, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30078460/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

LUCARELLI, L.; VISMARA, L.; CHATOOR, I. Feeding disorders in infancy: The role of the mother-infant relationship. **International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 5, n. 4, p. 136–143, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12900710/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

LUGONES, M. Toward a Decolonial Feminism. **Hypatia**, v. 25, n. 4, p. 742–759, 2010. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/hypatia/article/abs/toward-a-decolonial-feminism/55AE2579879922FABD10230203ACFBA0>. Acesso em: 8 ago. 2025.

LUKENS, C. T.; SILVERMAN, A. H. Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. **Journal of pediatric psychology**, v.39, n.8, p. 903–917, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24934248/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

MADRUGA, S. W. *et al.* Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 376–386, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/F3BQcJqxyxmQcxfqVZCj5Zp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MAKINO, M.; TSUBOI, K.; DENNERSTEIN, L. Prevalence of eating disorders: A comparison of Western and non-Western countries. **Medscape General Medicine**, v. 6, n. 3, p. 49, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15520673/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

MARANHÃO, J. M.; PIRES, G. M. Transtornos do Neurodesenvolvimento: uma abordagem crítica. **Revista de Psicologia do Desenvolvimento**, v. 20, p. 45-60, 2017.

MARÍ-BAUSET, S. *et al.* Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. **Journal of Child Neurology**, v. 29, n. 11, p. 1554–1561, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24097852/>. Acesso em: 4 jan. 2025.

MARTINS, B. G. *et al.* Fazer refeições com os pais está associado à maior qualidade da alimentação de adolescentes brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gn4mx6pvVqNqJ5C8xb8DpxK/?lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MARTINS, Y. B.; FERREIRA, C. D.; SILVA, T. F. Avaliação de dificuldades alimentares em crianças: contribuições da EBAI e análise metodológica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, n. 1, p. 15–24, 2023.

MATOS, M. B. de *et al.* Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. **Revista Ciência em Saúde**, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d3vwgtrq5WgymDGt9W9tCH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MENEZES, A. C. G. Avaliação interdisciplinar em crianças com suspeita de TND: desafios e recomendações. **Revista NeuroDesenvolvimento**, v. 15, n. 2, p. 45–60, 2023.

MENEZES, M. A. Intervenções interdisciplinares em dificuldades alimentares na infância. In: SOUZA, L. R. *et al.* (Org.). **Neurodesenvolvimento infantil: avaliação e intervenção na prática clínica**. São Paulo: Memnon, 2023.

MENEZES, M. L. N. **A Construção de um Instrumento para Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem**: Idealização, estudo piloto para padronização e validação. 143 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de Sérgio Telles. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. (Original publicado em 1945).

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Editora: WMF Martins Fontes, 2006.

MIGNOLO, W. D. **The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options**. Durham: Duke University Press, 2011.

MONDARDO, Marcos Leandro. **Territórios de trânsito**: dos conflitos entre Guarani e Kaiowá, paraguaios e “gaúchos” à produção de multi/transterritorialidades na fronteira. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2018.

MOMM, N.; HÖFELMANN, D. A. Qualidade da dieta e fatores associados em crianças matriculadas em uma escola municipal de Itajaí, Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 32–39, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/FzYqw6wbNfsgzWpy3SmJdPj/>. Acesso em: 4 fev. 2025.

MORRIS-ROSENDAHL, D. J.; CROCQ, M. A. Neurodevelopmental disorders—the history and future of a diagnostic concept. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 22, n. 1, p. 65–72, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32699506/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MUDHOLKAR, A. *et al.* Factors associated with the early emergence of atypical feeding behaviours in infants and young children: a scoping review. **Child: Care, Health and Development**, v. 49, n. 1, p. 1–19, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35301737/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MUSSAP, M. *et al.* Alterations of the intestinal permeability are reflected by changes in the urine metabolome of young autistic children: preliminary results. **Metabolites**, v. 12, n. 2, p. 104, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35208179/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

NAVARRETE-MUÑOZ, E.M. *et al.* Reproducibility and validity of a short food frequency questionnaire for dietary assessment in children aged 7–9 years in Spain. **Nutrients**, v. 11, n. 4, p. 933, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31027207/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

NICELY, T. A. *et al.* The prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a sample of children and adolescents with feeding concerns. **Journal of Eating Disorders**, v. 2, n. 1, p. 1–9, 2014. Disponível em: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-014-0021-3>. Acesso em: 4 ago. 2025.

NOEL, R. J. Avoidant/restrictive food intake disorder and pediatric feeding disorder: the pediatric gastroenterology perspective. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 35, n. 5, p. 566–573, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37461875/>. Acesso em: 6 ago. 2025.

NORRIS, M. L. *et al.* Treatment needs and rates of mental health comorbidity in adolescent patients with avoidant restrictive food intake disorder. **Frontiers in**

Psychiatry, v. 12, p. 680298, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34349680/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

NOOM, M. J.; DEKOVIC, M.; MEEUS, W. H. J. Conceptual analysis and measurement of adolescent autonomy. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 30, p. 577–595, 2001. Disponível em: <https://lesfemmesd-alost.wdfiles.com/local--files/het-artikel/Wim%20Meeus%20Fulltext%20article.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025.

OLIVA, A.; PARRA, Á. Emotional autonomy during adolescence. **Infancia y Aprendizaje**, v. 24, n. 2, p. 181–196, 2001. Disponível em: https://personal.us.es/oliva/Parra_Oliva_EA.pdf. Acesso em: 17 jan. 2025.

OLIVEIRA, A. F.; PEREIRA, M. L.; SANTOS, A. L. **Comportamento alimentar infantil: aspectos clínicos e terapêuticos**. São Paulo: Editora Saúde, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10** (CID10). 1996. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/list-of-official-icd-10-updates>. Acesso em: 17 jan. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2001. Disponível em: www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health. Acesso em: 17 jan. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 11** (CID11). 2022. Disponível em: www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases. Acesso em: 17 jan. 2025.

ORTIZ PÉREZ, P. *et al.* Nutritional Issues in Children with Dysphagia. **Nutrients**, v. 16, n. 11, p. 1590, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/11/1590>. Acesso em: 8 ago. 2025.

PAGLIARO, M. *et al.* Gastrostomy tube feeding in children: a single center experience. **BMC Gastroenterology**, v. 25, p. 12, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12876-024-03582-4>. Acesso em: 08 ago. 2025.

PEARSON, N.; BIDDLE, S. J.; GORELY, T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. **Public Health Nutrition**, v. 12, n. 2, p. 267–283, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980008002589>. Acesso em: 08 ago. 2025.

PEROSA, G. B. *et al.* Estratégias alimentares de mães de crianças desnutridas e eutróficas: estudo qualitativo mediante observação gravada em vídeo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mQYB7jcsLPFSVJKwzrV7LsP/?lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2025.

PINTO, A. P. R.; OLIVEIRA, M. A. P.; SOUZA, C. R. **Atenção precoce e diagnóstico de autismo**: entre barreiras institucionais e invisibilidades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 7, 2019.

PLAZA-DÍAZ, J. *et al.* Autism spectrum disorder (ASD) with and without mental regression is associated with changes in the fecal microbiota. *Nutrients*, v. 11, n. 2, p. 337, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu11020337> . Acesso em: 08 ago. 2025.

POLANCZYK, G. V. *et al.* Mental health of children and adolescents: epidemiological data. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 37, n. 1, p. 1–6, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-0001> . Acesso em: 08 ago. 2025.

PUTANAR, R. *et al.* Association of breastfeeding duration with neurodevelopmental outcomes in an enriched familial likelihood cohort for autism spectrum disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, v. 55, n. 2, p. 345–356, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-024-01700-7> . Acesso em: 4 mar. 2025.

RAINE, A. Antisocial personality as a neurodevelopmental disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 14, p. 259–289, 2018. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084819> . Acesso em: 4 mar. 2025.

RAMSAY, M. *et al.*, The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: a brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics & Child Health*, v. 16, n. 3, p. 147–e17, 2011. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3077303/> . Acesso em: 4 mar. 2025.

RAPLEY, G.; VIEIRA, V. Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literature review. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 38, p. e2018084, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Gt4V9LBzQQM689XBjLfZkQw> . Acesso em: 4 mar. 2025.

RELVAS, M. P. **Neurociência e educação**: entre saberes e desafios. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2015.

RELVAS, M. P. Plasticidade neural, neurociência e educação: as bases do aprendizado. *Arquivos do Mudi*, v. 24, n. 2, p. 30–41, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/download/53548/751375150705> . Acesso em: 4 mar. 2025.

REIS, T. C. D. R.; NEVES, V. M. S. A atuação fonoaudiológica em crianças com seletividade alimentar: revisão integrativa de literatura. *Epitaya E-Books*, v. 1, n. 6, p. 243–256, 2022. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/413> . Acesso em: 14 mar. 2025.

ROCHA, M. F. A. *et al.* Consequências do uso excessivo de telas para a saúde infantil: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 4, e39211427476, 2022. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5655> . Acesso em: 14 mar. 2025.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 333–339, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/388>. Acesso em: 4 abr. 2025.

RONZAN, L. D. Comorbidades psiquiátricas no transtorno do espectro autista. **Revista Medicina**, v. 54, n. 2, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina/article/view/4827>. Acesso em: 23 fev. 2025.

ROSSELLI, F. T. Lesões hipóxico-isquêmicas e seus efeitos no desenvolvimento neurocognitivo. **Revista Brasileira de Neurociências**, v. 45, p. 123–134, 2010.

ROTTA, N.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. (Orgs.). **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SALDANERI, M.; SAURE, C.; FILOMENA, G.; SORAIZ, G.; ESMORIS, R.; MASSA, S.; GONZÁLEZ MOREIRA, D. J.. *et al.* Pediatric feeding disorders with severe nutritional impact: a comprehensive and interdisciplinary approach. **Areté**, v. 24, n. 1, p. 55–62, 2024. Disponível em: <https://arete.iberro.edu.co/article/view/art.24106>. Acesso em: 08 ago. 2025.

SAVAGE, J. S.; FISHER, J. O.; BIRCH, L. L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 35, n. 1, p. 22–34, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17341215/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

SCAGLIONI, S.; SALVIONI, M.; GALIMBERTI, C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. **British Journal of Nutrition**, v. 99, suppl. S1, p. S22–S25, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18257948/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

SDRAVOU, K. *et al.* Developmental feeding stages and their impact on child feeding behavior. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 77, n. 6, p. 769–778, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37490588/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

SILVA, R. M. *et al.* Atenção à criança com atraso no desenvolvimento: lacunas no processo diagnóstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 4, p. 1005–1014, 2021.

SILVA, T. P.; GARRET, A. M. T. A alimentação como prática social: sentidos atribuídos por mães em contextos de vulnerabilidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 29, n. 2, p. 221–229, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.157782>. Acesso em: 8 ago. 2025.

SILVERMAN, A. H.; TARBELL, S. E.; DI LORENZO, C. Sensory Processing and Feeding Problems in Children. *In*: FAURE, C. *et al.* (Ed.). **Pediatric Neurogastroenterology**. Cham: Springer, 2020.

SILVERMAN, A. H. *et al.* Clinical practice characteristics and provider perspectives of pediatric feeding disorder in the United States. **Journal of Pediatric**

Gastroenterology and Nutrition, v. 75, n. 1, p. 30–36, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003435> . Acesso em: 8 ago. 2025.

SISSON, S. B. et al. Screen time, physical activity, and overweight in U.S. youth: National Survey of Children's Health 2003. **Journal of Adolescent Health**, v. 47, n. 3, p. 309–311, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20708572/> . Acesso em: 8 ago. 2025.

SMINK, F. R. E.; VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Current Psychiatry Reports**, v. 14, n. 4, p. 406–414, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y> . Acesso em: 08 ago. 2025.

SPIVAK, G. C. Can the Subaltern Speak? *In*: NELSON, C.; GROSSBERG, L. (Eds.). **Marxism and the Interpretation of Culture**. University of Illinois Press, 1988.

SUAREZ, M. A.; NELSON, N. W.; CURTIS, A. B. Longitudinal follow-up of children with sensory processing challenges: Associations with eating behaviors and weight status. **Appetite**, v. 82, p. 59–63, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24121181/> . Acesso em: 8 ago. 2025.

STEINHAUSEN, H. C. Outcome of eating disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 18, n. 1, p. 225–242, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19014869/> . Acesso em: 8 ago. 2025.

TSENG, P. T. *et al.* Gastrointestinal and nutritional aspects in children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. **Nutritional Neuroscience**, v. 22, n. 8, p. 497–511, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1028415X.2019.1587063> . Acesso em: 08 ago. 2025.

TSENG, P. T. *et al.* Maternal breastfeeding and autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. **Nutritional neuroscience**, v.22, n.5, p.354–362, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29046132/> . Acesso em: 08 ago. 2025.

VAN DER HORST, K.; OENEMA, A.; BUIJZEN, M. Impact of family and child characteristics on the development of food intake patterns: a systematic review of the literature. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, n. 6, p. 1–11, 2013. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ejcn2013118> . Acesso em: 4 mar. 2025.

VASCONCELLOS, M. A. S. de; LOPES, L. M. **Macroeconomia: teoria e política econômica**. São Paulo: Atlas, 2005.

WEISS, B.; BELLINGER, D. C. Ecologia social da vulnerabilidade infantil a poluentes ambientais. **Environmental Health Perspectives**, v. 114, n. 10, p. 1479–1485, 2006. Disponível em: <https://ehp.niehs.nih.gov/toc/ehp/2006/114/10> . Acesso em: 4 mar. 2025.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo: algumas questões de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

YANG, Y. *et al.* Prevalence of neurodevelopmental disorders among US children and adolescents in 2019 and 2020. **Frontiers in Psychology**, v. 13, 997648, 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.997648/full>. Acesso em: 08 ago. 2025.

ZIMMERMAN, E.; DESCH, L. Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. **Pediatrics**, v. 129, n. 6, p. 1186–1189, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22641765/>. Acesso em: 8 ago. 2025

ZUCKERMAN, K. E. *et al.* Pediatrician identification of Latino children at risk for autism spectrum disorder. *Pediatrics*, v. 135, n. 3, p. 445–452, 2015.2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23958770/>. Acesso em: 8 ago. 2025.

ZINGLER, T. *et al.* How genetic analysis may contribute to the understanding of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 70, n. 1, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35428338/>. Acesso em: 4 mar. 2025.

ANEXO A – MEMORANDO SMED Nº 11/2024

Prefeitura Municipal de Governador Valadares
Secretaria Municipal de Educação – SMED
Departamento de Ensino – DE
Av. Minas Gerais, 1393 - Nossa Senhora das Graças - Governador Valadares/MG
CEP: 35060-360 – Telefone/WhatsApp: (33) 3271-8714

MEMORANDO/SMED/DE/Nº11/2024

Assunto: Resposta de Solicitação – Solicitação de autorização para realização de Pesquisa

De: Departamento de Ensino – DE


Para: Gabinete do Secretário

Governador Valadares, 09 de agosto de 2024

Senhor Secretário,

Com os devidos cumprimentos, declaro para os devidos fins que o Departamento de Ensino está de acordo com a execução do projeto de pesquisa e acesso às bases de dados informadas. Autorizo a execução da proposta de pesquisa.


Walice Soares Rodrigues
Diretor de Ensino

DEFERIDO

José Geraldo Lemos Prata
Secretário Municipal de Educação
Governador Valadares

Ilmo. Sr.
José Geraldo Lemos Prata
Secretário Municipal de Educação

ANEXO B – ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL (EBAI)

Data ____/____/____	Nome da criança _____						
Por favor, circule o número que corresponda a cada item. Observe que o significado dos números varia, não estão sempre na mesma ordem. Por favor, leia cada pergunta com atenção. Obrigada.							
1. O que você acha dos momentos de refeições com a sua criança?	1 Muito difícil	2	3	4	5	6	7 Fácil
2. Quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	1 Não estou preocupado	2	3	4	5	6	7 Estou muito preocupado
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem?	1 Nunca tem fome	2	3	4	5	6	7 Tem um bom apetite
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições?	1 No início da refeição	2	3	4	5	6	7 No fim da refeição
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?	1 1-10	2 11-20	3 21-30	4 31-40	5 41-50	6 51-60	7 >60 min
6. Como a sua criança se comporta durante a refeição?	1 Se comportaria bem	2	3	4	5	6	7 Faz grande bagunça, faz birra, manha
7. A sua criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Na maioria das vezes
8. A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir?	1 Na maioria das vezes	2	3	4	5	6	7 Nunca
9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma?	1 Nunca	2	3	4	5	6	7 Na maioria das vezes
10. Você precisa forçar a sua criança a comer ou beber?	1 Na maioria das vezes	2	3	4	5	6	7 Nunca
11. Como é a habilidade de mastigação (ou sucção da sua criança)?	1 Boa	2	3	4	5	6	7 Muito ruim
12. O que você acha do crescimento da sua criança?	1 Crescendo pouco	2	3	4	5	6	7 Crescendo bem
13. Como a alimentação da sua criança influencia a sua relação com ela?	1 De forma muito negativa	2	3	4	5	6	7 Não influencia nada
14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares?	1 Não influencia nada	2	3	4	5	6	7 De forma muito negativa

Fonte: Diniz, 2018.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa

Título: TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO E DAP (DISTÚRBIOS ALIMENTARES PEDIÁTRICOS) ENTRE ESCOLARES DA 1ª INFÂNCIA NO TERRITÓRIO DE GOVERNADOR VALADARES (MG).

Pesquisador Responsável: Maria Elisabeth Almeida Campos

Orientador: Leonardo Oliveira Leão e Silva

Contato com pesquisador responsável

Endereço: Rua Olegário Maciel 897 apt 202, Esplanda, Governador Valadares- Minas Gerais- CEP 35010200; e-mail: maria.campos@univale.br

Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável

1. Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação da Associação entre Transtornos do Neurodesenvolvimento e o Risco para Distúrbios Alimentares Pediátricos".
2. A pesquisa tem como objetivo investigar a relação entre Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND) e o risco de desenvolvimento de Distúrbios Alimentares Pediátricos (DAP) em crianças de 3 a 6 anos, por meio de entrevistas realizadas com os pais ou responsáveis.
3. Você será solicitado(a) a responder a um questionário que inclui a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) e questões sobre o perfil socioeconômico da família. Não serão realizadas entrevistas ou coletas de dados diretamente com as crianças; todas as informações serão obtidas exclusivamente por meio dos pais ou responsáveis. 3.1) Durante a entrevista, é muito importante que você responda com sinceridade. Caso alguma pergunta lhe cause desconforto, você poderá solicitar que o entrevistador passe para a próxima pergunta. 3.2) A pesquisadora registrará suas respostas em um gravador digital, e após a transcrição, os arquivos digitais serão apagados. Você terá acesso às suas respostas para análise, aprovação ou correções, bem como verificar se foi feito algum registro que utilize o seu nome ou o nome de seu filho(a). Caso considere que as respostas não estejam corretas, poderão ser feitas as correções necessárias. 3.3) A sua participação será apenas para fornecer as

respostas às perguntas. O tempo previsto para o preenchimento do questionário socioeconômico e da EBAI é de aproximadamente vinte minutos.

4. Antes de aceitar participar da pesquisa, você será orientado(a) sobre as instruções a seguir. Em caso de dúvidas, a pesquisadora estará à disposição para esclarecimentos. Você terá o tempo necessário para responder às perguntas. 4.1) Se, em algum momento, você não quiser responder a uma pergunta, poderá pedir para passar para a próxima. Durante a entrevista, a pesquisadora usará um gravador para registrar as respostas. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas e se foi feito algum registro que possa identificá-lo(a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo inclusive solicitar que o registro seja apagado. 4.2) A participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de aproximadamente cinquenta minutos.

5. Você pode se recusar a participar da pesquisa ou abandonar o procedimento de coleta de dados a qualquer momento, sem nenhum problema.

6. Serão garantidos o seu anonimato e privacidade. Na apresentação dos resultados, não serão citados os nomes dos participantes ou de suas crianças.

7. Fica assegurado a você o direito de pedir indenizações e cobertura material para reparação de danos diretos/indiretos e imediatos/tardios causados pela participação na pesquisa, caso algum dano seja causado.

8. Em caso de danos decorrentes da realização da pesquisa, haverá assistência integral, de maneira gratuita.

9. Caso você se sinta desconfortável, estressado(a) ou constrangido(a), a pesquisadora será comunicada para que suspenda a realização da entrevista. A pesquisadora também estará atenta aos sinais e interromperá a coleta de dados imediatamente, se identificar a ocorrência dos mesmos. Nesse caso, você receberá apoio emocional da pesquisadora, que procurará acalmá-lo(a). Serão respeitadas suas escolhas quanto à retomada da entrevista ou não, seu cancelamento ou reagendamento.

10. Preveem-se como benefícios desta pesquisa que os dados obtidos possibilitarão desenvolver estratégias de atenção à saúde de crianças e adolescentes, com vistas à boa alimentação e práticas de cuidado com a saúde mental. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado. Além disso, uma

cópia dos resultados será disponibilizada à escola onde seu filho(a) estuda, ficando à disposição de todos os participantes.

11. Os TCLEs e demais documentos que contenham algum tipo de identificação serão arquivados separadamente dos resultados obtidos, como forma de evitar a associação de nomes e resultados, resguardando a pesquisadora e os participantes.

12. Para garantir a integridade dos documentos produzidos no decorrer desta pesquisa, os documentos eletrônicos (gravações das entrevistas e bancos de dados) serão arquivados no computador do Núcleo de Pesquisa SAIS, com acesso protegido por senha. Posteriormente, serão armazenados em dispositivos externos portáteis, juntamente com os documentos físicos, no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS). Os dados coletados ficarão armazenados por um período de cinco anos, e após esse período, o material físico será incinerado e as mídias digitais excluídas dos arquivos de rede do laboratório.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo, com rubrica em todas as páginas do presente documento, indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento. Este documento será emitido em duas vias de igual teor e conteúdo, sendo uma delas destinada ao pesquisador e outra destinada ao participante. As vias serão assinadas em todas as páginas pelo pesquisador e pelo responsável.

() Sim, confirmo ter sido informado sobre o conteúdo deste termo e desejo participar da pesquisa.

() Não, confirmo ter sido informado sobre o conteúdo deste termo, mas não desejo participar da pesquisa.

Governador Valadares, _____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

APÊNDICE 2 – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE PESQUISA

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE PESQUISA	
Nome:	
Data nascimento:	Idade:
Sexo:	Raça:
Filiação:	
Endereço:	
Bairro:	
Cidade que vive: Governador Valadares	
Cidade que nasceu:	
Número de irmãos e sexo:	
Ocupação do pai:	
Ocupação da mãe:	
Escolaridade do pai:	
Escolaridade da mãe:	
Idade gestacional ao nascer:	
Tipo de parto:	
Apgar:	
Amamentação: () sim () não	
Tempo de amamentação:	
Início da transição alimentar:	
Dificuldade na aceitação do alimento:	
Quanto tempo de mamadeira:	
Persiste uso de mamadeira? () sim () não	
Uso de chupeta: () sim () não tempo de uso:	
Início da mastigação:	
Qualidade da mastigação: () boa () razoável () ruim	
Presença de engasgo:	
A criança tosse muito durante a refeição:	
Presença de vômito:	
Presença de vômito provocado ou reação de nojo:	
Reação aversão ao cheiro:	
Reação de aversão à cor:	
Reação de aversão à textura:	
Reação de aversão à temperatura:	
Uso de copo: () sim () não	
Local das refeições:	
Local da refeição é tranquilo:	
Local da refeição é adequado:	
A criança se sente segura e confortável no local:	
Usa algum aparelho eletrônico para se distrair na hora da refeição:	

Como você sabe que a criança está com fome:
Como você identifica que a criança já comeu o suficiente:
As refeições são diversificadas de sabores, cores, consistência:
Na hora da dieta você conversa com a criança:
A criança come em horário distinto da família:
A criança interage com as pessoas à mesa nas refeições:
A criança chora durante a refeição:
A criança demonstra alegria durante refeição:
A criança demonstra interesse na comida:
A criança escolhe o que quer comer:
A criança é forçada a comer a refeição:
Para que a criança coma é feita alguma barganha:
Para que a criança coma é feita alguma punição no caso de recusa:
Autonomia para comer:
Autonomia para beber:
O que gosta de comer:
O que não gosta de comer:
Seu filho se interessa pelos alimentos:
Seu filho pede por comida: () sim () não
Seu filho come bem fora de casa, em restaurantes, em festas:
Seu filho espontaneamente pega algum alimento para comer:
Seu filho só come quando você o alimenta:
Seu filho experimenta alimentos novos:
Seu filho tem alguma alergia alimentar:
Fica muito inquieto, agitado durante as dietas:
Come sempre no mesmo lugar;
Come sempre com os mesmos utensílios:
Tem intolerância a lactose:
Tem intolerância a glúten:
Seu filho tem algum ritual para comer:
Quantas refeições ele faz por dia:
Evita temperos fortes () sim () não
Local e data:
Entrevistador: