

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO DO NASCIMENTO À ADOLESCÊNCIA

Juliana Martins Monteiro

**Conceito de Violência Alimentar e sua Abordagem na Saúde:
Desenvolvimento de um Manual Educativo Digital**

São Paulo
2026

JULIANA MARTINS MONTEIRO

**Conceito de Violência Alimentar e sua Abordagem na Saúde:
Desenvolvimento de um Manual Educativo Digital**

Dissertação de Mestrado,
apresentado ao Curso de Mestrado
Profissional em Nutrição Do
Nascimento à Adolescência do
Centro Universitário São Camilo,
orientado pelo Prof Dr. Guido de
Paula Colares Neto, e coorientado
pela Prof^a Dra. Deborah Cristina
Landi Masquio

**São Paulo
2026**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani (a ser solicitada após a Defesa)

JULIANA MARTINS MONTEIRO

**Conceito de Violência Alimentar e sua Abordagem na Saúde:
Desenvolvimento de um Manual Educativo Digital**

São Paulo, __ de _____ de 2026.

Professor Orientador (Profº Dr. Guido de Paula Colares Neto)

Professor Coorientador (Profº Dra. Deborah Cristina Landi Masquio)

Professor Examinador ()

Professor Examinador ()

São Paulo

2026

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, inspiração e pela serenidade que me sustentaram ao longo desta caminhada.

Aos meus pais, Marisa (in memoriam) e Francisco, por todo amor, valores e incentivo que moldaram quem sou e me trouxeram até aqui.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Guido e Profa. Dra. Deborah, pela orientação cuidadosa, pela confiança e pelas contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos meus filhos, Maria Luisa e Pedro, que são a minha luz diária e a razão de muitas das minhas conquistas.

Ao meu companheiro, Fabio, pelo apoio constante, pela paciência e pela presença incondicional nos momentos desafiadores e nas alegrias.

E aos meus animais de estimação, cuja companhia afetuosa tornou leve cada dia de estudo e pesquisa.

Meu sincero agradecimento a todos que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso.

RESUMO

A violência alimentar na infância e adolescência é uma forma negligenciada de abuso que impacta profundamente o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes. Apesar de sua relevância para a saúde pública, esse fenômeno permanece frequentemente subdiagnosticado e insuficientemente abordado na formação dos profissionais da área da saúde. Diante disso, esta dissertação teve como objetivo desenvolver um e-book educativo destinado a graduandos e residentes da área da saúde, com a finalidade de apresentar o conceito de violência alimentar e orientar sua identificação e enfrentamento na prática profissional. Para fundamentar o material, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, contemplando estudos indexados nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde. A estratégia de busca utilizou descritores em inglês combinados por operadores booleanos, incluindo termos relacionados à violência alimentar, práticas alimentares inadequadas, crianças e adolescentes, educação em saúde e formação de profissionais de saúde. Foram incluídos estudos publicados nos últimos 15 anos, disponíveis em inglês, português ou espanhol, que abordassem violência alimentar ou práticas alimentares inadequadas em crianças e adolescentes, com ênfase em consequências para a saúde ou estratégias de prevenção e enfrentamento. Foram considerados elegíveis artigos originais, revisões sistemáticas, revisões integrativas e documentos de organizações internacionais com fundamentação científica. Foram excluídos estudos voltados exclusivamente à população adulta, publicações sem acesso ao texto completo, duplicatas, relatos de caso isolados, editoriais de opinião e resumos de congresso sem dados completos. As referências selecionadas foram submetidas à extração de dados e análise crítica, permitindo a sistematização das evidências que subsidiaram a elaboração do e-book, estruturado em cinco capítulos progressivos sobre fundamentos conceituais, implicações clínicas e estratégias de prevenção e intervenção, articulando perspectivas da saúde, dos direitos humanos e da formação profissional.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Maus-tratos infantis; Comportamento alimentar; Violência alimentar; Nutrição infantil; Educação em saúde.

ABSTRACT

Food-related violence in childhood and adolescence is a neglected form of abuse that profoundly affects the physical, emotional, and social development of children and adolescents. Despite its relevance to public health, this phenomenon remains frequently underdiagnosed and insufficiently addressed in the training of health professionals. In this context, this dissertation aimed to develop an educational e-book for undergraduate students and residents in the health field, with the purpose of presenting the concept of food-related violence and guiding its identification and management in professional practice. To support the development of the material, an integrative literature review was conducted, including studies indexed in PubMed, SciELO, and Biblioteca Virtual em Saúde. The search strategy used English descriptors combined with Boolean operators, including terms related to food-related violence, inadequate feeding practices, children and adolescents, health education, and health professionals' training. Studies published in the last 15 years and available in English, Portuguese, or Spanish were included if they addressed food-related violence or inappropriate feeding practices in children and adolescents, with emphasis on health consequences or strategies for prevention and management. Eligible sources included original articles, systematic reviews, integrative reviews, and documents from international organizations with scientific grounding. Studies focusing exclusively on adults, publications without full-text access, duplicates, isolated case reports, opinion editorials, and conference abstracts without complete data were excluded. The selected references underwent data extraction and critical analysis, enabling the systematization of evidence that supported the development of the e-book. The educational material was structured into five progressive chapters addressing conceptual foundations, clinical implications, and practical strategies for prevention and intervention, integrating perspectives from health, human rights, and professional training.

Keywords: Child; Adolescent; Child Abuse; Feeding Behavior; Food-related violence; Child Nutrition; Health Education.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Classificação dos níveis de segurança alimentar segundo a EBIA

QUADRO 2. Estilos e Práticas Alimentares Parentais

QUADRO 3. Consequências clínicas da Anorexia Nervosa (AN)

QUADRO 4. Consequências Clínicas na Bulimia Nervosa (BN)

QUADRO 5. Exames Complementares na Avaliação Nutricional de Crianças e Adolescentes

QUADRO 6. Estratégia de busca da revisão integrativa

QUADRO 7. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos na revisão integrativa

LISTA DE SIGLAS

NA = Anorexia Nervosa

BN = Bulimia Nervosa

DCNTs = Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EBIA = Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

ECA = Estatuto da Criança e do Adolescente

IAN = Insegurança Alimentar e Nutricional

IEP = Inventário de Estilos Parentais

IMC = Índice de Massa Corporal

LOSAN = Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

OMS = Organização Mundial da Saúde

PAA = Programa de Aquisição de Alimentos

PeNSE = Pesquisa Nacional de Saúde Escolar

PNAE = Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNSAN = Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Rede PENSSAN = Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional

SAN = Segurança Alimentar e Nutricional

SISAN = Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SPSP = Sociedade de Pediatria de São Paulo

TARE = Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo

TAs = Transtornos Alimentares

TCA = Transtorno de Compulsão Alimentar

TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1.	Insegurança alimentar e Políticas Públicas	
2.2.	Estilos parentais e Violência alimentar	
2.3.	Práticas alimentares parentais e Violência alimentar	
2.4.	Mídia e práticas alimentares	
2.5.	Negligência (quantitativa x qualitativa)	
2.6.	Consequências: doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição e deficiências nutricionais e transtornos alimentares	
2.7.	Manejo Clínico: identificação do problema e estratégias de intervenção	
3.	MÉTODOS	47
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.	CONCLUSÕES	151
6.	REFERÊNCIAS	153

1. INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes, de acordo com o Ministério da Saúde, pode ser definida como qualquer ato ou omissão dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às crianças e aos adolescentes (Brasil, 1993). Trata-se de um fenômeno universal que ocorre em diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, atingindo todas as classes sociais, etnias, religiões, raças e culturas, com grande impacto na morbimortalidade de suas vítimas (Secretaria da Saúde SP, 2007).

A temática da violência contra crianças e adolescentes passou a ocupar lugar de destaque na agenda política e social brasileira especialmente a partir dos anos 1990, quando foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei nº 8.069/1990 (Brasil, 1990). Esse marco legal consolidou a garantia dos direitos fundamentais da infância e da juventude, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de situações de violência, estabelecendo ainda a obrigatoriedade da identificação e notificação de casos suspeitos ou confirmados de agressões.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a violência infanto-juvenil em quatro grandes categorias: abuso físico, abuso sexual, violência emocional ou psicológica e negligência. Cada uma dessas formas pode acarretar consequências severas, afetando o bem-estar físico e mental, além de comprometer o desenvolvimento e a maturação biopsicossocial das crianças e adolescentes (World Health Organization, 2006). Por essa razão, a violência contra crianças e adolescentes deve ser considerada em sua totalidade, implantando-se medidas eficazes para sua prevenção e resolução (Nunes ; Sales, 2016).

Nesse cenário de múltiplas expressões da violência na infância, é imprescindível reconhecer que a alimentação também pode se configurar como um espaço de violação de direitos (Schneider et al., 2023). A privação alimentar, seja por negligência, omissão ou escassez de alimentos ou ainda a ausência de um ambiente acolhedor e seguro durante as refeições (práticas intencionais de punição ou controle excessivo) interferem diretamente no desenvolvimento

físico, cognitivo e emocional, além de expressarem relações marcadas por abandono, desigualdade e exclusão (Carvalho et al., 2015). Nessas circunstâncias, a alimentação deixa de ser um ato de sobrevivência e de cuidado e se transforma em um instrumento de violência, comprometendo a saúde integral da criança e violando princípios fundamentais de dignidade, afeto e proteção social, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e na Constituição Federal (Brasil, 1988).

Durante décadas a violência alimentar vem sendo tratada exclusivamente sob a ótica da insegurança alimentar, ou seja, a falta de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente para uma vida saudável. Ela ocorre quando a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) não é garantida integralmente e se consagrou pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006).

A Segurança Alimentar e Nutricional pode ser definida como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o atendimento de outras necessidades essenciais. Esse acesso deve ocorrer com base em práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis. Essa definição foi consolidada no Brasil durante a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2004) e amplia a compreensão da alimentação para além da simples disponibilidade de alimentos, incorporando dimensões relacionadas à qualidade nutricional, à adequação cultural, à sustentabilidade e à garantia do direito humano à alimentação adequada (LOSAN, 2006).

O relatório *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024* revelou que cerca de 735 milhões de pessoas estavam em situação de insegurança alimentar grave no mundo em 2023, sendo a América Latina uma das regiões com maior aumento proporcional nos últimos anos (FAO et al., 2024). No Brasil, os dados mais recentes da Rede PENSSAN (Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional) revelam que mais de 70 milhões de brasileiros convivem com algum grau de insegurança alimentar, sendo que cerca de 21 milhões enfrentam insegurança alimentar grave, ou seja, passam fome (REDE PENSSAN, 2023). As regiões Norte e

Nordeste apresentam maiores prevalências de Insegurança Alimentar associadas a piores condições de renda, trabalho, escolaridade e saúde infantil, enquanto as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste têm menores prevalências e vulnerabilidade. Esse contexto revela uma violência silenciosa, que compromete a saúde, o desenvolvimento físico e emocional, e a autonomia alimentar dos indivíduos (Bezerra et al., 2020).

No entanto, vale ressaltar que a violência relacionada à alimentação vai muito além da escassez ou irregularidade no acesso a alimentos e que ao compreendermos a insegurança alimentar como uma forma de violência alimentar (e não como sinônimo da mesma), ampliamos o olhar, incluindo no conceito de violência práticas parentais abusivas (castigos, restrições, recompensas e controle abusivo da alimentação), a negligência, a oferta de alimentos nutricionalmente inadequados e a desinformação.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 INSEGURANÇA ALIMENTAR E VIOLÊNCIA ALIMENTAR

A violência alimentar pode ser entendida como toda ação, omissão ou prática — intencional ou não — que fere o direito humano à alimentação nutricionalmente adequada, comprometendo (especialmente para crianças e adolescentes) o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar (Luz ; Coutinho, 2020). Trata-se de um conceito amplo, de violação ativa ou passiva de um direito fundamental, que pode se manifestar de diversas formas, entre as quais a insegurança alimentar - que está relacionada principalmente à insuficiência de recursos para aquisição de alimentos (Burlandy, 2018). Pode-se entender, dessa forma, que a insegurança alimentar constitui uma forma de violência alimentar, na medida em que nega de maneira estrutural e persistente o direito humano à alimentação adequada, reproduzindo desigualdades sociais e comprometendo a saúde e a dignidade dos indivíduos (Figueroa Pedraza, 2024).

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) constitui um direito humano fundamental, que garante a todas as pessoas o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o atendimento de outras necessidades essenciais. Esse conceito fundamenta-se em práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitam a diversidade cultural e sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2010). A violação desse direito configura a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), uma forma reconhecida de violência alimentar, cujas consequências impactam negativamente a saúde, o desenvolvimento cognitivo e a capacidade produtiva dos indivíduos (FAO et al., 2020).

A avaliação da SAN no Brasil é realizada, prioritariamente, por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), instrumento validado que mensura a percepção de fome e privação alimentar nos domicílios. A EBIA é reconhecida como o único indicador validado e recomendado para avaliação da SAN no país (Moraes et al., 2020), e permite classificar diretamente os domicílios quanto à suficiência e à qualidade alimentar, diferentemente de outros indicadores, como os de disponibilidade, consumo alimentar e antropometria,

que se referem de forma indireta a diferentes dimensões da SAN (Figuerola Pedraza, 2024).

Segundo a EBIA, os domicílios podem ser classificados em quatro níveis: (i) segurança alimentar, quando há acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente; (ii) insegurança alimentar leve, caracterizada pelo comprometimento da qualidade da alimentação, mas com manutenção da quantidade percebida como adequada; (iii) insegurança alimentar moderada, que envolve redução quantitativa dos alimentos entre os adultos da família; e (iv) insegurança alimentar grave, situação em que há comprometimento da qualidade e quantidade dos alimentos consumidos por todos os membros do domicílio, incluindo as crianças, podendo haver episódios de fome (Segall-Corrêa et al., 2014).

Quadro 1– Classificação dos níveis de segurança alimentar segundo a EBIA

Nível	Definição	Características principais
Segurança alimentar	Acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente	Alimentação adequada em termos de qualidade e quantidade, sem restrições ou preocupações quanto ao acesso aos alimentos
Insegurança alimentar leve	Comprometimento da qualidade da alimentação, com quantidade ainda percebida como adequada	Preocupação com o acesso aos alimentos no futuro; piora na qualidade da dieta, mas sem redução quantitativa significativa
Insegurança alimentar moderada	Redução quantitativa de alimentos entre os adultos da família	Restrição na quantidade de alimentos consumidos por adultos; da estratégias de adaptação para preservar a alimentação das crianças
Insegurança alimentar grave	Comprometimento da qualidade e quantidade dos alimentos consumidos por todos os membros do domicílio	Redução importante da ingestão alimentar de adultos e crianças; ocorrência de episódios de fome

Fonte: Adaptado de Segall-Corrêa et al. (2014).

Dados internacionais indicam que, no mundo, no triênio 2016–2018, mais de 1,9 bilhão de pessoas encontravam-se em situação de insegurança alimentar moderada ou grave, evidenciando a magnitude global do problema. A distribuição desse fenômeno, entretanto, é desigual entre as regiões do planeta. As maiores prevalências concentram-se na África, especialmente na África Subsaariana, e em partes da Ásia, onde fatores como pobreza estrutural, conflitos armados, instabilidade política e eventos climáticos extremos intensificam a vulnerabilidade alimentar das populações. Na América Latina e no Caribe, embora os indicadores historicamente tenham sido mais favoráveis quando comparados a outras regiões em desenvolvimento, observa-se nos últimos anos uma tendência de recrudescimento da insegurança alimentar associada a crises econômicas, desigualdades sociais persistentes e fragilização de políticas públicas de proteção social. Esse cenário evidencia que a insegurança alimentar constitui um desafio global complexo, influenciado por determinantes econômicos, sociais, políticos e ambientais, com repercussões diretas sobre a saúde e o desenvolvimento humano (FAO et al., 2019).

No Brasil, o cenário também revela desigualdades preocupantes. Estimativas apontam que 17,5% das famílias com crianças menores de cinco anos viviam em IAN moderada ou grave. Essa condição era ainda mais prevalente entre os beneficiários do Programa Bolsa Família (36,5%) e nas regiões Norte e Nordeste (30,7%), evidenciando as disparidades socioeconômicas e geográficas no acesso à alimentação adequada (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística., 2020).

A SAN é um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos da disponibilidade, acesso, utilização biológica dos alimentos e capacidade sociocultural para adquiri-los de forma adequada. Estudos recentes apontam que os principais determinantes sociais da insegurança alimentar em crianças menores de cinco anos incluem o baixo nível socioeconômico — especialmente das classes D e E —, a desestruturação familiar, a ausência de convivência materna com o parceiro, a baixa rede de apoio social e o recebimento do Bolsa Família em condições que não garantem a superação da vulnerabilidade alimentar (Figueroa; Pedraza, 2024). Além disso, fatores como o sobrepeso materno e a ausência de trabalho remunerado da mãe também estão associados a maiores níveis de IAN moderada ou grave, demonstrando como o contexto

social e familiar influencia diretamente o acesso das crianças à alimentação adequada.

As repercussões da IAN se expressam tanto na desnutrição quanto no excesso de peso e nas doenças crônicas não transmissíveis decorrentes de padrões alimentares inadequados. Embora a prevalência global de déficit de estatura em crianças menores de cinco anos tenha reduzido de 32,4% para 21,3% entre 2000 e 2019, cerca de 144 milhões de crianças ainda apresentavam esse agravo em 2019. Na América Latina e Caribe, essa prevalência caiu de 16,8% para 9,0% no mesmo período. Contudo, as desigualdades entre os países e no interior das nações ainda representam um obstáculo significativo para a erradicação da desnutrição infantil (FAO et al., 2019; UNICEF et al., 2020). No Brasil, a redução da desnutrição crônica foi expressiva entre 1996 e 2006, passando de 13,5% para 7,1%, impulsionada por melhorias no acesso aos serviços de saúde e educação. Ainda assim, o problema persiste entre populações vulneráveis, como indígenas, quilombolas e moradores das regiões Norte e Nordeste (Monteiro et al., 2010).

Em paralelo, observa-se um crescimento expressivo da prevalência de excesso de peso infantil, fenômeno que marca o processo de transição nutricional vivido no país. Em 2019, estimava-se que 47 milhões de crianças menores de cinco anos estavam acima do peso no mundo. Na América Latina e Caribe, essa prevalência aumentou de 6,6% em 2000 para 7,5% em 2019, enquanto no Brasil a média chegou a 18,7%, conforme revisão recente da literatura. Esse processo é multifatorial, englobando determinantes biológicos, psíquicos, sociais e ambientais (Gentil et al., 2023).

A coexistência de diferentes formas de má nutrição — desnutrição e obesidade —, inclusive no mesmo domicílio ou indivíduo, impõe um desafio às políticas públicas de SAN. Essa dupla carga nutricional está associada ao aumento da morbimortalidade infantil, prejuízos no desempenho escolar e na produtividade econômica, além de afetar diretamente o desenvolvimento humano, social e econômico das comunidades e das nações (FAO et al., 2020; Monteiro et al., 2010).

Nesse contexto, as políticas públicas brasileiras desempenham papel estratégico no enfrentamento da insegurança alimentar. A partir de 2003, com o lançamento do Programa Fome Zero, e posteriormente com a consolidação do

Programa Bolsa Família (2004), o país iniciou uma série de ações intersetoriais voltadas à promoção do acesso à alimentação adequada. Tais políticas incluíram transferência condicionada de renda, apoio à agricultura familiar, segurança alimentar comunitária e suplementação nutricional (Brasil, 2003; Pacto Contra Fome, 2023).

Outro avanço importante foi a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), por meio da Lei nº 11.346/2006, que instituiu a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e estabeleceu mecanismos de governança com participação da sociedade civil e articulação federativa (Brasil, 2006). No âmbito do SISAN, destacam-se programas como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), os quais fortalecem o direito humano à alimentação adequada e a economia da agricultura familiar (FNDE, 2013; Brasil, 2023).

Durante a pandemia de COVID-19, foram necessárias ações emergenciais, como a Renda Básica Emergencial e a distribuição de cestas básicas. No entanto, essas medidas pontuais não substituem a continuidade das políticas estruturantes (Gurgel et al., 2020). Com o retorno da fome nos anos recentes, o Brasil lançou o Plano Brasil Sem Fome (2023), que estabelece ações interministeriais para garantir o acesso universal à alimentação, com destaque para a Portaria MDS/MS nº 25/2023, que orienta a integração entre SUS, SUAS e SISAN, e reforça estratégias de educação alimentar, vigilância nutricional e ações de assistência alimentar no território (MDS/MS, 2023).

O êxito dessas iniciativas é evidenciado por dados recentes: em 2025, o Brasil foi oficialmente retirado do Mapa da Fome da ONU, com 24,4 milhões de brasileiros deixando de viver em situação de insegurança alimentar grave (El País, 2025). Tais resultados reforçam a importância da continuidade e ampliação das políticas públicas de segurança alimentar, especialmente aquelas voltadas à proteção da infância e adolescência, que constituem fases críticas para a formação do capital humano e social de uma nação.

2.2 ESTILOS PARENTAIS E VIOLÊNCIA ALIMENTAR

Estilo parental é o conjunto de práticas educativas parentais que o cuidador utiliza a fim de educar, disciplinar e desenvolver o comportamento da criança.

Os estudos sobre estilos de parentalidade e práticas educativas parentais começaram na década de 60, com Diana Baumrind, e ainda atualmente mostram-se extremamente relevantes, uma vez que a família é o primeiro contexto de desenvolvimento da criança e que se mantém ao longo da vida (Gomide, 2013; Papalia ; Martorell, 2022).

Foram descritos 4 estilos parentais: autoritário, permissivo, democrático ou autoritativo (Baumrind, 1966) e o negligente ou omissivo (Maccoby ; Martin, 1983). A parentalidade autoritária descreve pais que utilizam o controle coercitivo e visam obediência sem questionamentos. A parentalidade permissiva descreve pais com pouca exigência e alta responsividade, apresentando baixa monitoria do comportamento da criança. Já a parentalidade democrática (autoritativa) descreve pais que são amorosos e tolerantes, bem como exigentes no que tange a comportamentos pró-sociais, limites e regras. Posteriormente, os estudos de Maccoby e Martin (1983) adicionaram ao modelo original o estilo de parentalidade negligente ou omissa, descrevendo nesse estilo o padrão de comportamento de pais que concentram sua atenção e energia em suas próprias necessidades, mais que nos filhos (Papalia ; Martorell, 2022). Gomide (2013) propôs uma ampliação no modelo de parentalidade, destacando a importância de compreender as práticas educativas parentais de forma individualizada. Segundo o autor, o estilo parental corresponde à maneira singular com que cada cuidador combina suas estratégias de educação, socialização e controle do comportamento infantil (Gomide, 2006). Essas estratégias específicas são denominadas práticas educativas parentais e representam os modos concretos que mães, pais ou responsáveis utilizam para promover, manter ou modificar comportamentos nos filhos. No modelo teórico de Gomide (2006), são descritas sete práticas educativas, das quais cinco estão associadas ao risco de desenvolvimento de comportamentos antissociais — negligência, abuso físico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa —, e duas favorecem comportamentos pró-sociais: monitoria positiva e comportamento moral.

A **monitoria positiva** envolve atitudes parentais atentas à rotina dos filhos, seu paradeiro, suas atividades e relações sociais, promovendo um ambiente de escuta e comunicação que favorece o comportamento de autorrevelação por parte da criança (Gomide, 2006). Já o **comportamento moral** compreende

ações dos pais que transmitem valores e virtudes fundamentais para a convivência social e para a prevenção de comportamentos antissociais. Essa prática se desdobra em duas dimensões ao longo do desenvolvimento infantil: a *moral do bem* — que promove a autonomia e a cooperação —, e a *moral do dever e obediência*, pautada no respeito mútuo entre pais e filhos. A empatia também é um componente essencial do comportamento moral, sendo fortalecida quando a família oferece um espaço seguro, acolhedor e orientador. É natural que crianças testem limites em seu processo de amadurecimento; nesses momentos, torna-se crucial que os pais não apenas mostrem as consequências de seus atos, mas também as ajudem a reparar seus erros. Tais atitudes são consideradas práticas efetivas de comportamento moral (Gomide, 2006).

Entre as práticas de risco, o **abuso físico** é uma das mais prejudiciais, caracterizado pelo uso intencional da força com o objetivo de causar dor e corrigir comportamentos — como no caso das palmadas. Essa prática, além de ineficaz para ensinar o que é certo ou errado, transmite à criança a ideia de que ela mesma é o problema, sendo, muitas vezes, uma expressão da raiva do adulto (Gomide, 2013). Violências físicas ou simbólicas nesse contexto não apenas falham como métodos educativos, mas também se configuram como fatores etiológicos de problemas emocionais e psicossociais.

Outra prática negativa é a **disciplina relaxada**, que se refere à dificuldade dos cuidadores em sustentar regras e limites. Isso gera um ambiente permissivo onde a criança aprende a desobedecer, confrontar e até manipular os pais, resultando em insegurança e confusão quanto ao que é certo ou errado. A **monitoria negativa**, por sua vez, envolve uma supervisão excessivamente rígida e controladora, em que os pais impõem ordens constantes e pouco espaço para a autonomia da criança. Essa postura, além de gerar tensão nas relações familiares, pode levar a comportamentos agressivos e à diminuição da comunicação espontânea por parte dos filhos (Gomide, 2006).

A **negligência** se caracteriza pela ausência de respostas dos pais às necessidades emocionais, físicas e comunicativas dos filhos, criando um ambiente marcado por abandono e insegurança. Já a **punição inconsistente** ocorre quando a resposta dos pais ao comportamento da criança varia de acordo com o humor ou o momento, e não com a gravidade da conduta. Isso prejudica

a previsibilidade das consequências e dificulta o processo de aprendizagem da autorregulação (GOMIDE, 2006).

Com base nesse modelo, Gomide (2006) desenvolveu o Inventário de Estilos Parentais (IEP), uma ferramenta que avalia essas sete práticas e classifica o estilo parental em três níveis: positivo, médio e de risco. A aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP) possibilita a obtenção de escores específicos para cada uma das práticas educativas parentais, além de gerar um índice geral do estilo parental adotado pela família. Esses escores oferecem ao profissional uma compreensão detalhada sobre as estratégias utilizadas pelos cuidadores na educação e manejo do comportamento dos filhos, o que contribui significativamente para a escolha de intervenções mais adequadas — como orientações parentais, treinamentos ou processos terapêuticos. O IEP representa um avanço importante no contexto nacional, sendo o primeiro instrumento psicológico desenvolvido no Brasil com capacidade validada para avaliar, de forma sistemática, as práticas educativas parentais de crianças e adolescentes em situação de risco.

Diversas pesquisas vêm demonstrando que as práticas educativas parentais exercem papel significativo no desenvolvimento infantil, podendo prever uma ampla gama de comportamentos apresentados pelas crianças (Gomide, 2013; Moraes ; Batista, 2010; Salvo et al., 2005; Schapuis ; Toni, 2023; Schavarem ; Toni, 2019; Toni ; Hecavel, 2014). Entre esses comportamentos, o alimentar tem se destacado como um dos aspectos fortemente influenciados pelas atitudes e estratégias adotadas pelos cuidadores (Coelho, 2016; Huçalo; Ivatiuk, 2017; Mayer, 2011; Mayer et al., 2014; Pereira ; Lang, 2014; Prates et al., 2022; Silva et al., 2021).

O comportamento alimentar diz respeito ao modo como as pessoas se relacionam com os alimentos em seu cotidiano, abrangendo não apenas o que é consumido, mas também os contextos que envolvem esse ato — como o ambiente em que se come, o tempo dedicado à refeição, a forma de preparo e consumo, e os motivos que levam à alimentação. Mais do que uma simples escolha nutricional, trata-se de uma vivência complexa que integra fatores biológicos, emocionais, sociais e culturais. Na área da nutrição, esse comportamento tem sido amplamente estudado sob a ótica dos aspectos psicológicos que influenciam a ingestão alimentar, sendo entendido como um

conjunto de práticas individuais e coletivas relacionadas ao comer. A repetição dessas práticas ao longo do tempo contribui para a construção de hábitos alimentares, que podem favorecer ou comprometer a saúde, dependendo de como são internalizados e mantidos ao longo da vida (Klotz-Silva et al., 2014). Convém ressaltar que o comportamento alimentar infantil é um fenômeno multideterminado, resultante da interação entre fatores biológicos inatos, ambiente familiar e escolar, práticas parentais, além de condições socioeconômicas e culturais. Desde os primeiros momentos da vida, ainda na fase pré-natal, a alimentação da gestante já começa a influenciar as preferências do bebê em formação. Ao longo do tempo, essas preferências se transformam em hábitos alimentares, moldados continuamente pelas interações familiares, pelo ambiente (familiar e escolar) e pelas experiências cotidianas da criança e de seus cuidadores (Huçalo ; Ivatiuk, 2017; Pereira ; Lang, 2014). Trata-se de um processo dinâmico, sensível aos estilos parentais e passível de mudança e aprimoramento ao longo do desenvolvimento humano.

Diante do exposto, evidencia-se que os estilos parentais constituem um elemento estruturante do que conhecemos como práticas alimentares no ambiente familiar e exercem influência direta sobre a forma como crianças e adolescentes constroem sua relação com a alimentação, podendo contribuir tanto para a promoção de comportamentos alimentares saudáveis quanto para a perpetuação de formas de violência alimentar infantil (Alvarenga, 2001) (Quadro 1).

Quadro 2. Estilos e práticas alimentares parentais.

ESTILO PARENTAL	PRÁTICA ALIMENTAR PARENTAL
RESPONSIVO	• Orientam a alimentação da criança • Estabelecem limites • Comem como modelo e conversam sobre comida de forma positiva • Respondem aos sinais de fome da criança
CONTROLADOR	• Tentam controlar a alimentação da criança • Restringem alimentos da criança • Pressionam a criança para comer • Subornam a criança com recompensas • Ignoram os sinais de fome da criança
PERMISSIVO OU INDULGENTE	• Não estabelecem limites • Alimentam a criança com o quê, onde e quando ela quer • Preparam comidas especiais para a criança • Ignoram os sinais de fome da criança
NÃO ENVOLVIDO OU PASSIVO	• Desistem das responsabilidades alimentares • Não estabelecem limites • Ignoram os sinais de fome ou necessidades físicas e psicológicas da criança

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022.

2.3 PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS E VIOLÊNCIA ALIMENTAR

As práticas alimentares parentais são estratégias específicas utilizadas pelos pais para influenciar o tipo, a quantidade e o modo como os filhos se alimentam. Essas práticas vão além da oferta nutricional e afetam diretamente a relação da criança com a comida, podendo contribuir para o desenvolvimento de preferências alimentares saudáveis ou, ao contrário, para associações disfuncionais ou situações de violência. (Mayer et al., 2014).

Musher-Eizenman e Holub (2009) propuseram uma classificação abrangente das práticas alimentares parentais, que podem ser consideradas positivas ou negativas a depender do contexto em que são aplicadas. Essas práticas se relacionam diretamente com os estilos parentais e com as práticas educativas utilizadas pelos cuidadores, permitindo uma análise integrada entre

os domínios do comportamento alimentar e da educação parental. Os autores identificaram doze práticas alimentares parentais, as quais podem ser compreendidas à luz dos modelos teóricos de práticas educativas parentais, como os de Gomide (2001, 2006) e Alvarenga (2001). São elas:

1. **Controle da alimentação feito pela criança:** pode ser interpretado como estímulo à autonomia infantil. Em contextos positivos, essa autonomia favorece o desenvolvimento da independência e da autorregulação alimentar, sendo considerada uma prática educativa positiva. Contudo, em situações de ausência de supervisão, pode indicar negligência, monitoramento negativo ou disciplina relaxada — práticas parentais associadas a estilos educativos disfuncionais (Gomide, 2006).
2. **Uso do alimento como regulador emocional:** uma conduta considerada inadequada do ponto de vista educativo, pois condiciona a criança a associar a comida ao alívio de emoções negativas, e não à saciedade fisiológica. Essa associação pode contribuir para padrões alimentares desregulados e para o desenvolvimento de comportamentos alimentares não saudáveis. (Gomide, 2006).
3. **Incentivo ao equilíbrio e à variedade:** representa uma prática positiva, pois está relacionado à comunicação efetiva entre pais e filhos, à promoção da autonomia com orientação e ao diálogo construtivo sobre alimentação — aspectos descritos como fundamentais por Alvarenga (2001) e Silva (2000).
4. **Oferta de um ambiente com alimentos saudáveis:** também é vista como uma conduta educativa positiva. Ela demonstra o envolvimento ativo dos cuidadores na criação de um ambiente que favoreça escolhas alimentares adequadas, funcionando como estímulo discriminativo para o comportamento de comer de forma saudável.
5. **Uso de alimentos como recompensa:** é uma prática ambígua, que pode ser negativa ao reforçar a ideia de que a comida é um prêmio, contribuindo para o consumo emocional; por outro lado, pode ser positiva quando utilizada de forma contingente a comportamentos desejáveis, como o consumo de alimentos saudáveis ou a prática de atividades físicas. Essa prática dialoga com os conceitos de uso de consequências positivas (Alvarenga, 2001) e monitoramento positivo (Gomide, 2006).

6. **Envolvimento da criança nas decisões alimentares**, como participar de compras, planejar o cardápio ou escolher onde comer: é uma prática educativa parental positiva. Esse envolvimento promove autonomia, senso de responsabilidade e interesse pela alimentação, conforme defendido por Alvarenga (2001).
7. **Modelo alimentar** representa a conduta dos pais como referência para os filhos, sendo denominado por Alvarenga (2001) como "modelo positivo". Quando os pais adotam hábitos alimentares saudáveis, tornam-se exemplo concreto, fortalecendo o aprendizado por observação.
8. **Práticas de monitoramento e restrições alimentares**: estão associadas ao estabelecimento de regras e limites, e são consideradas práticas educativas positivas quando realizadas com coerência, respeito e clareza, conforme apontado por Alvarenga (2001) e Silva (2000).
9. **Pressão para comer**: é classificada como uma prática negativa, pois desconsidera os sinais internos de fome e saciedade da criança. Essa imposição desloca o controle alimentar para o desejo ou ordem dos pais, comprometendo a autorregulação e o bem-estar da criança.
10. e 11. **Práticas de restrição por saúde e restrição para controle de peso**: referem-se ao controle do consumo de alimentos menos saudáveis com objetivos distintos: a primeira, com foco na promoção da saúde; a segunda, com foco no controle do peso corporal. Ambas podem ser positivas quando aplicadas com sensibilidade e orientação, mas podem se tornar prejudiciais quando conduzem à rigidez excessiva ou à insatisfação corporal.
12. **Ensino sobre nutrição** é considerado uma prática educativa parental positiva, pois envolve a transmissão de conhecimentos sobre os alimentos e seus benefícios, promovendo escolhas alimentares conscientes. Essa prática se alinha à promoção da autonomia e ao incentivo à variedade e ao equilíbrio na alimentação.

Assim, a articulação entre as práticas alimentares parentais e os estilos educativos permite compreender como condutas aparentemente cotidianas podem refletir estratégias educativas mais amplas, com potencial para promover ou comprometer a saúde e o bem-estar infantil. As práticas alimentares parentais

têm sido amplamente investigadas nos últimos anos, especialmente por sua relação com o comportamento alimentar infantil e indicadores como o Índice de Massa Corporal (IMC). Um estudo transcultural realizado nos Estados Unidos e na França identificou diferenças entre os contextos: pais estadunidenses tendem a utilizar mais práticas alimentares não nutritivas e controle alimentar direto, enquanto os pais franceses demonstraram maior monitoramento e restrição alimentar voltada ao controle de peso (Musher-Eizenman et al., 2009).

Evidências adicionais demonstram que o uso da comida para regulação emocional está associado ao aumento do consumo alimentar mesmo na ausência de fome (Blissett ; Haycraft, 2008) e que práticas como evitação alimentar, controle materno excessivo e baixa promoção de uma alimentação variada estão relacionadas ao temperamento emocional infantil (Powell et al., 2011). No contexto brasileiro, Mayer (2011) identificou que a percepção das práticas alimentares varia conforme o sexo da criança, sendo mais positiva entre meninas, e que crianças com obesidade relatam maior frequência de práticas restritivas voltadas ao controle de peso. Por fim, um estudo longitudinal realizado por Rodgers et al. (2013) demonstrou que práticas parentais restritivas, especialmente aquelas associadas à regulação emocional e ao peso, estão prospectivamente relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos alimentares desadaptativos, como o comer emocional e o comer em excesso.

Portanto, como demonstram os estudos previamente apresentados, práticas alimentares parentais negativas estão associadas ao desenvolvimento de comportamentos alimentares desadaptativos, sofrimento psíquico e riscos à saúde física e mental. Embora muitas vezes adotadas com a intenção de orientar ou proteger, tais práticas podem configurar-se como uma forma de violência alimentar contra crianças e adolescentes. Essa violência manifesta-se por meio de ações que desrespeitam a autonomia alimentar da criança, negligenciam seus sinais internos de fome e saciedade, e instrumentalizam a alimentação como meio de controle emocional ou comportamental.

Por outro lado, estudo realizado por Pinheiro-Carozzo & de Oliveira (2017) indica que há uma percepção consciente por parte das crianças acerca das atitudes dos pais em relação à alimentação, refletindo tanto práticas educativas positivas quanto negativas. Essa percepção é fundamental para compreender como essas práticas influenciam o desenvolvimento do comportamento

alimentar infantil e aponta para a importância de estratégias parentais mais conscientes e equilibradas no ambiente familiar.

Embora haja uma evidente lacuna na literatura acadêmica sobre o reconhecimento explícito dessas práticas como formas de violência alimentar, esta dissertação propõe ampliar a discussão, sugerindo que práticas alimentares parentais negativas - que envolvem coerção alimentar, uso de recompensas com alimentos, restrições severas e pressão para comer - ultrapassam os limites do cuidado saudável e devem ser compreendidas como formas sutis, porém significativas, de violência, cujos efeitos se estendem para além da infância.

Reconhecer práticas alimentares parentais inadequadas como violência alimentar contribui para o fortalecimento de abordagens interdisciplinares que promovam práticas educativas mais respeitosas e saudáveis. Além disso, amplia a compreensão dos direitos da criança no campo da alimentação, indo além da garantia do acesso ao alimento e incluindo também o respeito à dignidade, ao bem-estar emocional e à autonomia alimentar no processo de desenvolvimento infantil. Assim, ao trazer essa proposta para o campo científico e das políticas públicas, espera-se fomentar reflexões e ações que colaborem para a promoção de uma alimentação verdadeiramente saudável, humanizada e livre de violência.

2.4 MÍDIA E PRÁTICAS ALIMENTARES

As mídias sociais (televisão, internet, redes sociais, jornais e revistas) exercem papel determinante na formação de hábitos alimentares de crianças e adolescentes, sendo reconhecida como um fator de risco relevante para a violência alimentar nesse grupo populacional. Moura (2010) propõe o conceito de **desenvolvimento consumidor**, no qual as crianças percorrem diferentes estágios que modulam sua relação com os produtos alimentares e com as mensagens publicitárias. Desde os primeiros anos de vida, a exposição aos estímulos audiovisuais molda o comportamento de consumo alimentar. Entre 0 e 2 anos, por exemplo, bebês já demonstram interesse por imagens coloridas e produtos expostos em prateleiras ao seu alcance, e, por volta dos 18 a 24 meses, começam a solicitar aos pais determinados itens com base nas associações feitas com propagandas. Nesse sentido, a publicidade televisiva que promove alimentos ultraprocessados — ricos em gordura, açúcar e aditivos

— passa a atuar não apenas como influência externa, mas como estruturante de preferências alimentares desde a primeira infância.

Na faixa de 2 a 5 anos, quando ainda há dificuldade em distinguir fantasia de realidade, as crianças interpretam os comerciais como verdadeiros e julgam os produtos com base em critérios como doçura, cor e associação com diversão, personagens ou brindes (Moura, 2010). Essa etapa é marcada por alta suscetibilidade a estratégias sensoriais e emocionais, o que aprofunda a vulnerabilidade a práticas de marketing abusivas e desinformativas. Entre os 5 e 8 anos, já com maior capacidade de julgamento, as crianças começam a articular pedidos mais elaborados e a negociar com adultos, sendo influenciadas pela opinião de colegas e por marcas. A partir dos 8 anos até a pré-adolescência, o consumo é guiado por identificação com grupos, estilo de vida e status, promovidos por marcas que se tornam símbolos de pertencimento e aceitação social. Dessa forma, o processo de desenvolvimento consumidor está diretamente imbricado à construção simbólica da alimentação, mediada por interesses comerciais que pouco dialogam com saúde, bem-estar e autonomia alimentar (Moura, 2010). A relação entre mídia e alimentação inadequada é também evidenciada pelo tempo diário excessivo dedicado às telas, fenômeno que assume caráter global. Nos Estados Unidos, crianças de 8 a 12 anos gastam em média de quatro a seis horas por dia em uso de telas, enquanto os adolescentes passam em torno de nove horas diárias (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2020). Já no contexto brasileiro, também se observa um tempo excessivo de exposição às telas entre crianças e adolescentes, situação fortemente associada à popularização e ao maior acesso aos dispositivos eletrônicos (Felisoni ; Godoi, 2018). A Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) de 2019, publicada em 2022, identificou que 40% dos estudantes do nono ano do ensino fundamental assistiam à televisão por duas ou mais horas diariamente (IBGE, 2022). Além da televisão, a ampliação do acesso a computadores, celulares e tablets diversificou as possibilidades de exposição, configurando novos desafios para o monitoramento do tempo de tela (IBGE, 2020). Estudos recentes demonstram que o uso prolongado de dispositivos eletrônicos contribui para a redução da prática de atividades físicas, o aumento do comportamento sedentário e a adoção de padrões alimentares inadequados, caracterizados pelo elevado consumo de alimentos

ultraprocessados e pela baixa ingestão de alimentos in natura ou minimamente processados (Antoniassi et al., 2024). Antoniassi et al. (2024), observaram que 74,4 % dos adolescentes ultrapassaram o limite recomendado de duas horas diárias de tela, sendo a televisão a modalidade mais prevalente (56,5 %), seguida por telas portáteis, como celulares e computadores (53,2 %), e videogames (22,0 %). O tempo excessivo de TV esteve associado a dietas de pior qualidade, com maior presença de ultraprocessados, enquanto o uso prolongado de videogames relacionou-se à baixa qualidade alimentar, à menor renda do entorno escolar e a ambientes pouco favoráveis à atividade física.

O marketing de alimentos veiculado nas mídias exerce forte influência sobre os hábitos alimentares de crianças e adolescentes, favorecendo escolhas pouco saudáveis e contribuindo para desfechos negativos à saúde. De acordo com a revisão de Cruz et al. (2021), as estratégias de publicidade voltadas ao público infantil utilizam-se de cores chamativas, personagens animados, promoções, brindes e linguagem persuasiva, com o objetivo de criar vínculos afetivos e estimular o consumo de produtos ultraprocessados. Essa exposição frequente promove não apenas a substituição de alimentos nutritivos por opções de baixo valor nutricional, mas também está relacionada ao aumento da prevalência de obesidade infantil, ao surgimento de transtornos alimentares e a alterações na percepção da imagem corporal entre adolescentes. Os autores destacam que o impacto global dessas práticas mercadológicas evidencia a necessidade de regulamentações mais rígidas quanto à publicidade direcionada a esse público, uma vez que o consumo estimulado pela mídia pode comprometer o crescimento saudável, predispor ao desenvolvimento precoce de doenças crônicas e gerar repercussões psicológicas significativas. Existe uma quantidade significativa de anúncios que reforçam a preferência por alimentos ultraprocessados, promovendo o consumo impulsivo e associando determinados produtos a imagens de felicidade, sucesso ou aceitação social. Moura (2010) destaca ainda que tais estratégias utilizam personagens infantis, músicas cativantes e contextos de diversão, reforçando simbolicamente a identificação da criança com o produto anunciado. Esse processo de manipulação simbólica impacta não apenas as escolhas alimentares, mas também o bem-estar emocional da criança, podendo gerar sentimentos de inadequação, frustração e

conflitos familiares quando não atendidos seus desejos de consumo alimentares estimulados pela propaganda (Moura, 2010)

Além disso, o impacto da mídia não se restringe à promoção de produtos alimentares. O culto à magreza, intensamente veiculado desde a segunda metade do século XX, reforçado atualmente pelas redes sociais e outros meios de comunicação, impõe um ideal estético inatingível para a maioria dos adolescentes, especialmente para meninas. Tal ideal associa magreza à beleza, autocontrole e sucesso, promovendo a insatisfação corporal e aumentando a propensão a práticas alimentares não saudáveis, como dietas restritivas, compulsões alimentares e comportamentos compensatórios, como jejuns prolongados ou vômitos autoinduzidos. Esses comportamentos, muitas vezes normalizados ou até incentivados no ambiente digital, contribuem para o desenvolvimento de transtornos alimentares como anorexia nervosa, bulimia e transtorno de compulsão alimentar periódica, caracterizados por severas alterações na relação com a comida e com o próprio corpo (Moura, 2010).

Dessa forma, a mídia configura-se como um agente promotor de **violência alimentar estrutural**, uma vez que utiliza de forma sistemática e planejada a linguagem simbólica, emocional e aspiracional para induzir escolhas alimentares que contrariam os princípios de saúde e bem-estar, ao mesmo tempo em que impõe padrões estéticos excludentes. Assim, ao interferir de maneira significativa tanto nas escolhas alimentares quanto na imagem corporal, a mídia reforça desigualdades, vulnerabilidades e práticas alimentares nocivas que atentam contra a dignidade e o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes (Bittar ; Soares, 2020).

3.4 NEGLIGÊNCIA

A negligência é considerada uma das formas mais comuns de violência contra crianças e adolescentes, caracterizando-se por omissões que comprometem o atendimento às necessidades básicas dessa população, incluindo alimentação, saúde, segurança e afeto (SBP, 2022). No campo da nutrição, a negligência se expressa de maneira particular, sendo reconhecida como uma forma de violência alimentar, a qual pode ocorrer de forma quantitativa, pela privação de alimentos suficientes, ou qualitativa, pela oferta de

alimentos inadequados, além da ausência de supervisão ou orientação dos responsáveis nas escolhas alimentares infantis (Pedroso ; Leite, 2023).

A negligência alimentar quantitativa refere-se à oferta insuficiente de alimentos, resultando em fome, desnutrição, déficit de crescimento e comprometimento do desenvolvimento infantil. Já a negligência qualitativa, muitas vezes invisibilizada ou socialmente tolerada, se manifesta na oferta de alimentos ultraprocessados, com baixo valor nutricional, favorecendo a instalação de deficiências nutricionais ocultas, obesidade infantil, e síndrome metabólica (Monteiro et al., 2018).

Ocorre também negligência alimentar quando há desinformação, despreparo ou desinteresse dos responsáveis em orientar e acompanhar a alimentação da criança, permitindo escolhas prejudiciais, frequentemente influenciadas por publicidade ou hábitos inadequados. Essa forma de negligência pode coexistir com outras, como a médica ou educacional, e está relacionada à vulnerabilidade social, desestruturação familiar e ausência de vínculos afetivos sólidos (Van Ijzendoorn et al., 2020).

Diversos fatores de risco estão associados à negligência alimentar, como a insegurança alimentar, baixa escolaridade dos cuidadores, transtornos mentais ou uso de substâncias psicoativas, famílias numerosas e falta de apoio institucional (WHO, 2016). No entanto, essa forma de violência também ocorre em famílias de maior nível socioeconômico, especialmente quando há delegação irrestrita do cuidado alimentar a terceiros, ausência de supervisão ativa ou priorização de agendas pessoais e profissionais em detrimento do cuidado com a criança (Pedroso, 2023).

As consequências da negligência alimentar são amplas e impactam diretamente o estado nutricional, o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor, além de favorecerem o surgimento de transtornos alimentares, dificuldades escolares, problemas comportamentais e emocionais, como irritabilidade, retraimento, apatia, ou comportamentos extremos (WHO, 2016). Crianças e adolescentes negligenciados também podem apresentar sintomas psicossomáticos e dificuldades de vínculo com os cuidadores, reforçando a importância de uma abordagem intersetorial e preventiva no cuidado em saúde.

Reconhecer a negligência alimentar como forma de violência requer uma perspectiva ampliada do cuidado, o que envolve a qualificação dos profissionais

de saúde, a escuta ativa, o fortalecimento das redes de proteção e o incentivo à educação alimentar e nutricional crítica e emancipatória, conforme preconizado por políticas públicas de promoção da saúde e dos direitos da criança e do adolescente (Pedroso, 2023)

3.6 CONSEQUÊNCIAS: OBESIDADE, TRANSTORNOS ALIMENTARES, DESNUTRIÇÃO, DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS

A exposição à violência alimentar está fortemente associada a desfechos adversos em saúde, como a má nutrição, comportamentos alimentares inadequados e o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), configurando-se como um dos mais relevantes desafios em saúde pública na atualidade.

3.6.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS/ OBESIDADE

Padrões alimentares caracterizados pelo consumo excessivo de alimentos ultraprocessados têm sido amplamente associados ao desenvolvimento de condições crônicas de saúde, como obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. Esses produtos, frequentemente ricos em açúcares adicionados, gorduras saturadas, sódio e aditivos artificiais, e pobres em fibras, vitaminas e minerais, contribuem para o desequilíbrio metabólico e o estado inflamatório crônico de baixo grau, fatores diretamente implicados na fisiopatologia de doenças cardiovasculares e neoplasias (Monteiro et al., 2019; Srouf et al., 2019).

Estudos de coorte demonstram que dietas com alta proporção de ultraprocessados elevam o risco de mortalidade por todas as causas, especialmente por causas cardiovasculares e cânceres específicos, como colorretal. Assim, o elevado consumo desses alimentos não apenas impacta a saúde metabólica imediata, mas representa um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e morte prematura. (Fiolet et al., 2018; Pagliai et al., 2021).

Evidências sugerem que crianças expostas a práticas parentais violentas associadas à alimentação apresentam maior consumo de alimentos

ultraprocessados em suas dietas (Santos et al., 2021). A privação alimentar e as barreiras de acesso a alimentos in natura ou minimamente processados, presentes em contextos de Insegurança Alimentar, levam à redução do consumo de frutas, hortaliças e outros alimentos nutritivos, ao passo que favorecem a ingestão de produtos de baixo custo e alta densidade energética, como os alimentos processados e ultraprocessados. (Laurentino et al., 2024).

Além disso, práticas alimentares negativas exercidas pelos pais como uso de força física para as crianças comerem, recompensa para comer e restrição alimentar tiveram associação positiva ao maior consumo de alimentos ultraprocessados. (Santos et al., 2021).

Estratégias coercitivas ou punitivas, como uso de força física, castigos verbais ou pressão para comer, podem comprometer a autorregulação do apetite infantil e favorecer a formação de preferências alimentares desadaptadas (Powell et al., 2011) e o consumo de alimentos ultraprocessados como forma de alívio emocional (Ferreira et al., 2021). Adicionalmente, quando os alimentos são utilizados como forma de recompensa ou reforço, esses itens passam a ser percebidos pela criança como algo altamente desejável, o que pode estimular a superalimentação e contribuir para o aumento do IMC e outros agravos à saúde (Mayer, 2011; Rodgers et al., 2013).

A prática parental de restrição alimentar também demonstrou relação com o maior consumo de alimentos ultraprocessados, reforçando evidências de que limitar de forma rígida o acesso a determinados alimentos pode levar a um desejo aumentado por esses itens, interferindo nos mecanismos fisiológicos de fome e saciedade e prejudicando a autorregulação do apetite (Birch ; Fisher, 1998). Essa dinâmica favorece a ingestão compulsiva de alimentos altamente palatáveis e calóricos, contribuindo para o ganho de peso e o risco de transtornos alimentares (Santos et al., 2020).

3.6.2 DESNUTRIÇÃO

A insuficiência da alimentação e outras condições impróprias para a saúde, associadas ao baixíssimo poder aquisitivo de grande parte da população brasileira, manifestam-se em indicadores antropométricos de desnutrição. O crescimento e a manutenção das dimensões corporais exigem a presença de

condições adequadas, especialmente no que se refere à ingestão e à utilização biológica de calorias e proteínas (Instituto Pacto Contra Fome, 2023). Nesse sentido, a desnutrição infantil deve ser compreendida como um fenômeno multifatorial, resultante não apenas da ingestão insuficiente de alimentos, mas também de determinantes sociais que influenciam o acesso à alimentação adequada, às condições de saneamento, à moradia e aos serviços de saúde. Assim, alterações antropométricas refletem processos prolongados de privação alimentar e vulnerabilidade social, constituindo importantes indicadores das desigualdades em saúde e das condições de segurança alimentar e nutricional da população (World Health Organization, 2021).

Dados recentes do “Observa Infância” — iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) — revelaram que o Brasil atingiu, em 2021, a maior taxa de hospitalizações por desnutrição em crianças menores de um ano desde 2008: 113 internações para cada 100 mil nascidos vivos. Esse aumento representa um importante retrocesso no cenário da saúde infantil, considerando que os índices anteriores foram de 102 e 75 hospitalizações por 100 mil nascidos vivos em 2008 e 2011, respectivamente. A região Nordeste concentrou o maior número de hospitalizações, enquanto a região Norte apresentou as maiores taxas de mortalidade associadas à desnutrição. Essa piora está inserida em um contexto mais amplo de agravamento das condições socioeconômicas, impulsionado por crises econômicas, pela pandemia de COVID-19, pela queda da renda familiar, insegurança alimentar e maus tratos infantis (negligência), alta nos preços dos alimentos, dificuldades de acesso à moradia adequada, saneamento básico, queda nas taxas de imunização e fragilidade do sistema de saúde (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

A desnutrição em crianças e adolescentes é uma condição de deficiência nutricional que resulta de uma ingestão inadequada de energia e/ou nutrientes essenciais, comprometendo o crescimento, o desenvolvimento e o estado de saúde geral. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a desnutrição pode se manifestar de diferentes formas, incluindo a desnutrição aguda (emagrecimento acentuado), a desnutrição crônica (baixa estatura para a idade), o baixo peso para a idade, além das carências específicas de micronutrientes, como ferro, zinco e vitamina A. Ela também pode ser classificada como primária, quando ocorre por ingestão alimentar inadequada

em função da pobreza, fome ou negligência, ou como secundária, quando associada a doenças que comprometem a absorção e o aproveitamento dos nutrientes, como pneumopatias, cardiopatias e síndromes de má absorção.

As formas clínicas mais graves da desnutrição aguda são o marasmo e o kwashiorkor. A diferenciação entre as formas clínicas kwashiorkor e marasmo deve ser realizada pelos parâmetros clínicos abaixo descritos (SBP, 2021).

- Marasmo: acomete com mais frequência lactentes jovens. Trata-se de criança com baixa atividade, pequena para a idade, com membros delgados devido à atrofia muscular e subcutânea, com desaparecimento da bola de Bichat (último depósito de gordura a ser consumido, localizado na região malar), o que favorece o aspecto envelhecido (fácies senil ou simiesca), com costelas visíveis e nádegas atroficas. O abdome pode ser globoso, mas raramente se observa hepatomegalia. Os cabelos são finos e escassos e o comportamento apático.
- Kwashiorkor: em geral, acomete crianças maiores de 2 anos e pode cursar com apatia e/ou irritabilidade. Caracteriza-se por alterações de pele (lesões hipocrômicas ao lado de hiperocrômicas, com descamação), acometimento dos cabelos (textura, coloração e facilidade de se soltar do couro cabeludo), hepatomegalia (decorrente de esteatose), ascite, face de lua (edema de face), edema de membros inferiores e/ou anasarca. (SBP, 2021)

Além disso, a carência isolada ou combinada de micronutrientes — chamada de “fome oculta” — permanece prevalente, sendo mais comum a deficiência de ferro e vitamina A. (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

Os sintomas clínicos da desnutrição variam conforme a gravidade e o tipo de deficiência nutricional, podendo incluir apatia, atraso no crescimento ponderoestatural, irritabilidade, baixo rendimento escolar, enfraquecimento do sistema imunológico, palidez, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, além de alterações na pele, cabelos e mucosas (SBP, 2021).

O diagnóstico da desnutrição deve ser realizado por meio de uma avaliação nutricional abrangente, que inclua dados antropométricos (peso, estatura, índice de massa corporal, perímetros e dobras cutâneas), comparação com curvas de crescimento de referência da OMS, além de anamnese alimentar e, quando necessário, exames laboratoriais que avaliem a presença de carências

específicas de micronutrientes. O uso de indicadores como o escore Z para peso/idade, estatura/idade e IMC/idade é fundamental para classificar o estado nutricional e orientar intervenções adequadas (SBP, 2021).

Importa destacar que, para além das determinantes socioeconômicas clássicas, emerge no debate contemporâneo a compreensão de que a violência alimentar, (em suas diversas formas como insegurança alimentar ou negligência ou desinformação ou práticas parentais alimentares coercitivas, recompensatórias e punitivas) constitui fator de risco adicional para o desenvolvimento da desnutrição. Crianças expostas a práticas alimentares autoritárias, como punição física ou emocional em torno da alimentação, restrição alimentar severa ou negligência alimentar, podem desenvolver aversão alimentar, perda de apetite, ou padrões de ingestão inadequados. Essas situações comprometem a autorregulação do apetite e o estado nutricional, podendo desencadear quadros de desnutrição, inclusive em contextos nos quais os alimentos estão fisicamente disponíveis (Santos et al., 2020).

3.6.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares (TAs) são distúrbios psiquiátricos de etiologia multifatorial, caracterizados por consumo, padrões e atitudes alimentares perturbadas e excessiva preocupação com peso e a forma corporal, com repercussões significativas à saúde física, emocional e funcional dos indivíduos.

A adequada classificação e categorização dos TAs requer a consideração de todo o espectro de características sindrômicas envolvidas, ou seja, o conjunto de sinais e sintomas que configuram esses quadros clínicos. Tal abordagem permite uma maior precisão diagnóstica e favorece intervenções terapêuticas mais eficazes. Os TAs estão contemplados nos principais sistemas classificatórios utilizados internacionalmente: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM-5), publicado em 2013 pela Associação Americana de Psiquiatria, e a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), publicada em 2018 pela OMS.

De acordo com os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5, são reconhecidos como TAs a anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN),

transtorno de compulsão alimentar (TCA), transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE), pica e o transtorno de ruminação. (Robatto et al., 2024).

A AN é caracterizada por uma restrição persistente da ingestão calórica, resultando em peso corporal significativamente abaixo do esperado para idade, sexo, curva de crescimento e estado geral de saúde. Essa condição está frequentemente acompanhada de medo intenso de ganhar peso e distorção na percepção da forma e do peso corporais. O DSM-5 classifica a AN em dois subtipos: o restritivo, no qual não há evidência de comportamentos purgativos nos últimos três meses, e o purgativo, caracterizado pelo uso de comportamentos compensatórios como vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou prática excessiva de exercícios físicos. É possível a transição entre os subtipos ao longo do curso clínico (Robatto et al., 2024).

A BN, por sua vez, é definida pela ocorrência recorrente de episódios de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos compensatórios inadequados com o objetivo de prevenir o ganho de peso. Tais comportamentos incluem vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, jejuns prolongados ou exercícios excessivos. Uma característica relevante da BN é a presença de autoavaliação distorcida da imagem corporal, embora o peso corporal dos pacientes, em geral, mantenha-se dentro da faixa da normalidade ou até em sobrepeso, o que dificulta o reconhecimento clínico precoce (Robatto et al., 2024). O TARE, introduzido no DSM-5, possibilitou uma melhor definição diagnóstica de crianças e adolescentes que evitam ou restringem a alimentação por motivos sensoriais, ausência de interesse pelo alimento ou medo de consequências adversas (como engasgar, vomitar ou passar mal). Diferentemente da AN, esses pacientes não apresentam preocupação com a imagem corporal. O TARE pode levar a deficiências nutricionais significativas, perda de peso, dependência de suplementação nutricional e prejuízo psicossocial, como dificuldades na participação em eventos sociais que envolvam alimentação. Estudos apontam maior prevalência em meninos, sendo comum o antecedente de distúrbios gastrointestinais, como doença do refluxo gastroesofágico (Robatto et al., 2024).

O TCA é caracterizado por episódios recorrentes de ingestão de grandes quantidades de alimento em um curto período, associados à sensação de perda de controle, sem comportamentos compensatórios subsequentes. Com maior

prevalência em mulheres adultas, o TCA apresenta início frequentemente precoce, ainda na infância ou adolescência, embora o diagnóstico costume ocorrer por volta dos 23 anos. Não há distorção significativa da imagem corporal, porém, a condição frequentemente coexiste com sobrepeso ou obesidade e comorbidades clínicas (hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemias), além de transtornos psiquiátricos, como depressão, fobia social, uso de substâncias e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Apesar de menos comum em meninos, o TCA é o transtorno alimentar mais prevalente entre indivíduos do sexo masculino.

Do ponto de vista epidemiológico, os estudos sugerem que a incidência de AN permanece relativamente estável, embora haja aumento na sua forma de início precoce (antes dos 14 anos), tanto em número de casos quanto em gravidade. Com a introdução do DSM-5, também se observa um crescimento na identificação de casos de BN. Estima-se que, ao longo da vida, cerca de 4% das mulheres e 0,3% dos homens apresentarão quadro de AN, enquanto a prevalência de BN atinge cerca de 3% nas mulheres e 1% nos homens. O TCA, provavelmente, representa o transtorno alimentar mais comum, com estimativas de prevalência variando entre 2% e 4%. A prevalência do TARE, embora ainda pouco conhecida, é estimada em aproximadamente 3%. (Robatto et al., 2024).

Consequentemente, os TAS apresentam diversas complicações médicas que afetam múltiplos sistemas do corpo. A AN pode levar a alterações cardiovasculares (bradicardia, hipotensão ortostática, prolongamento do intervalo QT, atrofia miocárdica e prolapso da válvula mitral), endócrinas: (amenorreia em mulheres, baixos níveis de testosterona em homens, osteopenia precoce e osteoporose), neurológicas (atrofia cerebral, déficits cognitivos, alterações no paladar e regulação da temperatura), gastrointestinais (gastroparesia, constipação, elevação de aminotransferases por apoptose ou esteato-hepatite), hematológicas (hipoplasia trilinear com leucopenia, anemia e trombocitopenia) e pulmonares (pneumotórax espontâneo e pneumonia por aspiração) (Quadro 3).

Quadro 3. Consequências clínicas da Anorexia Nervosa (AN)

Sistema	Consequências na Anorexia Nervosa (AN)
Cardiovasculares	Bradicardia, hipotensão ortostática, prolongamento do intervalo QT, atrofia miocárdica, prolapso da válvula mitral
Endócrinas	Amenorreia em mulheres, baixos níveis de testosterona em homens, osteopenia precoce, osteoporose
Neurológicas	Atrofia cerebral, déficits cognitivos, alterações no paladar, alterações na regulação da temperatura
Gastrointestinais	Gastroparesia, constipação, elevação de aminotransferases (apoptose ou esteato-hepatite)
Hematológicas	Hipoplasia trilinear, leucopenia, anemia, trombocitopenia
Pulmonares	Pneumotórax espontâneo, pneumonia por aspiração

Fonte: Robatto et al, 2024.

Já, a BN pode levar a alterações eletrolíticas (hipocalemia, hipocloremia e alcalose metabólica), orais (erosões dentárias, trauma na mucosa oral e faringe, hipertrofia da glândula parótida), cardíacas (arritmias graves, prolongamento do intervalo QT, cardiomiopatia) e gastrointestinais: (doença do refluxo gastroesofágico, esôfago de Barrett, adenocarcinoma esofágico, pneumotórax e cólon catártico (Quadro 4).

Quadro 4. Consequências Clínicas na Bulimia Nervosa

Sistema	Consequências na Bulimia Nervosa (BN)
Eletrolíticas	Hipocalemia, hipocloremia, alcalose metabólica
Orais	Erosões dentárias, trauma na mucosa oral e faringe, hipertrofia da glândula parótida (sialadenose)
Cardíacas	Arritmias graves, prolongamento do intervalo QT, cardiomiopatia por abuso de ipeca
Gastrointestinais	Doença do refluxo gastroesofágico, esôfago de Barrett, adenocarcinoma esofágico, pneumotórax, cólon catártico

Fonte: Robatto et al, 2024.

Quanto a mortalidade, a AN tem taxa de letalidade de 5% por década, com causas como complicações clínicas e suicídio. BN apresenta menor letalidade, mas ainda elevada, com risco aumentado de automutilação e suicídio. Conforme já mencionado, os TAs possuem etiologia complexa e multifatorial, resultante da interação de componentes genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, culturais e ambientais. Traços de personalidade como perfeccionismo, impulsividade, baixa autoestima, rigidez cognitiva e sensibilidade à crítica têm sido fortemente associados ao desenvolvimento da AN, especialmente em adolescentes e jovens adultos (American Psychiatric Association, 2013). Estudos com gêmeos monozigóticos apontam uma concordância para AN entre 50% e 60%, reforçando a influência de fatores genéticos na suscetibilidade individual (Arcelus et al., 2011; Strother et al., 2012). Já a BN tende a se associar a maior impulsividade, instabilidade emocional, baixa autoestima e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Comorbidades psiquiátricas são frequentes nesses casos, incluindo transtornos de humor (presentes em até 75% dos casos), depressão (63%) e ansiedade (63%) (American Psychiatric Association, 2013). A presença de transtornos de personalidade, uso de substâncias psicoativas, comportamentos autolesivos, cleptomania e promiscuidade sexual contribuem para o agravamento do quadro e dificultam a adesão ao tratamento, além de aumentarem o risco de suicídio (Silén et al., 2021).

Ainda que os fatores biológicos e psicológicos desempenhem papel central, é inegável a influência significativa do ambiente familiar e social na gênese e perpetuação dos TAs.

O ambiente familiar pode ser considerado importante formador do comportamento e estilo de vida das crianças. É no âmbito familiar que se iniciam as primeiras experiências e aprendizagem alimentares, contribuindo para preferências, rejeições, hábitos ou gênese de possíveis transtornos. Nesse sentido o estilo de condução alimentar praticada pelos pais é de suma importância.

Diversos estudos, incluindo revisões sistemáticas como a apresentada por Santos et al. (2020), evidenciaram que as práticas exercidas pelos pais (ou

cuidadores) durante as refeições exercem uma influência significativa na formação dos padrões alimentares infantis e, potencialmente, na etiologia de transtornos alimentares futuros.

Práticas parentais violentas como restrição, pressão e recompensas alimentares aparecem frequentemente associadas a comportamentos alimentares disfuncionais. A restrição, por exemplo, embora muitas vezes utilizada para controlar o peso infantil, tem sido relacionada à resposta de restrição cognitiva, que pode levar à maior atenção e desejo por alimentos considerados "proibidos", além de promover episódios de compulsão ou engajamento em comportamentos de restrição autoimposta na adolescência (Santos et al., 2020).

Além disso, a imposição de pressão para comer ou a utilização de ameaças durante a alimentação podem gerar uma relação negativa com a alimentação, predispondo a padrões de alimentação emocional, evitativa ou compulsiva, características frequentemente observadas em transtornos alimentares como AN, BN e TCA (Santos et al., 2020).

Os estudos mostram ainda que práticas de modelagem parental, que envolvem o comportamento dos adultos em relação à alimentação, têm impacto direto na internalização de hábitos alimentares saudáveis ou não. A observação de pais consumindo alimentos saudáveis e adotando uma postura positiva frente à alimentação tende a incentivar tais comportamentos na criança, enquanto atos de alimentação restritiva e recompensas podem promover a formação de comportamentos alimentares disfuncionais, como a alimentação emocional e a evitativa (Salvo et al., 2005)

Ressalta-se que crianças expostas a práticas de controle excessivo ou de indulgência podem desenvolver TAs ao internalizar mensagens ambíguas ou conflitantes sobre alimentação e peso, levando a uma maior vulnerabilidade a transtornos como a AN, caracterizada pela busca de controle e perfeição, ou a BN, marcadas por impulsividade e dificuldades em lidar com emoções negativas. Ademais, a negligência na modulação dessas práticas ou a ausência de modelos parentais adequados podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos alimentares, uma vez que a criança não aprende estratégias saudáveis de regulação emocional e corporal (Santos et al., 2020)

Em síntese, a violência alimentar exercida no contexto familiar — caracterizada por práticas coercitivas, negligentes ou punitivas durante a alimentação — configura-se como um importante fator de risco para o desenvolvimento de TAs na infância e adolescência. Embora aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais sejam determinantes na etiologia dos TAs, a forma como os cuidadores conduzem as experiências alimentares da criança pode ter impacto duradouro sobre sua relação com o alimento, corpo e emoções. Reconhecer e intervir sobre essas formas de violência alimentar, muitas vezes invisibilizadas no cotidiano familiar, é essencial para a prevenção e manejo precoce dos TAs, com vistas à promoção de saúde integral e desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes

3.7 MANEJO CLÍNICO: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Apesar do crescente reconhecimento das múltiplas formas de violência contra crianças e adolescentes, a violência alimentar permanece pouco abordada na literatura e nos protocolos clínicos tradicionais. Esta forma de violência tem impactos significativos no desenvolvimento físico, emocional e relacional da criança, podendo configurar-se como fator de risco para o surgimento de doenças crônicas (como a obesidade), desnutrição e transtornos alimentares/ distúrbios de imagem corporal. No entanto, ainda são escassos os modelos clínicos sistematizados que orientem o reconhecimento e o manejo dessas situações no contexto da atenção primária e especializada (SPSP, 2018).

Diante dessa lacuna, uma abordagem de manejo clínico para crianças e adolescentes vítimas de violência alimentar deve articular os princípios éticos e técnicos do *Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência* da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) com as recomendações do *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos* e o *Manual de Nutrição da SBP*, com foco em estratégias protetivas, restaurativas e preventivas.

3.7.1 ROTEIRO DIAGNÓSTICO

A suspeita clínica de violência se baseia em dados de anamnese, exame físico e exames laboratoriais. Na maioria das vezes, o diagnóstico é difícil, necessitando de experiência profissional e da devida atenção de toda a equipe de saúde. O atendimento deve ser realizado, de preferência, por equipe multidisciplinar (mesma profissão com áreas de atuação diferentes) e interprofissional (diferentes profissões) com as seguintes características: capacitada (com conhecimentos básicos sobre a temática), integrada, institucionalizada, ciente de suas atribuições e capaz de interagir com outras instituições, como as de educação, justiça e segurança pública (SPSP, 2018).

3.7.1.1 ANAMNESE

As informações obtidas por meio de uma história clínica detalhada associadas à observação do comportamento da criança, dos pais e da relação entre eles são fundamentais para a suspeita diagnóstica de violência (SPSP, 2018)

Na anamnese de crianças e adolescentes sob suspeita de violência alimentar, é fundamental investigar de forma sensível e sistemática os aspectos qualitativos e relacionais da alimentação. Inicialmente, deve-se identificar quem é o principal responsável pela oferta alimentar e como se organiza a rotina das refeições no domicílio, incluindo ambiente, horários e interações durante o momento alimentar. A história do aleitamento materno deve ser explorada quanto à realização, duração, dificuldades enfrentadas e motivações para o desmame precoce, se houver. Caso tenha havido uso de fórmulas infantis, deve-se registrar a indicação, o tipo utilizado, o preparo, a quantidade e os horários de administração, atentando-se para sinais de introdução inadequada ou negligente (SBP, 2021).

A introdução alimentar deve ser cuidadosamente documentada, com atenção às práticas utilizadas, aos tipos de alimentos oferecidos, à coerência com as recomendações nutricionais da faixa etária e à resposta emocional e comportamental da criança frente à alimentação. Situações de forçamento, punições, restrições arbitrárias ou uso do alimento como moeda de troca devem ser investigadas como potenciais indicadores de violência alimentar (Carozzo ; Oliveira, 2017).

A utilização de um diário alimentar de 24 horas pode contribuir para uma compreensão mais ampla dos hábitos alimentares atuais, incluindo tipos de alimentos consumidos, frequência de ingestão de ultraprocessados, frutas, legumes, água e sal. Também é necessário explorar a existência de episódios de recusa alimentar, compulsão, seletividade, mudanças no comportamento alimentar, sentimentos de culpa ou medo relacionados ao ato de comer, e discursos internalizados sobre corpo e peso, sobretudo em adolescentes. O modo como a criança ou adolescente se refere à alimentação e ao próprio corpo deve ser considerado um marcador clínico relevante para o diagnóstico e acompanhamento das situações de violência alimentar (Pereira ; Lang, 2014).

A escuta deve ser empática, acolhedora, em ambiente reservado, com linguagem adequada à idade da criança, e evitando julgamentos ou invalidações. É importante dar espaço para que a própria criança ou adolescente expresse suas experiências com o alimento e os sentimentos associados.

A anamnese nutricional deve incluir também a avaliação de fatores socioeconômicos e culturais (como escolaridade dos pais, saneamento básico e moradia), antecedentes gestacionais (qualidade do pré-natal, intercorrências, uso de substâncias e estado nutricional materno), e pessoais (peso ao nascer, prematuridade, desenvolvimento neuropsicomotor, desempenho escolar e relações interpessoais), além de antecedentes mórbidos e nutricionais, o interrogatório dos diversos aparelhos (digestivo, respiratório, locomotor e neurológico) e antecedentes familiares para doenças crônicas e alérgicas. O estilo de vida deve ser analisado quanto à atividade física, tempo de tela, hábitos de sono, rotina escolar e exposição ao sol. Todos esses dados fornecem subsídios para uma avaliação nutricional criteriosa, individualizada e mais completa (SBP, 2021).

3.7.1.2 EXAME FÍSICO

O exame físico é uma etapa fundamental na avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes, pois permite a identificação de sinais clínicos associados a distúrbios nutricionais, sejam eles de carência ou de excesso. Conforme orientações do Manual de Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente da SBP (2021), o exame deve ser conduzido de forma

sistematizada, minuciosa e respeitosa, adaptando-se às particularidades de cada faixa etária e condição clínica.

Deve-se iniciar pela avaliação do estado geral, observando o nível de consciência, apatia, hidratação, coloração da pele e mucosas, presença de lesões cutâneas, edemas e alterações visíveis no cabelo, unhas e dentição. A seguir, o examinador deve realizar a investigação de sinais clínicos específicos de deficiências nutricionais, como palidez cutâneo-mucosa (sugestiva de anemia), queilite e glossite (deficiência de vitaminas do complexo B), xerofthalmia (carência de vitamina A), púrpuras e gengivorragias (déficit de vitamina C), além de alterações ósseas compatíveis com raquitismo ou osteomalácia (carência de vitamina D e cálcio). Sinais como cáries extensas, lesões de esmalte dentário ou gengivites podem sugerir consumo excessivo de alimentos ultraprocessados com alto teor de açúcares, como resultado de ausência de limites nutricionais adequados ou uso da comida como recompensa emocional.

As medidas antropométricas são parte integrante e indispensável do exame físico. Elas incluem peso, estatura, perímetro cefálico (em menores de dois anos), circunferência do braço e circunferência abdominal. Tais medidas devem ser realizadas com equipamentos devidamente calibrados, seguindo técnicas padronizadas, a fim de garantir acurácia e reprodutibilidade. Os dados devem ser comparados com os padrões de referência internacionais, como as curvas da OMS, utilizando-se indicadores como o IMC por idade, estatura para idade e peso para estatura, de acordo com o sexo e a faixa etária. São ferramentas sensíveis na detecção precoce de desnutrição, obesidade ou alterações no crescimento linear, que muitas vezes resultam de práticas alimentares inadequadas ou abusivas.

A avaliação da composição corporal pode ser complementada, quando disponível, por técnicas como a bioimpedância elétrica ou dobras cutâneas (ex.: tricipital e subescapular), especialmente úteis para identificar excesso de tecido adiposo ou desnutrição oculta. A análise da pressão arterial também é indicada, especialmente a partir dos três anos de idade, com medições periódicas a cada seis meses, utilizando manguito adequado à circunferência do braço da criança. Valores devem ser interpretados de acordo com percentis específicos para sexo, idade e estatura.

Além disso, a avaliação puberal é uma etapa relevante, sobretudo em adolescentes, e deve seguir os critérios de Tanner para classificação do desenvolvimento sexual. A observação do crescimento linear, em conjunto com o estadiamento puberal, pode revelar retardo ou aceleração do desenvolvimento, possivelmente relacionados a déficits nutricionais crônicos ou distúrbios alimentares - reflexos de episódios de violência alimentar, como jejuns prolongados, forçamento alimentar ou exposição precoce e excessiva a alimentos de baixa qualidade nutricional.

O exame físico da criança vítima de violência alimentar, portanto, não se limita à descrição de achados objetivos, mas deve ser compreendido como parte de uma abordagem ampliada, interdisciplinar e ética. A observação atenta de sinais clínicos associados a padrões alimentares inadequados, intencionais ou negligenciados, deve sempre levantar a suspeita de violência e motivar a construção de um plano terapêutico que inclua acompanhamento pediátrico, nutricional, psicológico e, quando necessário, encaminhamentos à rede de proteção.

3.7.1.3 EXAMES COMPLEMENTARES

A avaliação nutricional de crianças e adolescentes deve ser baseada, prioritariamente, na história clínica detalhada, no exame físico completo e na aferição das medidas antropométricas. No entanto, os exames laboratoriais complementares são recursos importantes para confirmar hipóteses diagnósticas, rastrear carências nutricionais subclínicas e monitorar a efetividade de intervenções terapêuticas. Sua solicitação deve ser criteriosa, considerando a faixa etária, o estado clínico-nutricional, a presença de comorbidades e o risco social da criança ou adolescente. Conforme o *Manual de Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente* da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2021), os exames laboratoriais básicos estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5. Exames Complementares na Avaliação Nutricional de Crianças e Adolescentes.

Exame	Significado Clínico
Hemograma completo	Detecta anemias, principalmente por deficiência de ferro, e avalia leucócitos e plaquetas em contextos de infecções associadas à desnutrição.
Ferritina sérica, ferro sérico e saturação da transferrina	Auxiliam na caracterização da etiologia da anemia, especialmente na suspeita de deficiência de ferro. A ferritina é marcador sensível, mas sofre influência de processos inflamatórios.
Vitamina D (25(OH)D)	Indicada em situações de risco, como baixa exposição solar, dietas restritivas, obesidade, doenças crônicas ou uso de anticonvulsivantes/corticosteroides.
Cálcio, fósforo e fosfatase alcalina	Avaliam o metabolismo ósseo, importantes em casos de suspeita de raquitismo, deficiência de vitamina D ou distúrbios endocrinológicos.
Glicemia de jejum e insulina	Recomendadas em adolescentes com excesso de peso ou obesidade, para investigar resistência insulínica e risco de síndrome metabólica.
Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos)	Recomendado universalmente a partir dos 10 anos, ou antes em crianças com fatores de risco cardiovascular.
TSH e T4 livre	Investigam disfunções tireoidianas que podem impactar crescimento, peso e desenvolvimento neuropsicomotor.
Albumina e proteínas totais	Indicadores indiretos do estado nutricional proteico, úteis em casos de desnutrição grave ou doenças crônicas.
Ácido fólico e vitamina B12	Importantes sobretudo em adolescentes com dietas restritivas (vegetarianas/veganais) ou em casos de anemia macrocítica.
Exame de urina e creatinina	Avaliam a função renal, essencial no planejamento nutricional, especialmente em pacientes com distúrbios metabólicos ou em uso prolongado de medicamentos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.

A escolha dos exames deve sempre considerar os achados clínicos e antropométricos prévios. Em situações específicas, outros exames poderão ser indicados, como zinco, cobre, magnésio, selênio, entre outros micronutrientes, bem como gasometria arterial, eletrólitos e marcadores inflamatórios, em casos de desnutrição grave ou doenças associadas. Adicionalmente, a interpretação dos resultados laboratoriais deve ser contextualizada segundo valores de referência pediátricos, respeitando-se as variações por idade, sexo e estágio de desenvolvimento puberal (SBP, 2021)

Em síntese, a solicitação e interpretação adequada dos exames complementares na avaliação nutricional de crianças e adolescentes com

suspeita de violência alimentar são etapas essenciais para um manejo clínico eficaz. Esses exames permitem detectar sinais precoces de carências nutricionais, sobrecargas metabólicas e alterações sistêmicas que podem decorrer de práticas alimentares abusivas, negligentes ou coercitivas. Quando associados aos achados clínicos e à anamnese alimentar detalhada, os resultados laboratoriais oferecem subsídios objetivos para o reconhecimento de situações de risco, fortalecendo a tomada de decisão clínica e a articulação com equipes multiprofissionais e redes de proteção (SBP, 2021)

3.7.1.4 INTERVENÇÕES CLÍNICAS

A violência alimentar, enquanto forma de violência contra crianças e adolescentes, exige uma abordagem cuidadosa e abrangente, centrada na escuta sensível e na reconstrução do vínculo com o alimento e com os cuidadores. A condução dessas intervenções deve ser realizada por equipe multidisciplinar, conforme preconizado para todos os casos de maus-tratos na infância e adolescência, incluindo as diferentes expressões da violência alimentar, seja ela por negligência, coerção, privação ou práticas de controle excessivo (Brasil, 2002; WHO, 2016; SPSP, 2018).

Os danos físicos e emocionais, como obesidade, desnutrição, carências nutricionais específicas e transtornos alimentares, devem ser tratados conforme Diretrizes e Protocolos Nacionais e Internacionais para os mesmos. No entanto, para além do tratamento clínico, o objetivo central da intervenção deve ser o resgate do vínculo positivo com a alimentação, promovendo a construção de hábitos saudáveis, autônomos e afetivos (Pedroso ; Leite, 2023).

A intervenção deve ser realizada por equipe composta por pediatra, nutricionista, psicólogo, assistente social e, quando necessário, psiquiatra infantil. Cada profissional contribui com sua expertise para restaurar a segurança alimentar e emocional da criança. O pediatra é responsável por coordenar o plano terapêutico e monitorar o estado geral de saúde. O nutricionista atua no comportamento alimentar de forma responsiva e não coercitiva. O psicólogo trabalha com os aspectos emocionais relacionados à alimentação, incluindo culpa, controle e distorções de imagem corporal. O assistente social analisa o

contexto familiar e comunitário, identificando fatores estruturais que perpetuam o ciclo da violência alimentar.

O resgate do vínculo afetivo e autônomo com o alimento é um dos eixos centrais das intervenções. Deve-se abandonar práticas coercitivas, como chantagens, castigos e recompensas com comida, substituindo-as por estratégias responsivas e respeitadas, como a Divisão de Responsabilidades na Alimentação, proposta por Ellyn Satter, que estabelece papéis claros: cabe ao cuidador oferecer alimentos adequados nos horários certos e à criança decidir o quanto comer. A alimentação deve ser compreendida como espaço de afeto, interação e autonomia, promovendo experiências positivas e livres de controle abusivo. (SBP 2021; Santos ; Silva, 2020).

Crianças vítimas de violência alimentar frequentemente apresentam sintomas de sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão e transtornos alimentares em fases iniciais, além de impactos na autoestima e na imagem corporal. A atuação psicológica contínua é fundamental e, em casos de sofrimento intenso, deve-se encaminhar para atendimento especializado em saúde mental, incluindo psiquiatria infantil quando necessário (Van Ijzendoorn et al., 2020). A escuta clínica deve ser centrada na subjetividade da criança e na validação de suas experiências.

Além disso, as ações com os pais e cuidadores são parte imprescindível da intervenção. As sessões educativas e terapêuticas devem abordar conceitos de alimentação saudável, responsiva e não punitiva; os danos das práticas coercitivas, como ameaças, controle excessivo ou negligência; estratégias para o manejo das dificuldades alimentares com empatia e escuta ativa; e apoio ao fortalecimento de uma parentalidade positiva, com atenção à regulação emocional e manejo do estresse.

A literatura aponta que pais que adotam estratégias responsivas, como orientação afetiva e monitoramento construtivo do comportamento alimentar de seus filhos, contribuem significativamente para a prevenção do consumo de alimentos ultraprocessados e para o fortalecimento da relação saudável com a comida. Práticas como o reforço positivo diante de escolhas alimentares adequadas, o consumo conjunto de alimentos saudáveis com entusiasmo (modelagem positiva), bem como a supervisão afetuosa e consistente, são

consideradas fatores protetores, especialmente nos primeiros anos de vida (Santos et al., 2020).

Essas ações educativas promovem não apenas o desenvolvimento de hábitos saudáveis, mas também consolidam valores morais e afetivos no comportamento alimentar da criança, favorecendo a autonomia, a regulação da ingestão e o senso de justiça e cuidado. Os pais, nesse contexto, são reconhecidos como os primeiros educadores nutricionais, exercendo papel decisivo na formação dos padrões alimentares e na internalização de atitudes positivas em relação ao alimento e ao corpo (Salvo et al., 2005)

Além disso, estratégias educativas devem orientar os pais quanto aos efeitos adversos de práticas como pressão para comer ou restrição alimentar, que estão associadas a desequilíbrios na autorregulação da criança, podendo resultar em comportamentos alimentares disfuncionais e variações de peso indesejadas. Assim, a capacitação parental deve fundamentar-se em evidências científicas e em documentos oficiais como o *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos* (Brasil, 2021) e o *Manual de Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente* (SBP, 2021), garantindo uma atuação integrada com os princípios de saúde pública e os direitos da criança.

Também, é dever da equipe de Saúde proceder com a notificação compulsória e realizar o encaminhamento para os serviços de proteção social, como Conselho Tutelar, CREAS ou Ministério Público, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069/1990 para todos os casos suspeitos ou confirmados de violência, incluindo a alimentar. A articulação com a rede intersetorial deve garantir a proteção integral e os direitos fundamentais da criança e do adolescente.

3. MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão da literatura, com o objetivo de subsidiar a elaboração de um material instrucional digital em formato de e-book, destinado à capacitação de estudantes de graduação e residentes da área da saúde — especialmente Medicina e Nutrição — para o reconhecimento, compreensão e enfrentamento da violência alimentar em crianças e adolescentes.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases *Public Medical Database* (PubMed)/ *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de pesquisa utilizou descritores em inglês, português e espanhol combinados por operadores booleanos, incluindo termos como: “*violência*”, “*crianças*”, “*adolescentes*”, “*insegurança alimentar*”, “*práticas alimentares*”, “*estilos parentais*”, “*comportamento alimentar infantil*”, “*feeding behavior*”, “*food and nutrition education*” e “*food habits*”. Também serão considerados descritores mais amplos, como (“*food abuse*” OR “*food-related violence*” OR “*inadequate feeding practices*” OR “*child nutrition disorders*”) AND (“*children*” OR “*adolescents*”) AND (“*health education*” OR “*health professionals training*”).

Quadro 6— Estratégia de busca da revisão integrativa

Elemento da busca	Descrição
Bases de dados consultadas	PubMed / Medline; SciELO; Biblioteca Virtual em Saúde
Idiomas dos descritores	Inglês, português e espanhol
Descritores principais utilizados	violência; crianças; adolescentes; insegurança alimentar; práticas alimentares; estilos parentais; comportamento alimentar infantil; feeding behavior; food and nutrition education; food habits
Descritores ampliados (inglês)	“food abuse”; “food-related violence”; “inadequate feeding practices”; “child nutrition disorders”
Operadores booleanos	AND; OR
Estratégia de busca combinada	(“food abuse” OR “food-related violence” OR “inadequate feeding practices” OR “child nutrition disorders”) AND (“children” OR “adolescents”)

	AND ("health education" OR "health professionals training")
--	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Os critérios de inclusão abrangeram artigos originais, revisões sistemáticas, revisões integrativas e documentos técnicos publicados entre janeiro de 2005 e julho de 2025, disponíveis em português, inglês ou espanhol, que abordem violência alimentar ou práticas alimentares inadequadas em crianças e adolescentes, resumos de congressos com dados completos, com foco em consequências à saúde física e mental, fatores de risco e estratégias de enfrentamento. Já, os critérios de exclusão abrangeram estudos envolvendo exclusivamente adultos e idosos, artigos sem acesso ao texto completo, publicações duplicadas, relatos de caso isolados, editoriais de opinião e resumos de congresso sem dados completos.

Quadro 7– Critérios de inclusão e exclusão dos estudos na revisão integrativa

Critério	Descrição
Critérios de inclusão	Artigos originais, revisões sistemáticas, revisões integrativas e documentos técnicos publicados entre janeiro de 2005 e julho de 2025; disponíveis em português, inglês ou espanhol; estudos que abordem violência alimentar ou práticas alimentares inadequadas em crianças e adolescentes, resumos de congressos com dados completos, com foco em consequências para a saúde física e mental, fatores de risco e estratégias de enfrentamento.
Critérios de exclusão	Estudos envolvendo exclusivamente população adulta e idosa; artigos sem acesso ao texto completo; publicações duplicadas; relatos de caso isolados; editoriais de opinião; resumos de congresso sem dados completos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Além dos artigos científicos, foram incorporados diretrizes e consensos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), os Fascículos do Guia Alimentar para crianças e adolescentes produzidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022a; Brasil, 2022b), assim como documentos de organizações nacionais e internacionais reconhecidos, de modo a assegurar embasamento científico e normativo ao conteúdo.

Os dados extraídos dos estudos selecionados foram analisados criticamente e organizados de forma temática, contemplando definições conceituais, tipos de violência alimentar, determinantes socioculturais e econômicos, impactos clínicos e psicossociais, direitos e políticas públicas, além de estratégias de prevenção e intervenção. Com base nessa sistematização, o material educativo foi estruturado em cinco capítulos progressivos, abrangendo desde conceitos introdutórios até práticas de manejo interdisciplinar:

CAPÍTULO 1. Violência Alimentar – Identificando o Problema

CAPÍTULO 2. QUAIS SÃO AS FORMAS DE VIOLÊNCIA ALIMENTAR?

Seção 2.1. Insegurança Alimentar: quando o direito à alimentação é violado

Seção 2.2. Negligência Alimentar: A Violência Silenciosa à Mesa

Seção 3. Práticas Parentais Abusivas: Quando o Cuidado se Transforma em Violência

CAPÍTULO 3. Telas que Moldam o Comer: A Influência da Mídia na Violência Alimentar

CAPÍTULO 4. IMPACTOS E CONSEQUÊNCIAS DA VIOLENCIA ALIMENTAR

Seção 4.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Obesidade

Seção 4.2 Desnutrição

Seção 4.3 Transtornos Alimentares

CAPÍTULO 5. Da Suspeita à Conduta: Roteiro Diagnóstico para a Violência Alimentar em Crianças e Adolescentes

Seção 5.1 Anamnese

Seção 5.2 Exame Físico

Seção 5.3 Exames Complementares

Seção 5.4 Intervenção na Violência Alimentar

A proposta buscou oferecer conteúdo didático, sequencial e fundamentado, com vistas a contribuir para a formação ética, crítica e humanizada de futuros profissionais da saúde, ampliando sua capacidade de enfrentamento dessa forma de violência ainda pouco reconhecida nos contextos acadêmico e assistencial.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

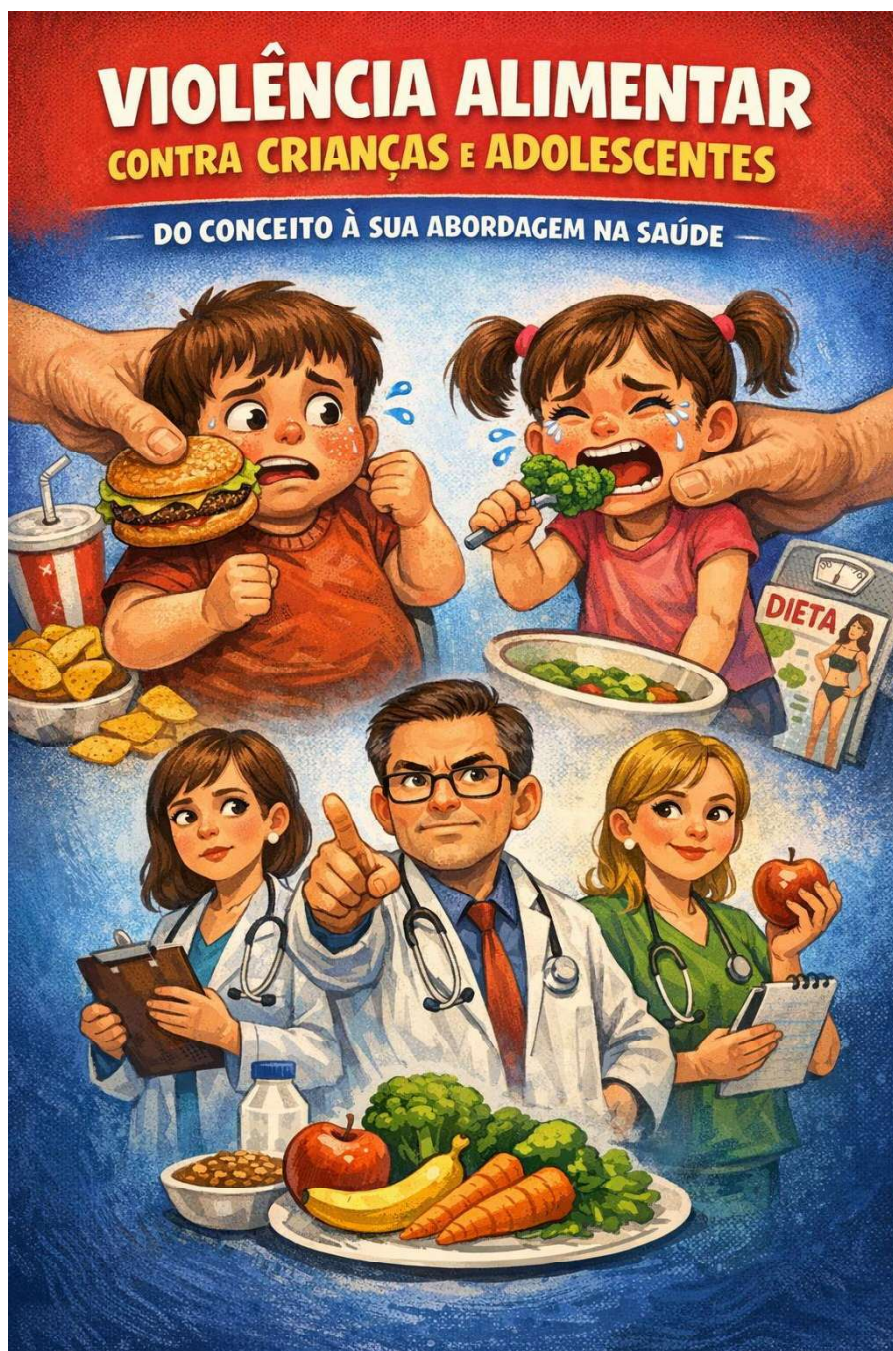
A organização estrutural desta dissertação alinha-se à tendência da pós-graduação na área da saúde de valorizar a produção científica associada à elaboração de produtos técnico-científicos derivados da pesquisa. Os resultados obtidos foram sistematizados na forma de um e-book, concebido como produto educacional resultante do processo investigativo.

O e-book constitui a síntese das evidências analisadas, dos achados obtidos e das interpretações produzidas ao longo da pesquisa, reunindo os referenciais teóricos, resultados empíricos e discussões decorrentes do estudo. Optou-se por apresentar o conteúdo do e-book nesta seção da dissertação, de modo que ele represente, simultaneamente, a exposição dos resultados e a discussão dos achados à luz da literatura científica.

Essa estratégia confere coerência entre a produção do conhecimento científico e sua tradução em material educativo, ampliando o potencial de aplicação prática dos resultados. Além disso, esse formato favorece a disseminação do conhecimento produzido, permitindo que o conteúdo alcance não apenas a comunidade acadêmica, mas também profissionais e demais interessados no tema.

A seguir, apresenta-se o conteúdo do e-book, que sintetiza e discute os resultados desta pesquisa.

**VIOLÊNCIA ALIMENTAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
DO CONCEITO À SUA ABORDAGEM NA SAÚDE**



AUTORES: Juliana Martins Monteiro
Deborah Cristina Landi Masquio
Guido de Paula Colares Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULOS	PÁGINAS
Introdução	
1. Conceito de violência alimentar	
2. Tipos de violência alimentar	
3. Papel da mídia	
4. Impactos e consequências da violência alimentar	
5. Roteiro diagnóstico: uma proposta de manejo clínico	
Anexo 1	
Anexo 2	

INTRODUÇÃO

A violência alimentar na infância e na adolescência constitui uma forma ainda pouco reconhecida de violação de direitos, embora produza repercussões significativas no crescimento, no estado nutricional, na saúde física e no equilíbrio emocional. Mesmo diante de sua relevância clínica e social, o tema permanece insuficientemente explorado na formação em saúde, o que pode dificultar sua identificação, abordagem e manejo adequado na prática profissional.

Nesse contexto, torna-se fundamental investir em estratégias educativas que ampliem a compreensão crítica sobre o fenômeno e fortaleçam a capacidade de atuação dos profissionais de saúde na prevenção, no reconhecimento precoce e na intervenção qualificada. Essa é a proposta deste e-book: contribuir para a formação de graduandos e profissionais da área da saúde, oferecendo subsídios teóricos e práticos que favoreçam práticas mais éticas, sensíveis e efetivas, comprometidas com a promoção da alimentação adequada e saudável e com a proteção integral de crianças e adolescentes.

CAPÍTULO 1

VIOÊNCIA ALIMENTAR: IDENTIFICANDO O PROBLEMA



✂ O que será abordado neste capítulo?

Neste capítulo, discutiremos como a violência contra crianças e adolescentes é conceituada no Brasil e no cenário internacional, seus principais tipos e marcos legais de proteção. Em seguida, introduziremos a alimentação como possível espaço de violação de direitos, apresentando o conceito de Violência Alimentar, suas manifestações e repercussões para a saúde integral. O objetivo é fornecer fundamentos teóricos e legais que auxiliem o profissional de saúde a reconhecer e nomear essas situações na prática clínica.

1.1. O que é violência contra crianças e adolescentes?

De acordo com o Ministério da Saúde, violência contra crianças e adolescentes pode ser definida como qualquer ato ou omissão praticado por pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, pela sociedade, que resulte em dano físico, emocional, sexual ou moral (Brasil, 2004).

Trata-se de um fenômeno universal, presente em diferentes contextos socioeconômicos, atingindo todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, com impacto significativo na morbimortalidade infantojuvenil (Secretaria da Saúde SP, 2007).

1.2. Quando a proteção da infância ganhou maior destaque nas políticas públicas brasileiras?

A temática da violência contra crianças e adolescentes passou a ocupar posição central na agenda política e social brasileira especialmente a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) (Brasil, 1990).

Esse marco legal consolidou a garantia dos direitos fundamentais da infância e da juventude, com ênfase na promoção da saúde, na prevenção de situações de violência e na obrigatoriedade da identificação e notificação de casos suspeitos ou confirmados.

Além disso, a Constituição Federal do Brasil estabelece a proteção integral como dever da família, da sociedade e do Estado (Brasil, 1988).

1.3. Como a violência infantojuvenil é classificada?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a violência contra crianças e adolescentes em quatro grandes categorias – Figura 1:

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Violência emocional ou psicológica
- Negligência

Cada uma dessas formas pode acarretar consequências severas, afetando o bem-estar físico e mental e comprometendo o desenvolvimento biopsicossocial (World Health Organization, 2006).

Por essa razão, a violência deve ser enfrentada de forma ampla e integrada, com medidas eficazes de prevenção e intervenção (Nunes et al, 2020).



Figura 1. Categorias de Violência Infanto-juvenil. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

1.4. A alimentação pode ser um espaço de violação de direitos?

Sim. Diante das múltiplas expressões da violência na infância, é fundamental reconhecer que a alimentação também pode constituir um espaço de violação de direitos (Schneider et al., 2023).

A privação alimentar, decorrente de negligência, omissão ou escassez de alimentos, assim como a ausência de um ambiente acolhedor e seguro durante as refeições, incluindo práticas intencionais de punição ou controle excessivo, interferem diretamente no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança.

Nessas situações, a alimentação deixa de cumprir seu papel de cuidado, proteção e sobrevivência, passando a operar como instrumento de violência (Carvalho et al., 2015).

1.5. Quais são os impactos da violência alimentar?

A violação do direito à alimentação adequada compromete a saúde integral da criança e do adolescente e afronta princípios fundamentais de

dignidade, afeto e proteção social, conforme assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e pela Constituição Federal do Brasil (Brasil, 1988).

Os impactos podem incluir:

- Déficits de crescimento
- Alterações no desenvolvimento neuropsicomotor
- Problemas emocionais e comportamentais
- Relação disfuncional com a alimentação
- Agravamento de condições de saúde física e mental

1.6. O que é Violência Alimentar?

No contexto da proteção integral, emerge o conceito de Violência Alimentar, compreendida como toda ação, omissão ou prática, intencional ou não, que viole o direito humano à alimentação nutricionalmente adequada, com repercussões diretas sobre o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar, especialmente de crianças e adolescentes (Luz & Coutinho, 2020).

Trata-se de uma violação ativa ou passiva de um direito fundamental, que pode se manifestar de diferentes formas – Figura 2 (Schneider et al., 2023):

- Insegurança alimentar
- Negligência alimentar (quantitativa ou qualitativa)
- Práticas alimentares parentais negativas ou abusivas
- Desinformação ou desinteresse dos cuidadores



Figura 2. Manifestações da Violência Alimentar. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI), baseada em Schneider et al. (2023).

1.7. Por que esse conceito é importante para profissionais de saúde?

Porque a violência alimentar frequentemente se apresenta de maneira silenciosa e naturalizada nas famílias.

Reconhecê-la permite:

- Identificar fatores de risco precocemente
- Qualificar a escuta clínica
- Acionar redes de proteção quando necessário
- Desenvolver estratégias educativas com famílias
- Contribuir para a promoção do direito humano à alimentação adequada
- Compreender a violência alimentar como parte do espectro das violências infantojuvenis amplia o olhar do profissional e fortalece práticas de cuidado centradas na proteção integral.

📌 MENSAGENS-CHAVE DO CAPÍTULO

- A violência alimentar é toda ação, omissão ou prática, intencional ou não, que fere o direito humano à alimentação nutricionalmente adequada, comprometendo, especialmente para crianças e adolescentes) o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar.
- As principais manifestações são insegurança alimentar, negligência alimentar (quantitativa ou qualitativa), práticas alimentares parentais negativas ou abusivas e desinformação ou desinteresse dos cuidadores
- Os principais impactos são o comprometimento do crescimento, estado nutricional, saúde mental e a relação da criança e do adolescente com a alimentação.
- A responsabilidade dos profissionais de saúde é o reconhecimento precoce e atuação ética e intersetorial, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Referências

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CARVALHO, C. A. ; FONSECA, P. C.; PRIETO, M.B.; RIBEIRO, S.M. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.. Consumo alimentar e adequação nutricional em

- crianças brasileiras: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2014.10.002>.
- LUZ, M. T.; COUTINHO, D. A. A dimensão simbólica da alimentação e a violação do direito humano à alimentação adequada. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 33, e190187, 2020.
 - NUNES, Sandra Adriana Neves; GUIMARÃES, Rafael Siqueira de; BORGES, Fábio Jambeiro Santana; MAIA, Marcos Sales; BELO, Manuella Lima; SOARES, Lais Ferreira; SILVA, Bárbara Christian Magalhães da; BARRETO, Rosana Maria de Carvalho Santos. A violência contra a criança e o adolescente na perspectiva de agentes comunitários da saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, v. 11, n. 1, p. 135–150, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n1p135>
 - SCHNEIDER, G. C.; BALUTA, M. C.; SOUZA, B. C. A. de. Violência alimentar: o direito da criança a uma alimentação saudável e adequada. In: SIMPÓSIO JURÍDICO DOS CAMPOS GERAIS, 14., 2023, Ponta Grossa. *Anais [...]*. Ponta Grossa: UniSecal, 2023.
 - SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes*. São Paulo: CODEPPS, 2007.
 - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. 2. ed. São Paulo: SPSP, 2018. 88 p. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/manual-de-atendimento-as-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-violencia-disponivel-para-leitura/>
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO, 2006.

CAPÍTULO 2.

QUAIS SÃO AS FORMAS DE VIOLÊNCIA ALIMENTAR?

✂ O que será abordado neste capítulo?

Neste capítulo, você compreenderá como a violência alimentar pode se manifestar de diferentes formas no cotidiano de crianças e adolescentes — muitas vezes de maneira silenciosa e naturalizada.

Serão abordados: o conceito de insegurança alimentar e seus determinantes sociais, a negligência alimentar, tanto quantitativa quanto qualitativa, a influência dos estilos parentais no comportamento alimentar infantil, as práticas alimentares negativas ou coercitivas, as consequências físicas, emocionais e sociais dessas experiências e o papel das políticas públicas e dos profissionais de saúde no enfrentamento do problema

Ao final, você será capaz de identificar sinais de violência alimentar, compreender seus determinantes estruturais e reconhecer estratégias de prevenção e intervenção.



Figura 3. Tipos de Violência Alimentar contra crianças e adolescentes. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

A violência alimentar na infância e adolescência pode assumir diferentes formas: insegurança alimentar, quando há falta de acesso regular a alimentos

adequados; negligência alimentar, seja pela quantidade insuficiente ou pela baixa qualidade da dieta; práticas alimentares abusivas, como coerção, punição ou uso da comida como controle; e desinformação alimentar, marcada por orientações inadequadas ou ausência de educação nutricional. Reconhecer essas manifestações é essencial para a proteção da saúde e do desenvolvimento infantil.

2.1. Insegurança Alimentar: quando o direito à alimentação é violado

2.1.1. O que é Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)?

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) constitui um direito humano fundamental. Ela garante a todas as pessoas o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer outras necessidades essenciais. Além disso, deve respeitar a diversidade cultural e ser ambiental, econômica e socialmente sustentável (Brasil, 2010).

Portanto, SAN não significa apenas ausência de fome, mas a garantia de uma alimentação adequada, digna e promotora de saúde.

2.1.2. O que caracteriza a violação desse direito?

Quando esse acesso é comprometido, configura-se a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN).

A IAN é reconhecida como uma forma de violência alimentar, pois compromete a saúde física, o desenvolvimento cognitivo, o crescimento e até a capacidade produtiva futura dos indivíduos (FAO et al., 2020).

2.1.3. Como a insegurança alimentar é avaliada no Brasil?

A avaliação da SAN no Brasil é realizada principalmente por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), instrumento validado que mensura a percepção de privação alimentar nos domicílios (SEGALL-CORRÊA, A. M. et al, 2014)

De acordo com a EBIA, os domicílios são classificados em quatro níveis:

- **Segurança alimentar** – acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente.
- **Insegurança alimentar leve** – comprometimento da qualidade da alimentação, com manutenção da quantidade considerada adequada.
- **Insegurança alimentar moderada** – redução quantitativa dos alimentos entre os adultos da família.
- **Insegurança alimentar grave** – comprometimento da qualidade e da quantidade dos alimentos para todos os membros do domicílio, incluindo crianças, podendo haver episódios de fome.

2.1.4. A SAN envolve apenas disponibilidade de alimentos?

Não. A SAN é um fenômeno **multidimensional**, que envolve:

- Disponibilidade de alimentos
- Acesso físico e econômico
- Utilização biológica adequada
- Condições sanitárias
- Capacidade sociocultural de aquisição e preparo

Ou seja, depende de fatores estruturais que extrapolam o âmbito individual.

2.1.5. Quais são os principais determinantes da IAN em crianças?

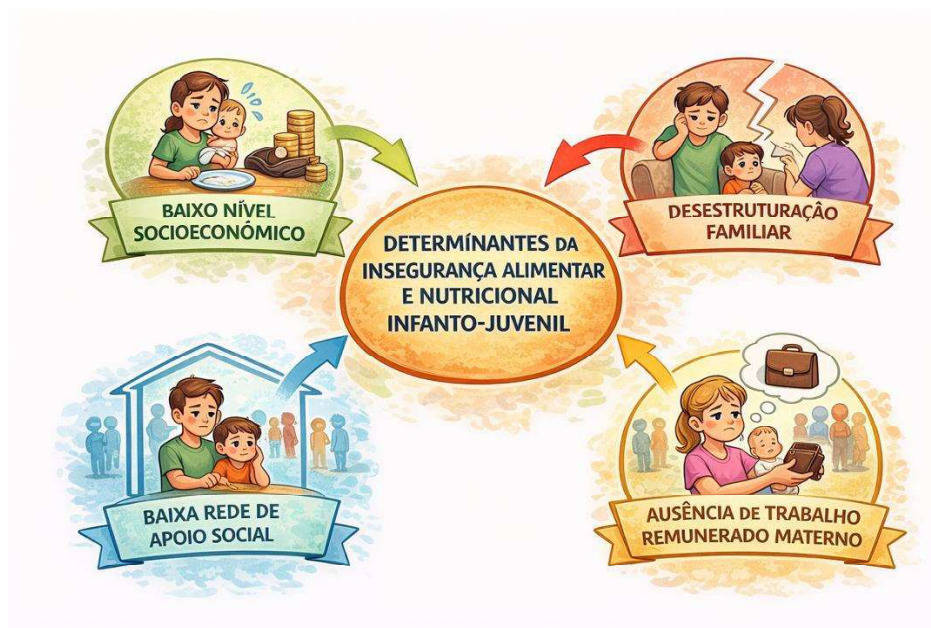


Figura 4. Determinantes de **Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN)** em crianças. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

Entre crianças menores de cinco anos, destacam-se como fatores associados à insegurança alimentar:

- Baixo nível socioeconômico (especialmente classes D e E)
- Desestruturação familiar
- Ausência de convivência materna com parceiro
- Baixa rede de apoio social
- Vulnerabilidade persistente mesmo com programas de transferência de renda
- Ausência de trabalho remunerado materno
- Sobrepeso materno

Esses achados evidenciam como o contexto social e familiar influencia diretamente o acesso infantil à alimentação adequada (Figuerola Pedraza, 2024).

2.1.6. Quais são as repercussões da insegurança alimentar?

As consequências da IAN são amplas e paradoxais. Ela pode se expressar por:

- Desnutrição e déficit de estatura
- Excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis

Globalmente, a prevalência de déficit de estatura em menores de cinco anos reduziu de 32,4% para 21,3% entre 2000 e 2019. Ainda assim, cerca de 144 milhões de crianças apresentavam esse agravo em 2019. Na América Latina e Caribe, a prevalência caiu de 16,8% para 9,0% no mesmo período (UNICEF et al., 2020).

No Brasil, houve redução expressiva da desnutrição crônica entre 1996 e 2006 (de 13,5% para 7,1%), impulsionada pela ampliação do acesso à saúde e educação. Contudo, o problema persiste em populações vulneráveis, como indígenas, quilombolas e residentes das regiões Norte e Nordeste (Monteiro et al., 2010).

2.1.7. E quanto ao excesso de peso infantil?

Paralelamente à redução da desnutrição, observa-se o crescimento do excesso de peso infantil, fenômeno característico da transição nutricional.

Em 2019, estimava-se que 47 milhões de crianças menores de cinco anos estavam acima do peso no mundo. Na América Latina e Caribe, a prevalência passou de 6,6% em 2000 para 7,5% em 2019. No Brasil, revisões recentes apontam prevalência média de 18,7% (Gentil et al., 2023).

Esse processo é multifatorial, envolvendo determinantes biológicos, psíquicos, sociais e ambientais.

2.1.8. O que é a dupla carga da má nutrição?

A chamada **dupla carga nutricional** refere-se à coexistência de desnutrição e obesidade, inclusive no mesmo domicílio ou indivíduo (FAO et al., 2020; Monteiro et al., 2010). Essa condição:

- Aumenta a morbimortalidade infantil

- Prejudica o desempenho escolar
- Reduz a produtividade econômica futura
- Impacta o desenvolvimento humano e social

2.1.9. Qual o papel das políticas públicas nesse cenário?

Diante da complexidade da IAN, o enfrentamento exige políticas públicas estruturadas que garantam não apenas o combate à fome, mas a promoção da alimentação adequada, sustentável e culturalmente apropriada.

Nesse contexto, as políticas brasileiras de Segurança Alimentar e Nutricional assumem papel estratégico na proteção do direito humano à alimentação adequada e na prevenção da violência alimentar.

2.2.10. A insegurança alimentar é apenas falta de comida?

Não. A insegurança alimentar no Brasil é um fenômeno complexo, que reflete desigualdades sociais, econômicas e estruturais. Ela expressa violações do direito humano à alimentação adequada e exige respostas intersetoriais. Nesse contexto, as políticas públicas são fundamentais para reduzir a fome, fortalecer sistemas alimentares e proteger a saúde — especialmente de crianças e adolescentes.

2.1.11. Como se estruturou a política de segurança alimentar no Brasil?

A partir de 2003, o país consolidou um conjunto articulado de políticas sociais com o Programa Fome Zero, voltado à ampliação do acesso à alimentação por meio de ações intersetoriais, como transferência de renda e incentivo à agricultura familiar.

Em 2004, o Programa Bolsa Família ampliou essa estratégia ao integrar transferência condicionada de renda com compromissos nas áreas de saúde e educação, contribuindo para a redução de vulnerabilidades sociais e melhoria de indicadores nutricionais (BRASIL, 2003).

2.1.12. O que é o SISAN e por que ele é importante?

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) foi instituído pela Lei nº 11.346/2006, que criou a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN).

O SISAN organiza a governança da segurança alimentar no país, promovendo articulação entre União, estados e municípios, além da participação da sociedade civil (BRASIL, 2006).

Nesse sistema, destacam-se programas estruturantes como:

- Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que garante alimentação adequada a estudantes da rede pública;
- Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), que fortalece a agricultura familiar e amplia o acesso a alimentos saudáveis (FNDE, 2013).

2.1.13. Como o Brasil respondeu ao aumento da fome durante a pandemia?

Durante a pandemia de COVID-19, foram implementadas medidas emergenciais, como a Renda Básica Emergencial e a distribuição de cestas básicas.

Essas ações tiveram papel importante no alívio imediato da fome, mas evidências mostram que medidas temporárias não substituem políticas estruturantes e contínuas de proteção social (GURGEL et al., 2020).

2.1.14. O que é o Plano Brasil Sem Fome?

Lançado em 2023, o Plano Brasil Sem Fome representa a retomada de políticas integradas de combate à fome. O plano reúne ações interministeriais voltadas à garantia do acesso universal à alimentação, à inserção produtiva e à proteção social.

Ele também prevê monitoramento contínuo por meio de instrumentos como a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e dados territoriais (MDS, 2023; BRASIL, 2025).

2.1.15. O que prevê o III Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2025–2027)?

Publicado em março de 2025, o III Plansan organiza 219 iniciativas distribuídas em 18 estratégias intersetoriais.

Entre seus objetivos estão:

- fortalecimento do SISAN;
- ampliação do acesso à renda;
- garantia de acesso à terra e à água;
- incentivo à produção de alimentos saudáveis;
- enfrentamento das desigualdades territoriais, especialmente em regiões vulneráveis como a Amazônia e territórios indígenas (BRASIL, 2025).

2.1.16. Quais são os resultados mais recentes?

Dados da Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO/ONU) indicam que o Brasil foi retirado do Mapa da Fome, pois a média trienal 2022–2024 apresentou prevalência de subnutrição inferior a 2,5% da população — limiar internacional para caracterização de insegurança alimentar grave (FAO, 2025).

Esse resultado representa avanço importante na redução da fome severa no país.

2.1.17. O que essa trajetória ensina aos profissionais de saúde?

A experiência brasileira demonstra que o enfrentamento da insegurança alimentar exige políticas contínuas, intersetoriais e baseadas em direitos.

Para médicos e nutricionistas, compreender esse arcabouço é essencial, pois a prática clínica e territorial está inserida em um contexto mais amplo de garantia do direito humano à alimentação adequada.

Fortalecer essas políticas, com atenção especial à infância e adolescência., é estratégico para romper ciclos intergeracionais de pobreza, adoecimento e violências associadas à insegurança alimentar.

MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- A insegurança alimentar é definida como a condição em que indivíduos ou famílias vivenciam acesso irregular, insuficiente ou incerto a alimentos em quantidade e qualidade adequadas. Trata-se de uma violação do Direito Humano à Alimentação Adequada e, quando atinge crianças e adolescentes, configura-se também como uma forma de violência alimentar, pois compromete crescimento, desenvolvimento, saúde mental e dignidade.
- A insegurança alimentar não é resultado inevitável da escassez, mas expressão de desigualdades estruturais que podem, e devem, ser enfrentadas por meio de políticas públicas baseadas em direitos. A experiência brasileira demonstra que ações contínuas, intersetoriais e sustentadas, como o fortalecimento do SISAN, dos programas de transferência de renda e das estratégias de promoção da alimentação adequada, são capazes de reduzir a fome e proteger a infância e a adolescência.
- Para profissionais da saúde, compreender esse arcabouço significa reconhecer que o cuidado clínico também é um ato político e social: identificar a insegurança alimentar, orientar famílias e articular redes de apoio faz parte da garantia do direito humano à alimentação adequada e da prevenção de ciclos intergeracionais de pobreza, adoecimento e violência.

Referências

- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 18 set. 2006.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Fome Zero: diretrizes e ações. Brasília, DF: MDS, 2003.

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Bolsa Família: legislação e normas operacionais. Brasília, DF: MDS, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Plano Brasil Sem Fome. Brasília, DF: MDS, 2023.
- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. III Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PLANSAN 2025–2027. Brasília, DF: CAISAN, 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Diretrizes da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: CONSEA, 2010. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2010/07/diretrizesdaPNSAN.pdf>.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (II VIGISAN). Brasília, DF: Rede PENSSAN, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- FAO – FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *The State of Food and Agriculture 2019: Moving forward on food loss and waste reduction*. Roma: FAO, 2019. Disponível em: <https://openknowledge.fao.org/handle/1834/31243>
- FAO; FIDA; OMS; PAM; UNICEF. *O estado da segurança alimentar e nutricional no mundo 2020: transformar os sistemas alimentares para que promovam dietas acessíveis e saudáveis*. Roma: FAO, 2020. Disponível em: <https://www.fao.org/publications>.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2025*. Rome: FAO, 2025.
- FIGUEROA PEDRAZA, D. Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 5 anos: da dimensão alimentar à nutricional. *Revista Cienc. Salud*, v. 22, n. 1, p. 1-21, 2024.
- Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE): legislação básica. Brasília, DF: FNDE, 2013.

- GURGEL, A. M.; SANTOS, C.C.S.; ALVES, K. P.S.; ARAÚJO, J. M.; LEAL, V. S. Políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3421-3434, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.21352020>.
- MONTEIRO, C. A.; LEVY, R. B.; CANNON, G.; MOUBARAC, J. C.; CASTRO, I. R. R.; LEAL, V. S. Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 28, n. 1, p. 60-72, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000100010>
- PACTO CONTRA A FOME. *Retrospectiva das políticas de combate à fome no Brasil (2003–2023)*. São Paulo: Instituto Pacto Contra a Fome, 2023. Disponível em: <https://www.pactocontrafome.org.br>.
- Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN). Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (VIGISAN). São Paulo: Rede PENSSAN, 2021.
- SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA): validação de método para avaliação da segurança alimentar no Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 27, n. 4, p. 473–484, 2014.

2.2. Negligência Alimentar: A Violência Silenciosa à Mesa

2.2.1. O que é negligência na infância e adolescência?

A negligência é uma das formas mais frequentes de violência contra crianças e adolescentes. Caracteriza-se por omissões que comprometem o atendimento de necessidades básicas, como alimentação, saúde, segurança e afeto (SBP, 2022). Diferentemente de agressões explícitas, ela se manifesta pela ausência de cuidado, supervisão ou proteção adequados.

2.2.2. Como a negligência se manifesta no campo da alimentação?

No contexto da nutrição, a negligência é reconhecida como uma forma de violência alimentar. Ela pode ocorrer de maneira **quantitativa**, quando há oferta insuficiente de alimentos, ou **qualitativa**, quando a alimentação é inadequada do ponto de vista nutricional. Também se expressa pela falta de orientação e acompanhamento dos responsáveis nas escolhas alimentares da criança (Pedroso & Leite, 2023).

2.2.3. O que é negligência alimentar quantitativa?

Refere-se à privação ou oferta insuficiente de alimentos, podendo resultar em fome, desnutrição, déficit de crescimento e prejuízos ao desenvolvimento infantil.

2.2.4. E o que caracteriza a negligência alimentar qualitativa?

A negligência qualitativa, muitas vezes invisibilizada ou socialmente naturalizada, ocorre quando predominam na alimentação infantil os alimentos ultraprocessados e de baixo valor nutricional. Essa prática favorece deficiências nutricionais ocultas, obesidade e síndrome metabólica (Monteiro et al., 2018).

2.2.5. A desinformação também pode configurar negligência alimentar?

Sim. Quando há despreparo, desinformação ou desinteresse dos responsáveis em orientar e acompanhar a alimentação da criança — permitindo escolhas prejudiciais, muitas vezes influenciadas pela publicidade ou por hábitos inadequados — configura-se uma forma de negligência. Ela pode coexistir com negligência médica ou educacional e está frequentemente associada à vulnerabilidade social, desestruturação familiar e fragilidade de vínculos afetivos (Van Ijzendoorn et al., 2020).

2.2.6. Quais são os principais fatores de risco?

Entre os fatores associados à negligência alimentar estão: insegurança alimentar, baixa escolaridade dos cuidadores, transtornos mentais, uso de

substâncias psicoativas, famílias numerosas e ausência de apoio institucional (WHO, 2016). Contudo, essa forma de violência também pode ocorrer em famílias de maior nível socioeconômico, especialmente quando há delegação irrestrita do cuidado alimentar a terceiros, ausência de supervisão ativa ou priorização de demandas profissionais em detrimento do cuidado com a criança (Pedroso, 2023).

2.2.7. Quais são as consequências da negligência alimentar?

Os impactos são amplos e atingem o estado nutricional, o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor. Também podem surgir transtornos alimentares, dificuldades escolares, problemas comportamentais e emocionais, como irritabilidade, apatia ou retraimento, além de sintomas psicossomáticos e dificuldades de vínculo com os cuidadores (WHO, 2016).

2.2.8. Por que é fundamental reconhecer a negligência alimentar como forma de violência?

Reconhecer essa condição exige uma perspectiva ampliada do cuidado. Isso implica qualificação dos profissionais de saúde, escuta ativa, fortalecimento das redes de proteção e promoção de educação alimentar e nutricional crítica e emancipatória, conforme preconizado pelas políticas públicas de promoção da saúde e de garantia dos direitos da criança e do adolescente (Pedroso, 2023).

MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- A negligência alimentar é a omissão no cuidado com a alimentação de crianças e adolescentes, configurando forma de violência. Pode ser **quantitativa**, quando há oferta insuficiente de alimentos, ou **qualitativa**, quando a alimentação é inadequada ou sem supervisão responsável.

- Reconhecê-la como violação de direitos é essencial para promover cuidado, proteção e desenvolvimento saudável na infância e adolescência.

Referências

- MONTEIRO, C. A.; MOUBARAC, J.C.; LEVY, R. B.; CANELLA, D.S.; LOUZADA, M.L.C.; CANNON, G. Household availability of ultra-processed foods and obesity in nineteen European countries. *Public Health Nutrition*, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2018. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001379>
- MONTEIRO, C. A.; CANNON, G.; LEVY, R. B.; LOUZADA, M. L. C.; JAIME, P. C. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*, v. 22, n. 5, p. 936–941, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>
- PEDROSO, M. R. O.; LEITE, F. M. C. Prevalência e fatores associados à negligência contra crianças em um estado brasileiro. *Escola Anna Nery*, v. 27, n. 3, p. 1-9, 2023. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0466>.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. 2. ed. São Paulo: SPSP, 2018. 88 p. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/manual-de-atendimento-as-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-violencia-disponivel-para-leitura/>
- VAN IJZENDOORN, M. H.; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; CATANESE, A.; et al. Annual research review: attachment and maltreatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Oxford, v. 61, n. 1, p. 4–30, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO, 2016.

2.3. Práticas Parentais Abusivas: Quando o Cuidado se Transforma em Violência

As práticas parentais abusivas no contexto alimentar não ocorrem de forma isolada, mas estão profundamente relacionadas aos estilos parentais adotados no cotidiano familiar. O modo como os cuidadores exercem autoridade,

estabelecem limites, expressam afeto e supervisionam a rotina influencia diretamente a construção do comportamento alimentar infantil. Assim, compreender a relação entre estilos parentais e práticas alimentares é fundamental para identificar quando o cuidado ultrapassa o limite e passa a configurar violência alimentar.

2.3.1. O que são estilos parentais e por que são importantes para o comportamento alimentar infantil?

Os estilos parentais correspondem ao conjunto de atitudes, estratégias e práticas educativas utilizadas pelos cuidadores para educar, disciplinar e promover o desenvolvimento global da criança. (GOMIDE, 2013; PAPALIA; MARTORELL, 2022).

Esses estilos influenciam diretamente a construção do comportamento alimentar, pois moldam a forma como a criança aprende sobre limites, autonomia, autorregulação e relação com a comida.

2.3.2. Quais são os principais estilos parentais descritos na literatura?

Baumrind (1966) identificou inicialmente três estilos parentais: autoritário, permissivo e democrático (ou autoritativo). Posteriormente, Maccoby e Martin (1983) ampliaram o modelo ao incluir o estilo negligente ou omissivo, caracterizado por baixa responsividade e baixo envolvimento parental (PAPALIA; MARTORELL, 2022).

2.3.3. Como se caracteriza o estilo autoritário?

No estilo autoritário, predomina o controle rígido e coercitivo, com exigência de obediência irrestrita. As regras são impostas sem espaço para diálogo, o que pode favorecer práticas alimentares baseadas em pressão, punição ou controle excessivo.

2.3.4. O que define o estilo permissivo?

O estilo permissivo apresenta alta responsividade emocional, porém baixa exigência e pouco monitoramento. Há afeto, mas ausência de limites claros, o que pode dificultar a construção de hábitos alimentares estruturados.

2.3.5. O que caracteriza o estilo democrático (ou autoritativo)?

O estilo democrático combina afeto, diálogo, estabelecimento de limites consistentes e incentivo à autonomia. É considerado o mais favorável ao desenvolvimento saudável, pois equilibra orientação e responsividade, favorecendo a autorregulação alimentar.

2.3.6. O que é o estilo negligente?

O estilo negligente, descrito por Maccoby e Martin (1983), refere-se a cuidadores com baixa responsividade e baixo envolvimento. Nesse contexto, os responsáveis priorizam suas próprias demandas, oferecendo pouco suporte emocional, supervisão ou orientação aos filhos (PAPALIA; MARTORELL, 2022).

Essa configuração pode impactar diretamente o comportamento alimentar infantil, especialmente quando há ausência de acompanhamento, orientação nutricional ou organização da rotina alimentar.

Quadro 1. Relação entre Estilos Parentais e Práticas Alimentares

ESTILO PARENTAL	PRÁTICAS ALIMENTARES ASSOCIADAS
Responsivo (democrático/autoritativo)	• Orienta a alimentação da criança de forma clara e acolhedora • Estabelece limites consistentes • Atua como modelo, comendo junto e conversando positivamente sobre os alimentos • Responde adequadamente aos sinais de fome e saciedade da criança
Controlador (autoritário)	• Tenta controlar rigidamente a alimentação • Restringe alimentos de forma excessiva • Pressiona a criança para comer • Utiliza recompensas ou punições envolvendo comida • Desconsidera os sinais de fome e saciedade
Permissivo ou Indulgente	• Não estabelece limites claros • Permite que a criança escolha o que, quando e onde comer sem orientação • Prepara alimentos específicos para atender preferências imediatas • Pode ignorar sinais internos de fome e saciedade ao não organizar rotinas
Não envolvido ou Passivo (negligente)	• Demonstra baixo envolvimento nas responsabilidades alimentares • Não estabelece limites ou rotinas • Não supervisiona escolhas alimentares • Ignora sinais físicos e emocionais relacionados à alimentação

Fonte: Baumrind (1966); Maccoby & Martin (1983); Papalia & Martorell (2022)

2.3.7. O que são práticas alimentares parentais?

As práticas alimentares parentais são estratégias específicas utilizadas pelos cuidadores para influenciar:

- O tipo de alimento consumido;
- A quantidade ingerida;
- O modo como a criança se alimenta.

Essas práticas ultrapassam a dimensão nutricional e impactam diretamente a relação subjetiva da criança com a comida, podendo favorecer escolhas saudáveis ou gerar associações disfuncionais (MAYER et al., 2014).

2.3.8. Quais são as principais práticas alimentares parentais identificadas na literatura?

Existem doze práticas parentais relacionadas com a alimentação, que podem ser positivas ou negativas a depender do contexto e da forma como são aplicadas (Musher-Eizenman & Holub, 2009).

Quadro 3. Práticas Alimentares Parentais

Prática alimentar parental	Classificação geral	Observações clínicas e educativas
1. Controle da alimentação pela criança	Positiva ou negativa	Positiva quando há orientação; Negativa quando há omissão/negligência
2. Uso do alimento como regulador emocional	Negativa	Favorece comer emocional e desregulação
3. Incentivo ao equilíbrio e à variedade	Positiva	Associada à comunicação e autonomia
4. Oferta de ambiente com alimentos saudáveis	Positiva	Funciona como estímulo ambiental
5. Uso do alimento como recompensa	Ambígua	Pode reforçar consumo emocional

6. Envolvimento da criança nas decisões	Positiva	Promove autonomia e responsabilidade
7. Modelo alimentar parental	Positiva	Aprendizagem por observação
8. Monitoramento e restrições	Positiva ou negativa	Depende de coerência e sensibilidade
9. Pressão para comer	Negativa	Ignora sinais de fome e saciedade
10. Restrição por saúde	Potencialmente positiva	Deve evitar rigidez excessiva
11. Restrição para controle de peso	Risco aumentado	Pode gerar insatisfação corporal
12. Ensino sobre nutrição	Positiva	Promove escolhas conscientes

Fonte: Musher-Eizenman & Holub, 2009.

2.3.9. O que significa permitir que a criança controle sua própria alimentação?

Refere-se ao estímulo à autonomia alimentar.

Quando ocorre com supervisão adequada, favorece independência e autorregulação, sendo considerada prática educativa positiva.

Entretanto, quando associada à ausência de acompanhamento, pode indicar negligência ou monitoramento negativo, caracterizando práticas disfuncionais (GOMIDE, 2006).

2.3.10. O que acontece quando a comida é usada para regular emoções?

O uso do alimento como regulador emocional condiciona a criança a associar a comida ao alívio de emoções negativas, e não à saciedade fisiológica.

Essa prática é considerada inadequada do ponto de vista educativo, pois pode contribuir para:

- Comer emocional;
- Desregulação alimentar;
- Maior risco de sofrimento psíquico.

2.3.11. O incentivo ao equilíbrio e à variedade é uma prática positiva?

Sim. Trata-se de uma prática educativa positiva, pois envolve:

- Comunicação clara;
- Orientação com diálogo;
- Promoção de escolhas equilibradas;
- Incentivo à autonomia com suporte.

Ela fortalece a construção consciente da relação com a alimentação.

2.3.12. Oferecer um ambiente com alimentos saudáveis faz diferença?

Sim. O ambiente alimentar funciona como um estímulo discriminativo para o comportamento de comer.

Disponibilizar alimentos saudáveis em casa demonstra envolvimento ativo dos cuidadores e favorece escolhas adequadas, sendo considerada prática positiva.

2.3.13. Usar alimentos como recompensa é sempre prejudicial?

Não necessariamente. Essa prática é considerada ambígua. Pode ser negativa quando:

- Reforça a ideia de que a comida é prêmio;
- Associa alimento a mérito ou consolo emocional.

Pode ser positiva quando:

- Utilizada de forma contingente e educativa;
- Incentiva comportamentos saudáveis específicos.

A forma e o contexto de aplicação são determinantes.

2.3.14. Envolver a criança nas decisões alimentares é recomendado?

Sim. Permitir que a criança participe de:

- Compras;
- Planejamento do cardápio;
- Escolha de preparações;

Essas atitudes promovem autonomia, responsabilidade e interesse pela alimentação. É considerada prática educativa positiva.

2.3.15. O que é modelo alimentar parental?

Refere-se ao exemplo dado pelos pais. Crianças aprendem por observação. Quando os cuidadores adotam hábitos saudáveis, tornam-se modelos positivos, fortalecendo o aprendizado social e a internalização de comportamentos adequados.

2.3.16. Monitoramento e restrições alimentares são práticas negativas?

Não necessariamente. quando realizadas com **coerência, respeito, clareza e sensibilidade**, são consideradas práticas educativas positivas, pois estabelecem limites estruturantes.

Entretanto, quando excessivamente rígidas, podem gerar culpa, ansiedade ou comportamento alimentar compensatório.

2.3.17. Por que a pressão para comer é considerada prejudicial?

A pressão para comer desconsidera os sinais internos de fome e saciedade da criança.

Ao impor o consumo alimentar, o controle deixa de ser interno (autorregulação) e passa a ser externo (imposição parental), comprometendo o desenvolvimento da autonomia alimentar.

Essa prática é classificada como negativa.

2.3.18. Qual a diferença entre restrição por saúde e restrição para controle de peso?

- **Restrição por saúde:** visa reduzir consumo de alimentos menos saudáveis com foco no bem-estar.
- **Restrição para controle de peso:** foca na preocupação com o peso corporal.

Ambas podem ser positivas quando conduzidas com sensibilidade e orientação adequada. Contudo, tornam-se prejudiciais quando geram rigidez excessiva, medo de engordar ou insatisfação corporal.

2.3.19. O ensino sobre nutrição é importante?

Sim. O ensino sobre nutrição é prática educativa positiva, pois:

- Transmite conhecimento;
- Promove escolhas conscientes;
- Incentiva equilíbrio e variedade;
- Favorece autonomia alimentar.

2.3.20. Quando práticas alimentares podem se tornar violência alimentar?

Práticas alimentares parentais tornam-se violência alimentar quando:

- Instrumentalizam a comida como forma de controle;
- Desrespeitam sinais de fome e saciedade;
- Produzem medo, culpa ou humilhação;
- Desconsideram o bem-estar emocional da criança.

Mesmo quando motivadas por intenção de cuidado, tais práticas podem gerar sofrimento psíquico e risco à saúde física e mental (BLISSETT; HAYCRAFT, 2008; RODGERS et al., 2013).

2.3.21. As crianças percebem essas práticas?

Sim. Estudos indicam que as crianças reconhecem conscientemente atitudes parentais relacionadas à alimentação, identificando tanto práticas positivas quanto negativas (PINHEIRO-CAROZZO; DE OLIVEIRA, 2017).

Essa percepção reforça a importância de estratégias educativas sensíveis, equilibradas e respeitosas.

2.3.22. Por que reconhecer a violência alimentar é fundamental?

Reconhecer práticas alimentares inadequadas como formas de violência amplia a compreensão dos direitos da criança no campo da alimentação. Não se trata apenas de garantir acesso ao alimento, mas de assegurar:

- Dignidade;
- Respeito;
- Bem-estar emocional;
- Autonomia alimentar.

Essa abordagem fortalece ações interdisciplinares na saúde, na educação e nas políticas públicas, promovendo uma alimentação verdadeiramente saudável, humanizada e livre de violência ao longo do desenvolvimento infantil

MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- O comportamento alimentar infantil é moldado pelo estilo parental. A forma como cuidadores exercem autoridade, afeto e limites influencia diretamente a construção da autonomia, da autorregulação e da relação da criança com a comida.
- Estilos parentais estruturam práticas alimentares.
 - Autoritário: controle rígido e coercitivo; maior risco de pressão e imposição alimentar.
 - Permissivo: afeto sem limites claros; fragilidade na organização de hábitos.
 - Democrático/autoritativo: equilíbrio entre afeto e limites; favorece autorregulação e autonomia.
 - Negligente: baixo envolvimento e responsividade; risco de omissão e desorganização alimentar.
- Práticas alimentares parentais vão além da nutrição. Elas impactam a dimensão emocional e simbólica da alimentação, influenciando como a criança percebe fome, saciedade, prazer e controle.

- Nem todas as práticas são intrinsecamente positivas ou negativas. O contexto, a forma de aplicação e o grau de sensibilidade parental determinam seus efeitos.
- Práticas educativas positivas incluem:
 - Incentivo ao equilíbrio e à variedade;
 - Ambiente alimentar saudável;
 - Ensino sobre nutrição;
 - Modelo parental positivo;
 - Envolvimento da criança nas decisões alimentares;
 - Monitoramento e limites com respeito e coerência.
- Práticas de risco incluem:
 - Pressão para comer;
 - Uso da comida como regulação emocional;
 - Restrição excessivamente rígida;
 - Controle alimentar baseado em culpa, medo ou punição;
 - Negligência na organização da rotina alimentar.
- O uso da comida como ferramenta de controle é um marcador central de violência alimentar. Quando a alimentação é instrumentalizada para punir, recompensar, manipular ou silenciar emoções, o cuidado ultrapassa o limite educativo.
- Violência alimentar não depende da intenção, mas do impacto. Mesmo práticas motivadas por “preocupação” podem gerar sofrimento psíquico, desregulação alimentar e risco à saúde física e mental.
- Crianças percebem e interpretam as práticas parentais. Elas reconhecem atitudes coercitivas, humilhantes ou respeitadas, o que reforça a necessidade de intervenções sensíveis e baseadas em direitos.
- Reconhecer a violência alimentar amplia o conceito de proteção integral. Garantir alimentação adequada não significa apenas ofertar comida, mas assegurar dignidade, respeito, bem-estar emocional e desenvolvimento da autonomia.
- A identificação dessas práticas é responsabilidade dos profissionais de saúde. Compreender a intersecção entre estilo parental, práticas alimentares

e impacto emocional é essencial para diagnóstico precoce, orientação familiar e prevenção.

- Promoção da alimentação saudável exige abordagem interdisciplinar. Saúde, educação e políticas públicas devem atuar de forma integrada para prevenir práticas abusivas e promover relações alimentares humanizadas.

Referências

- ALVARENGA, P., PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 3, p. 449-460, 2001.
- BAUMRIND, Diana. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, v. 37, n. 4, p. 887–907, 1966.
- BEZERRA, M. K. A.; CARVALHO, E. F.; OLIVEIRA, J. S.; CESSE, E. A. P.; LIRA, P. I. C.; CAVALCANTE, J. G. T. Estilo de vida de adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas em Recife: ERICA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 221-232, 2021.
- BLISSETT, J.; HAYCRAFT, E. Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*, v. 50, n. 2-3, p. 477-485, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar.pdf
- CAROZZO, N. P. P.; OLIVEIRA, J. H. A. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. *Psicologia em Revista*, v. 26, n. 1, p. 187-209, 2017. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.187-209>.
- GOMIDE, P. I. C. *Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes, 2006. 102 p.
- GOMIDE, P. I. C. *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites*. Petrópolis: Vozes, 2013. 128 p.

- KLÖTZ-SILVA, J., PRADO, S. D., SEIXAS, C. M. Hábitos alimentares e comportamento alimentar: do que estamos falando? *Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1103-1123, 2016. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000400003>.
- MUSHER-EIZENMAN, D.R.; LAUZON-GUILLAIN, B.; HOLUB, S.C.; LEPORC, E.; CHARLES, M.A. Child and parent characteristics related to parental feeding practices: a cross-cultural examination in the US and France. *Appetite*, v. 52, n. 1, p. 89-95, 2009.
- PINHEIRO-CAROZZO, N.P.; OLIVEIRA, J. H. A. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 187–209, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.187-209>
- SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas Educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 22, n. 2, p. 187-195, 2005.
- SANTOS, K. F.; COELHO, L. V.; ROMANO, M. C. C. Comportamento dos pais e comportamento alimentar da criança: revisão sistemática. *Revista Cuidarte*, v. 11, n. 3, p. e1041, 2020. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1041>.

CAPÍTULO 3

TELAS QUE MOLDAM O COMER: A INFLUÊNCIA DA MÍDIA NA VIOLÊNCIA ALIMENTAR



Figura 5. Influência da Mídia na Violência Alimentar Infanto-Juvenil. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

✂ O que será abordado neste capítulo?

Neste capítulo, discutiremos como a mídia, incluindo televisão, internet, redes sociais e demais plataformas digitais, atua como um importante agente na formação dos hábitos alimentares de crianças e adolescentes. Serão abordados os estágios do desenvolvimento consumidor descritos por Moura (2010), evidenciando como a exposição precoce à publicidade influencia preferências, pedidos e escolhas alimentares ao longo da infância.

Também analisaremos a relação entre tempo de tela e padrões alimentares inadequados, à luz de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (IBGE, 2022) e de evidências recentes sobre consumo de ultraprocessados e sedentarismo (Antoniassi et al., 2024). Além disso, discutiremos as estratégias de marketing direcionadas ao público infantil (Cruz et al., 2021), o impacto da construção midiática de padrões corporais e sua associação com insatisfação corporal e transtornos alimentares.

Por fim, o capítulo propõe a compreensão da mídia como um agente de violência alimentar estrutural, destacando implicações práticas para a atuação de profissionais de saúde na prevenção, identificação e enfrentamento desse fenômeno.

3.1. Por que a mídia deve ser considerada um fator de risco para a violência alimentar?

As mídias, televisão, internet, redes sociais, jornais e revistas, exercem influência direta na formação de hábitos alimentares de crianças e adolescentes. Essa influência não é neutra: ela ocorre em um contexto fortemente marcado por interesses comerciais, especialmente da indústria de alimentos ultraprocessados.

Segundo Moura (2010), o processo denominado desenvolvimento consumidor descreve como, ao longo da infância, a criança constrói sua relação com produtos e mensagens publicitárias. Esse processo começa muito cedo e molda preferências, desejos e comportamentos alimentares.

Quando a mídia promove sistematicamente alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar, gorduras e aditivos, ela não apenas influencia escolhas pontuais, mas participa da construção simbólica da alimentação desde a primeira infância (Moura, 2010). Nesse contexto, a mídia pode se tornar um agente estruturante da violência alimentar.

3.2. Como ocorre o desenvolvimento consumidor na infância?

Moura (2010) descreve estágios progressivos:

- **0 a 2 anos**

Mesmo antes da linguagem estruturada, bebês já demonstram interesse por cores, imagens e produtos posicionados ao seu alcance. Entre 18 e 24 meses, passam a solicitar itens com base em associações feitas com propagandas.

- **2 a 5 anos**

Nessa fase, a criança ainda tem dificuldade de distinguir fantasia de realidade. Comerciais são interpretados como verdadeiros. O julgamento dos produtos baseia-se em critérios como:

- Doçura
- Cor
- Associação com personagens
- Brindes e diversão

A vulnerabilidade às estratégias emocionais e sensoriais é alta (Moura, 2010).

- **5 a 8 anos**

Há maior capacidade de argumentação. A criança passa a negociar com adultos e é fortemente influenciada por colegas e marcas.

- **8 anos até a pré-adolescência**

O consumo passa a estar ligado à identidade, pertencimento e status social. Marcas tornam-se símbolos de aceitação e integração em grupos. Assim, a alimentação deixa de ser apenas necessidade biológica e passa a ser mediada por significados sociais e comerciais (Moura, 2010).

3.3. O tempo de tela influencia o comportamento alimentar?

Sim. O tempo excessivo diante de telas é um fenômeno global e está associado a piores padrões alimentares.

No Brasil, a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (2019, publicada em 2022), identificou que 40% dos estudantes do 9º ano assistiam televisão por duas ou mais horas diariamente (IBGE, 2022). A ampliação do acesso a celulares, computadores e tablets aumentou ainda mais as formas de exposição (IBGE, 2020).

Estudo recente de Antoniassi et al. (2024) mostrou que:

- 74,4% dos adolescentes ultrapassaram o limite recomendado de duas horas diárias de tela.
- A televisão foi a modalidade mais prevalente (56,5%), seguida por celulares e computadores (53,2%) e videogames (22,0%).
- O excesso de TV associou-se à dietas com maior presença de ultraprocessados.

- O uso prolongado de videogames esteve relacionado a pior qualidade alimentar, menor renda do entorno escolar e ambientes pouco favoráveis à atividade física.

Além disso, o tempo excessivo de tela contribui para:

- Redução da atividade física
- Aumento do comportamento sedentário
- Maior consumo de alimentos ultraprocessados
- Menor ingestão de alimentos in natura ou minimamente processados (Antoniassi et al., 2024)

3.4. Como o marketing alimentar direcionado às crianças funciona?

A publicidade infantil utiliza estratégias específicas para criar vínculo afetivo com o produto. Segundo Cruz et al. (2021), são comuns:

- Cores vibrantes
- Personagens animados
- Músicas cativantes
- Brindes e promoções
- Linguagem persuasiva
- Associação do produto à felicidade, sucesso e aceitação social

Essas estratégias reforçam a preferência por alimentos ultraprocessados e estimulam o consumo impulsivo.

A exposição frequente está associada a:

- Substituição de alimentos nutritivos
- Maior prevalência de obesidade infantil
- Alterações na percepção da imagem corporal
- Maior risco de transtornos alimentares (Cruz et al., 2021)

Moura (2010) destaca ainda que a frustração diante da negativa parental pode gerar conflitos familiares e sentimentos de inadequação na criança.

3.5. A influência da mídia vai além da promoção de alimentos?

Sim. A mídia também veicula padrões estéticos restritivos e excludentes.

Desde a segunda metade do século XX, o culto à magreza passou a ser amplamente difundido e, atualmente, é intensificado pelas redes sociais. Esse ideal associa magreza a:

- Beleza
- Autocontrole
- Sucesso
- Aceitação social

Tal construção simbólica favorece insatisfação corporal, especialmente entre meninas e adolescentes, aumentando o risco de:

- Dietas restritivas
- Compulsão alimentar
- Jejuns prolongados
- Vômitos autoinduzidos

Esses comportamentos podem evoluir para transtornos alimentares (Moura, 2010), como:

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Transtorno de compulsão alimentar periódica

3.6. Por que a mídia pode ser considerada um agente de violência alimentar estrutural?

Porque sua atuação não é episódica, mas sistemática e planejada. A mídia:

- Utiliza linguagem simbólica e emocional para induzir consumo
- Promove alimentos que contrariam princípios de saúde
- Impõe padrões estéticos inatingíveis
- Reforça desigualdades sociais e vulnerabilidades

Ao interferir simultaneamente nas escolhas alimentares e na imagem corporal, contribui para práticas alimentares nocivas e para o comprometimento do desenvolvimento saudável (Bittar & Soares, 2020).

Nesse sentido, a violência alimentar promovida pela mídia não ocorre apenas no nível individual, mas estrutural, pois está integrada a sistemas

econômicos, culturais e comunicacionais que priorizam lucro em detrimento da saúde e do bem-estar infantil.

3.7. Quais as implicações para o profissional de saúde?

- Investigar tempo de tela nas consultas.
- Explorar influência de publicidade nas escolhas alimentares.
- Orientar famílias sobre consumo crítico de mídia.
- Trabalhar educação alimentar associada à alfabetização midiática.
- Identificar precocemente sinais de insatisfação corporal e comportamentos alimentares de risco.

Reconhecer o papel da mídia é fundamental para ampliar o olhar clínico e compreender a violência alimentar em sua dimensão contemporânea e estrutural.

MENSAGENS-CHAVE DO CAPÍTULO

- A mídia é um determinante contemporâneo do comportamento alimentar. A exposição precoce e contínua à publicidade influencia preferências, pedidos e padrões de consumo desde a primeira infância.
- O Tempo de tela é um marcador clínico relevante. Investigar rotina digital deve fazer parte da anamnese. Exposição superior a duas horas diárias associa-se a maior consumo de ultraprocessados, sedentarismo e pior qualidade da dieta.
- A publicidade infantil é planejada para persuadir. Cores, personagens, brindes e narrativas emocionais não são neutros, são estratégias estruturadas para estimular o consumo de produtos ultraprocessados
- Violência alimentar também é simbólica. A associação entre alimentos ultraprocessados e felicidade, pertencimento ou sucesso reforça padrões de consumo que não dialogam com saúde e autonomia alimentar

- Padrões corporais midiáticos impactam a saúde mental. O culto à magreza e à performance corporal aumenta a insatisfação com a imagem corporal e o risco de transtornos alimentares, especialmente entre adolescentes
- A vulnerabilidade é maior na infância. Crianças pequenas não distinguem plenamente fantasia de realidade, o que as torna particularmente suscetíveis à publicidade
- Orientação familiar é estratégia de prevenção. Educação alimentar deve incluir alfabetização midiática: ensinar pais e responsáveis a mediar o consumo de telas e discutir criticamente propagandas.
- O cuidado precisa ser ampliado. A violência alimentar associada à mídia não é apenas individual, mas estrutural. Reconhecer esse contexto fortalece a atuação ética, crítica e preventiva do profissional de saúde.

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Screen time and children. Washington, DC: AACAP, 2020. Disponível em: <https://www.aacap.org>. Acesso em: dia mês ano.
- ANTONIASSI, S. G., MACHADO, C. O., SANTOS, D. S., SANTOS, L., HÖFELMANN, D. A. Tempo de tela, qualidade da dieta de adolescentes e características do entorno escolar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00022023>
- BITTAR, C.; SOARES, A. Mídia e comportamento alimentar na adolescência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 1, p. 291-308, 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1920>.
- CRUZ, R. M. F., SOUSA, J. P.; SKRIVAN, A. G. Reflexos da mídia na formação de hábitos alimentares de crianças e adolescentes a nível global – uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, v. 10, n.14, p1-12, 2021..e224101421797. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21797>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde do escolar: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental municípios das capitais: 2009/2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde escolar: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- MOURA, N. C. de. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. *Segurança Alimentar e Nutricional*, v. 17, n. 1, p. 113-122, 2010.

CAPÍTULO 4.

IMPACTOS E CONSEQUÊNCIAS DA VIOLENCIA ALIMENTAR

✂ O que será abordado neste capítulo?

Este capítulo abordará as principais consequências da violência alimentar ao longo do curso da vida, organizadas em três grandes eixos: desnutrição, doenças crônicas não transmissíveis e obesidade, e transtornos alimentares. Serão discutidos os mecanismos fisiológicos, emocionais e comportamentais envolvidos, bem como o papel das práticas parentais, da insegurança alimentar e do ambiente familiar na gênese desses desfechos.

Ao final, pretende-se oferecer ao leitor uma compreensão integrada de como experiências alimentares marcadas por coerção, privação ou desregulação podem impactar o crescimento, o desenvolvimento e o risco metabólico e psíquico, reforçando a importância da identificação precoce e da atuação interdisciplinar.

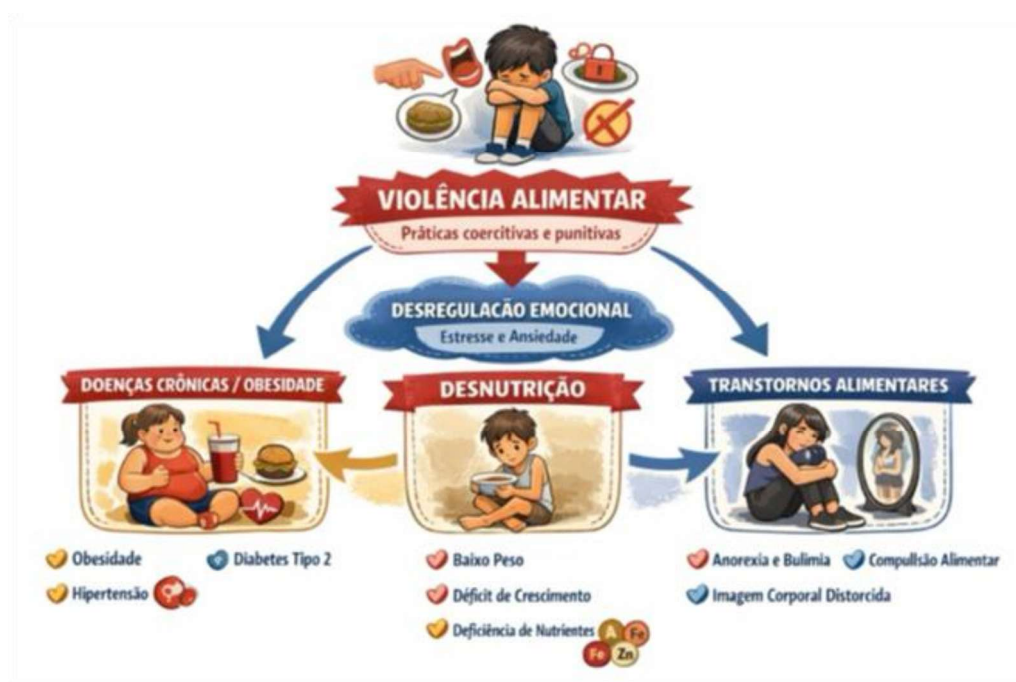


Figura 6. Impactos da Violência Alimentar em Crianças e Adolescentes. . **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

4.1 Doenças crônicas não transmissíveis e obesidade

4.1.1. Qual é a relação entre alimentos ultraprocessados e doenças crônicas?

Padrões alimentares caracterizados pelo consumo elevado de alimentos ultraprocessados estão consistentemente associados ao desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica.

Esses produtos são, em geral, ricos em açúcares adicionados, gorduras saturadas, sódio e aditivos artificiais, além de apresentarem baixo teor de fibras, vitaminas e minerais. Tal composição favorece desequilíbrios metabólicos e um estado inflamatório crônico de baixo grau, mecanismos diretamente envolvidos na fisiopatologia das doenças cardiovasculares e de determinadas neoplasias (MONTEIRO et al., 2019; SROUR et al., 2019).

O que são alimentos ultraprocessados ?

Os alimentos ultraprocessados não são alimentos modificados, mas formulações constituídas predominantemente de fontes industriais baratas de energia e nutrientes acrescidas de aditivos. São produtos desenvolvidos para ser hiperpalatáveis e atrativos, com longa vida de prateleira e capazes de ser consumidos em qualquer local e momento. Em termos nutricionais, apresentam alta densidade energética, elevado teor de gorduras de má qualidade, amidos refinados, açúcares livres e sódio, sendo pobres em proteínas, fibras alimentares e micronutrientes.

4.1.2. O consumo de ultraprocessados pode aumentar o risco de morte?

Sim. Estudos de coorte demonstram que dietas com alta proporção de alimentos ultraprocessados estão associadas ao aumento do risco de mortalidade por todas as causas, especialmente por doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, como o colorretal (FIOLET et al., 2018; PAGLIAI et al., 2021).

Portanto, o consumo elevado desses produtos representa um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de DCNT e para morte prematura.

4.1.3. Existe relação entre violência alimentar e maior consumo de ultraprocessados?

Evidências indicam que crianças expostas a práticas parentais violentas relacionadas à alimentação apresentam maior consumo de alimentos ultraprocessados (SANTOS et al., 2021).

Em contextos de insegurança alimentar, a privação ou a limitação do acesso a alimentos in natura ou minimamente processados reduz o consumo de frutas, hortaliças e outros alimentos nutritivos. Paralelamente, favorece-se a ingestão de produtos de baixo custo e alta densidade energética, como alimentos processados e ultraprocessados (LAURENTINO et al., 2024).

4.1.4. Como práticas parentais coercitivas influenciam o padrão alimentar infantil?

Práticas como uso de força física para obrigar a criança a comer, pressão excessiva, castigos verbais, recompensa alimentar e restrição rígida, estão associadas ao maior consumo de alimentos ultraprocessados (SANTOS et al., 2021).

Estratégias coercitivas podem comprometer a autorregulação do apetite infantil, dificultando o reconhecimento dos sinais internos de fome e saciedade (POWELL et al., 2011). Além disso, alimentos altamente palatáveis passam a ser utilizados como forma de alívio emocional (FERREIRA et al., 2021).

4.1.5. O uso de comida como recompensa pode gerar consequências metabólicas?

Sim. Quando determinados alimentos, frequentemente ricos em açúcar e gordura, são utilizados como recompensa ou reforço comportamental, passam a ser percebidos como mais desejáveis. Esse mecanismo pode estimular a superalimentação, aumentar o índice de massa corporal (IMC) e contribuir para outros agravos metabólicos (MAYER, 2011; RODGERS et al., 2013).

4.1.6. A restrição alimentar protege ou aumenta o risco?

Embora muitas vezes utilizada com a intenção de controlar o peso da criança, a restrição alimentar rígida pode produzir efeito contrário. Evidências clássicas demonstram que limitar excessivamente o acesso a determinados alimentos aumenta o desejo por esses itens e prejudica os mecanismos fisiológicos de autorregulação do apetite (BIRCH; FISHER, 1998).

Essa dinâmica favorece episódios de ingestão compulsiva de alimentos altamente palatáveis e energéticos, contribuindo para ganho ponderal e maior risco de transtornos alimentares (SANTOS et al., 2020).

4.1.7. Qual é a implicação clínica para profissionais de saúde?

A obesidade e outras DCNT na infância e adolescência não devem ser compreendidas apenas como resultado de escolhas individuais, mas também como desfechos influenciados por práticas parentais, contextos de vulnerabilidade social e violência alimentar.

Reconhecer essa interface é essencial para intervenções que promovam alimentação responsiva, ambiente alimentar seguro e prevenção de agravos metabólicos a curto e longo prazo.



Figura 7. Fluxograma: relação entre Violência Alimentar e Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- O consumo elevado de alimentos ultraprocessados é um fator de risco modificável para DCNT e mortalidade precoce. A qualidade do padrão alimentar deve ser investigada de forma sistemática na anamnese pediátrica.
- A obesidade infantil não é resultado apenas de escolhas individuais. Práticas parentais coercitivas, insegurança alimentar e violência alimentar influenciam diretamente o comportamento alimentar e o risco metabólico.

- Estratégias coercitivas comprometem a autorregulação do apetite. Pressão para comer, restrição rígida ou uso de comida como recompensa podem favorecer superalimentação, preferência por ultraprocessados e ganho ponderal.
- Restrição excessiva pode produzir efeito rebote. Limitar rigidamente determinados alimentos tende a aumentar o desejo por eles e prejudicar o controle interno de fome e saciedade.
- Violência alimentar é um determinante invisível das DCNT. Crianças expostas a práticas alimentares violentas apresentam maior consumo de ultraprocessados e maior risco cardiometabólico.
- A abordagem clínica deve ir além do IMC. É fundamental investigar o ambiente alimentar, as práticas parentais e o contexto socioeconômico antes de atribuir responsabilidade exclusivamente à criança ou ao adolescente.
- Promoção de alimentação responsiva é estratégia preventiva. Orientar pais e cuidadores sobre práticas não punitivas, oferta regular de alimentos in natura e respeito aos sinais de fome e saciedade é medida central na prevenção de DCNT.
- Intervenções precoces reduzem risco ao longo do ciclo de vida. A infância é janela crítica para formação de preferências alimentares e prevenção de doenças cardiovasculares, metabólicas e transtornos alimentares.

4.2 Desnutrição

4.2.1. Como a desnutrição se relaciona com a violência alimentar?

A desnutrição é uma das manifestações mais graves da violência alimentar. Ela pode decorrer não apenas da pobreza e da insegurança alimentar, mas também de negligência, desinformação e práticas parentais coercitivas que comprometem a ingestão adequada de nutrientes.

A insuficiência alimentar e condições inadequadas de vida, associadas ao baixo poder aquisitivo, refletem-se diretamente em indicadores antropométricos

de desnutrição. O crescimento e a manutenção das dimensões corporais exigem ingestão e adequada utilização biológica de calorias e proteínas (Instituto Pacto Contra Fome, 2023).

4.2.2. Qual é o cenário atual da desnutrição infantil no Brasil?

Dados do Observa Infância, iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz, revelaram que o Brasil atingiu, em 2021, a maior taxa de hospitalizações por desnutrição em crianças menores de um ano desde 2008: 113 internações para cada 100 mil nascidos vivos.

Para comparação:

- 2008: 102 internações por 100 mil nascidos vivos
- 2011: 75 internações por 100 mil nascidos vivos

A região Nordeste concentrou o maior número de hospitalizações, enquanto a região Norte apresentou as maiores taxas de mortalidade associadas à desnutrição.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2024), esse cenário está inserido em um contexto de agravamento socioeconômico, marcado por:

- Crises econômicas
- Impactos da pandemia de COVID-19
- Queda da renda familiar
- Insegurança alimentar
- Negligência e maus-tratos
- Alta nos preços dos alimentos
- Fragilidade no acesso a moradia, saneamento e serviços de saúde

4.2.3. O que é desnutrição segundo a Organização Mundial da Saúde?

De acordo com a OMS, a desnutrição é uma condição de deficiência nutricional decorrente da ingestão inadequada de energia e/ou nutrientes essenciais, comprometendo crescimento, desenvolvimento e estado geral de saúde.

Ela pode se manifestar como:

- Desnutrição aguda (emagrecimento acentuado)
 - Desnutrição crônica (baixa estatura para a idade)
 - Baixo peso para a idade
 - Carências específicas de micronutrientes, como ferro, zinco e vitamina A
- Também pode ser classificada em:
- Primária: decorrente de ingestão alimentar inadequada (pobreza, fome ou negligência).
 - Secundária: associada a doenças que comprometem absorção e aproveitamento de nutrientes (pneumopatias, cardiopatias, síndromes de má absorção).

4.2.4. Quais são as formas clínicas graves da desnutrição aguda?

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2021), as formas mais graves são:

- Marasmo: mais frequente em lactentes. Caracteriza-se por baixa atividade, perda acentuada de gordura e massa muscular, desaparecimento da bola de Bichat (aspecto de fâcies senil), costelas visíveis, nádegas atróficas, cabelos finos e escassos, comportamento apático e hepatomegalia é rara.
- Kwashiorkor: mais comum em crianças acima de 2 anos. Caracteriza-se por edema (face e membros inferiores) ou anasarca, face em “lua cheia”, alterações de pele (lesões hipo e hipercrômicas com descamação), alterações capilares (mudança de cor, textura e facilidade de desprendimento), hepatomegalia por esteatose e irritabilidade ou apatia.



Figura 8. Formas clínicas e graves da desnutrição aguda. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

4.2.5. O que é “fome oculta”?

A chamada “fome oculta” refere-se à deficiência isolada ou combinada de micronutrientes, mesmo quando há ingestão calórica aparentemente suficiente. As carências mais prevalentes são de ferro e Vitamina A (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021)

Essa condição pode passar despercebida clinicamente, mas compromete imunidade, desenvolvimento cognitivo e crescimento.

4.2.6. Quais são os principais sinais e sintomas da desnutrição?

Os sintomas variam conforme gravidade e tipo de deficiência (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021), podendo incluir:

- Atraso no crescimento ponderoestatural
- Irritabilidade ou apatia
- Baixo rendimento escolar
- Imunidade comprometida
- Palidez
- Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor
- Alterações de pele, cabelos e mucosas

4.2.7. Como deve ser feito o diagnóstico?

O diagnóstico exige avaliação nutricional abrangente, incluindo:

- Peso, estatura e IMC
- Perímetros corporais e dobras cutâneas
- Comparação com curvas de crescimento da OMS
- Cálculo de escores Z (peso/idade, estatura/idade, IMC/idade)
- Anamnese alimentar detalhada
- Exames laboratoriais quando indicados

A identificação precoce é fundamental para prevenir complicações graves e sequelas permanentes (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

4.2.8. A violência alimentar pode causar desnutrição mesmo quando há comida disponível?

Sim. Esse é um ponto importante. Além dos determinantes socioeconômicos, práticas alimentares autoritárias ou negligentes, como:

- Punição física ou emocional associada à alimentação
- Restrição alimentar severa
- Desorganização das rotinas alimentares
- Negligência quanto à oferta adequada
- podem levar a:
- Aversão alimentar
- Perda de apetite
- Recusa persistente

- Ingestão insuficiente

Essas situações comprometem a autorregulação do apetite e podem desencadear quadros de desnutrição mesmo em contextos nos quais os alimentos estão fisicamente disponíveis (Santos et al., 2020).

4.2.9. Qual a Implicação para o profissional de saúde?

Reconhecer que a desnutrição pode ser expressão de violência alimentar amplia o olhar clínico. A investigação deve ir além da disponibilidade de alimentos e incluir:

- Dinâmica familiar
- Práticas educativas parentais
- Presença de negligência
- Condições socioeconômicas
- Acesso a políticas públicas

A abordagem deve ser interdisciplinar, humanizada e orientada à proteção integral da criança e do adolescente.

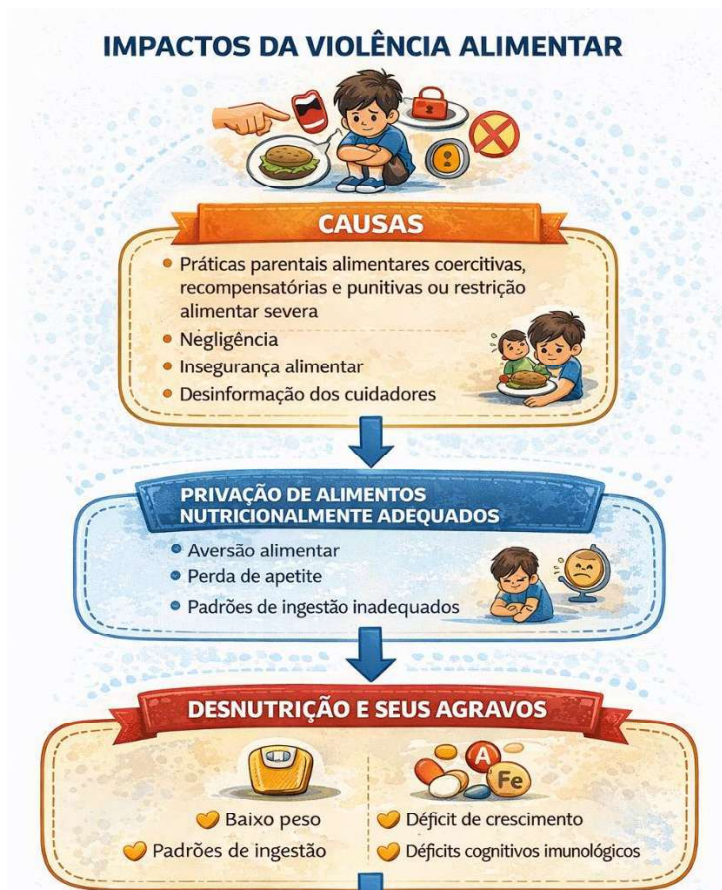


Figura 9. Fluxograma: relação entre violência Alimentar e desnutrição. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- A desnutrição é um agravo multifatorial e pode ser expressão de negligência alimentar. Não se restringe à escassez de alimentos, pode resultar de omissão de cuidados, privação intencional, práticas parentais inadequadas ou insegurança alimentar.
- Nem toda desnutrição é visível à primeira consulta. Avaliações antropométricas seriadas, análise do padrão de crescimento e investigação do contexto familiar são essenciais para diagnóstico precoce.
- Insegurança alimentar aumenta o risco de déficit nutricional qualitativo e quantitativo. A monotonia alimentar e a substituição de alimentos in natura por

produtos de baixo custo e baixa densidade nutricional comprometem o crescimento e o desenvolvimento.

- Desnutrição na infância tem repercussões de longo prazo. Está associada a prejuízos cognitivos, menor desempenho escolar, maior vulnerabilidade imunológica e maior risco de doenças crônicas na vida adulta.
- Práticas alimentares coercitivas também podem contribuir para ingestão insuficiente.

Ambientes alimentares hostis, punições ou pressão excessiva podem reduzir o apetite e comprometer a relação da criança com a comida.

- A investigação deve incluir aspectos psicossociais. Depressão materna, estresse tóxico, violência doméstica e vulnerabilidade socioeconômica são fatores frequentemente associados.
- O cuidado deve ser interprofissional. O manejo da desnutrição exige articulação entre equipe médica, nutricional, assistência social e, quando necessário, rede de proteção à criança e ao adolescente.
- A prevenção começa na promoção de práticas alimentares responsivas. Orientar cuidadores sobre oferta adequada, regularidade das refeições, ambiente acolhedor e respeito aos sinais de fome e saciedade é fundamental.
- Desnutrição é um marcador de vulnerabilidade social. Identificá-la deve acionar não apenas condutas clínicas, mas também encaminhamentos para políticas públicas de segurança alimentar.

4.3 Transtornos alimentares

4.3.1. O que são transtornos alimentares (TAs)?



Figura 10. Tipos de transtornos alimentares. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).

Os transtornos alimentares são distúrbios psiquiátricos de etiologia multifatorial, caracterizados por padrões alimentares perturbados, preocupação excessiva com peso e forma corporal e importantes prejuízos físicos, emocionais e funcionais.

A classificação diagnóstica dos TAs está contemplada nos principais sistemas internacionais: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 e Classificação Internacional de Doenças - CID-11.

Segundo o DSM-5, os principais TAs são (Robatto et al., 2024):

- Anorexia nervosa (AN)
- Bulimia nervosa (BN)
- Transtorno de compulsão alimentar (TCA)
- Transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE)
- Pica
- Transtorno de ruminação

4.3.2. O que caracteriza a anorexia nervosa (AN)?

A AN é marcada por:

- Restrição persistente da ingestão calórica
- Peso corporal significativamente abaixo do esperado
- Medo intenso de ganhar peso
- Distorção da imagem corporal

O DSM-5 descreve dois subtipos:

- Restritivo: sem comportamentos purgativos nos últimos três meses.
- Purgativo: com vômitos autoinduzidos, uso de laxantes/diuréticos ou exercício excessivo.

Pode haver transição entre subtipos ao longo da evolução clínica (Robatto et al., 2024).

4.3.3. O que caracteriza a bulimia nervosa (BN)?

A BN envolve:

- Episódios recorrentes de compulsão alimentar
- Sensação de perda de controle
- Comportamentos compensatórios inadequados (vômitos, jejuns, laxantes, exercícios excessivos)

Diferentemente da AN, o peso geralmente permanece dentro da faixa de normalidade ou até em sobrepeso, o que pode dificultar o reconhecimento precoce (Robatto et al., 2024).

4.3.4. O que é o transtorno de compulsão alimentar (TCA)?

O TCA caracteriza-se por:

- Episódios recorrentes de ingestão de grandes quantidades de alimento
- Sensação de perda de controle
- Ausência de comportamentos compensatórios

É frequentemente associado a sobrepeso ou obesidade e comorbidades clínicas, como hipertensão, diabetes e dislipidemias. Também apresenta alta

associação com depressão, ansiedade, uso de substâncias e TDAH (Robatto et al., 2024). É o transtorno alimentar mais prevalente entre homens.

4.3.5. O que é o transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE)?

O TARE, introduzido no DSM-5, refere-se à evitação ou restrição alimentar por:

- Sensibilidade sensorial
- Falta de interesse por alimentos
- Medo de consequências adversas (engasgo, vômito)

Diferentemente da AN, não há preocupação com imagem corporal. Pode causar perda de peso, deficiências nutricionais e prejuízo psicossocial (Robatto et al., 2024).

4.3.6. Qual a prevalência dos transtornos alimentares?

Estima-se que ao longo da vida:

- AN: 4% das mulheres e 0,3% dos homens
- BN: 3% das mulheres e 1% dos homens
- TCA: 2% a 4% da população
- TARE: cerca de 3%

Observa-se aumento de casos de início precoce (antes dos 14 anos) (Robatto et al., 2024).

4.3.7. Quais são as complicações médicas dos TAs?

Os TAs podem afetar múltiplos sistemas, como os descritos no quadro 3 decorrente da NA e no quadro 4 decorrente da BN:

Quadro 3. Consequências clínicas da Anorexia Nervosa (AN)

Sistema	Consequências na Anorexia Nervosa (AN)
Cardiovasculares	Bradicardia, hipotensão ortostática, prolongamento do intervalo QT, atrofia miocárdica, prolapso da válvula mitral
Endócrinas	Amenorreia em mulheres, baixos níveis de testosterona em homens, osteopenia precoce, osteoporose
Neurológicas	Atrofia cerebral, déficits cognitivos, alterações no paladar, alterações na regulação da temperatura
Gastrointestinais	Gastroparesia, constipação, elevação de aminotransferases (apoptose ou esteato-hepatite)
Hematológicas	Hipoplasia trilinear, leucopenia, anemia, trombocitopenia
Pulmonares	Pneumotórax espontâneo, pneumonia por aspiração

Fonte: Robatto, 2024

Quadro 4. Consequências Clínicas na Bulimia Nervosa

Sistema	Consequências na Bulimia Nervosa (BN)
Eletrolíticas	Hipocalemia, hipocloremia, alcalose metabólica
Orais	Erosões dentárias, trauma na mucosa oral e faringe, hipertrofia da glândula parótida (sialadenose)
Cardíacas	Arritmias graves, prolongamento do intervalo QT, cardiomiopatia por abuso de ipeca
Gastrointestinais	Doença do refluxo gastroesofágico, esôfago de Barrett, adenocarcinoma esofágico, pneumotórax, cólon catártico

Fonte: Robatto, 2024

A AN apresenta taxa de letalidade aproximada de 5% por década, com causas como complicações clínicas e suicídio. A BN apresenta menor letalidade, mas ainda significativa.

4.3.8. Quais fatores contribuem para o desenvolvimento dos TAs?

Os TAs possuem etiologia complexa, envolvendo fatores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, culturais e ambientais.

Traços como perfeccionismo, impulsividade, rigidez cognitiva e baixa autoestima estão associados à AN (American Psychiatric Association, 2013). Estudos com gêmeos apontam concordância de 50–60% para AN, sugerindo forte componente genético (Arcelus et al., 2011; Strother et al., 2012).

Comorbidades psiquiátricas são frequentes, incluindo depressão e ansiedade (American Psychiatric Association, 2013; Silén et al., 2021).

4.3.9. Qual o papel do ambiente familiar na gênese dos TAs?

O ambiente familiar é determinante na formação da relação da criança com a alimentação.

Revisões sistemáticas indicam que práticas parentais exercem influência significativa nos padrões alimentares e na possível etiologia de TAs (Santos et al., 2020).

4.3.10. Como práticas parentais violentas podem contribuir para TAs?

Práticas como restrição alimentar rígida, pressão excessiva para comer, uso de alimentos como recompensa e ameaças ou punições estão associadas a comportamentos alimentares disfuncionais (Santos et al., 2020).

A restrição pode aumentar o desejo por alimentos “proibidos”, favorecendo compulsão ou restrição autoimposta na adolescência.

Pressão e ameaças podem gerar relação negativa com o alimento, predispondo à alimentação emocional ou evitativa.

4.3.11. O exemplo dos pais influencia no desenvolvimento de TAs?

Sim. A modelagem parental é determinante. Pais que adotam postura positiva e equilibrada diante da alimentação tendem a favorecer hábitos saudáveis nos filhos. Já comportamentos restritivos, punitivos ou

desorganizados podem contribuir para alimentação emocional e padrões disfuncionais (Salvo et al., 2005).

4.3.12. A violência alimentar pode ser considerada fator de risco para TAs?

Sim. A violência alimentar no contexto familiar, coercitiva, negligente ou punitiva, constitui importante fator de risco para o desenvolvimento de TAs.

Embora fatores biológicos e socioculturais sejam relevantes, a forma como o cuidador conduz a experiência alimentar pode impactar profundamente a relação da criança com o corpo, o alimento e as emoções (Santos et al., 2020).

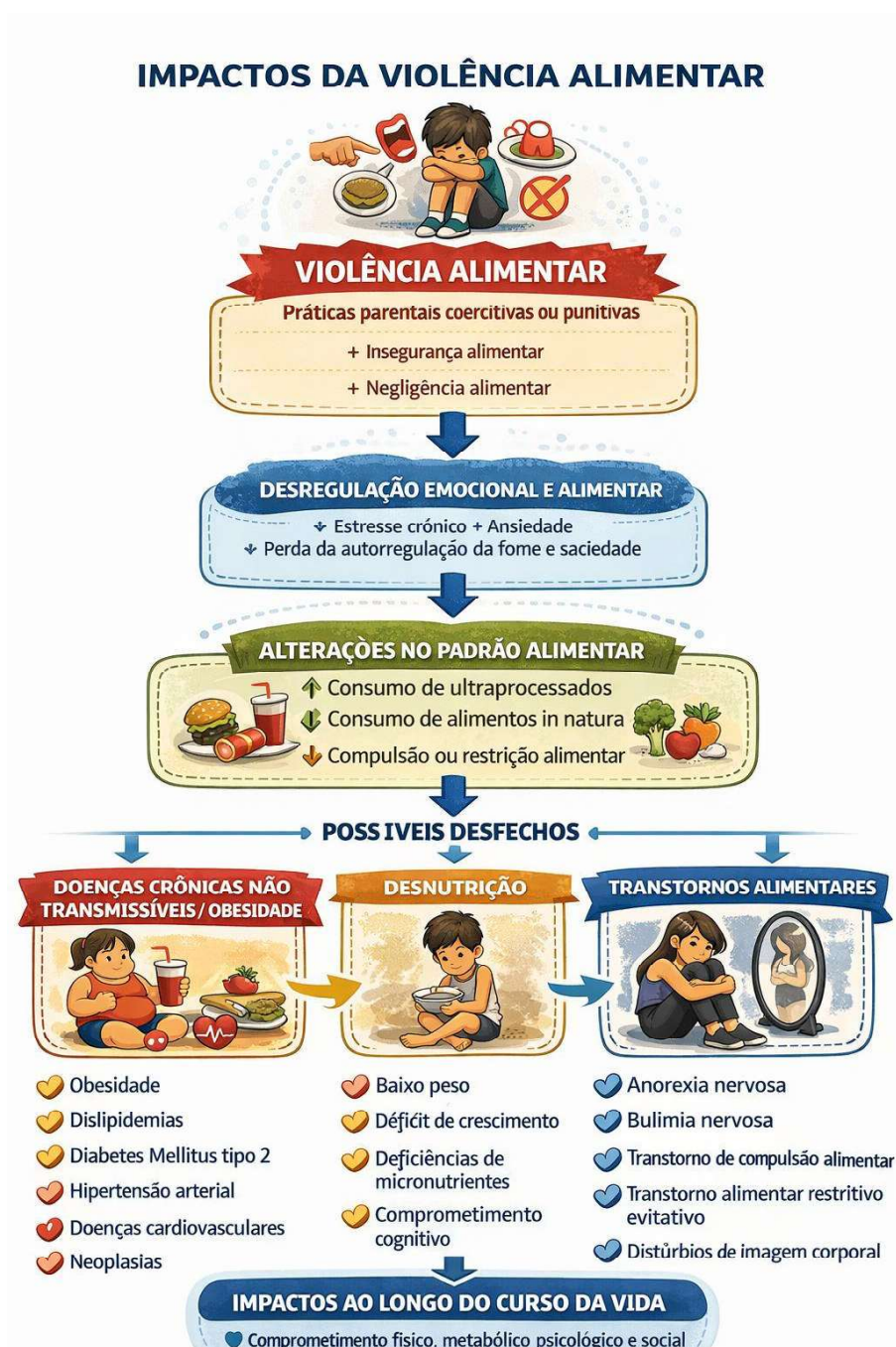
Reconhecer essas práticas, muitas vezes naturalizadas, é fundamental para prevenção, diagnóstico precoce e intervenção interdisciplinar.

Figura 11. Fluxograma: relação entre Violência Alimentar e Transtornos Alimentares. **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).



Figura 12. Fluxograma-Resumo: Possíveis Desfechos da Violência Alimentar.

Fonte: Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).



MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- Transtornos alimentares são doenças psiquiátricas graves e multifatoriais. Envolvem alterações persistentes no comportamento alimentar, intensa preocupação com peso e imagem corporal e importantes repercussões clínicas.
- O diagnóstico é clínico e deve seguir critérios do DSM-5 e da CID-11. Reconhecer as diferentes apresentações (AN, BN, TCA, TARE, pica e ruminação) é essencial para manejo adequado.
- Peso corporal isolado não exclui transtorno alimentar. Pacientes com bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar podem apresentar IMC normal ou elevado, o que frequentemente atrasa o diagnóstico.
- Anorexia nervosa apresenta alta letalidade. Complicações clínicas e risco de suicídio tornam imprescindível identificação e encaminhamento precoce.
- Complicações médicas são multissistêmicas. Alterações cardiovasculares, metabólicas, endócrinas, gastrointestinais e psiquiátricas devem ser monitoradas de forma sistemática.
- Início precoce está aumentando. Casos antes dos 14 anos exigem atenção redobrada na prática pediátrica.
- Comorbidades psiquiátricas são frequentes. Depressão, ansiedade, uso de substâncias e TDAH podem coexistir e agravar o prognóstico.
- O ambiente familiar é fator determinante. Práticas parentais influenciam a formação da relação com o alimento e podem atuar como fator protetor ou de risco.
- Práticas alimentares coercitivas aumentam vulnerabilidade. Restrição rígida, pressão excessiva, punições e uso de comida como recompensa estão associados a padrões alimentares disfuncionais.
- Violência alimentar é fator de risco relevante. Experiências alimentares marcadas por coerção, humilhação ou negligência podem impactar profundamente a relação da criança com o corpo, o alimento e as emoções.

- Modelagem parental importa. O exemplo dos cuidadores na relação com comida e corpo influencia diretamente o comportamento alimentar infantil.
- Prevenção passa por alimentação responsiva. Ambientes acolhedores, sem coerção e com respeito aos sinais de fome e saciedade são estratégias fundamentais de proteção.
- A abordagem deve ser interdisciplinar. O cuidado envolve atuação médica, nutricional, psicológica e, quando necessário, rede de proteção à criança e ao adolescente.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- BEZERRA, M. K. A.; CARVALHO, E. F.; OLIVEIRA, J. S.; CESSE, E. A. P.; LIRA, P. I. C.; CAVALCANTE, J. G. T. Estilo de vida de adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas em Recife: ERICA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 221-232, 2021.
- BLISSETT, J.; HAYCRAFT, E. Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*, v. 50, n. 2-3, p. 477-485, 2008.
- LAURENTINO, J. S. L.; BRITO, R. C. S.; OLIVEIRA-SILVA, R. T.; SOARES, A.; PEREIRA, T.C.; LIMA, E. M.; SANTOS, A. B.M.V.; PALMEIRA, P. A. Associação entre insegurança alimentar e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 27, 2024. e240041 <https://doi.org/10.1590/1980-549720240041.2>.
- MAYER, V. L. Emotional feeding and childhood overweight. *Appetite*, London, v. 56, n. 3, p. 701-706, 2011.
- MONTEIRO, C. A.; CANNON, G.; LEVY, R. B.; LOUZADA, M. L. C.; JAIME, P. C. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>
- ROBATTO, A. P.; CUNHA, C. M.; MOREIRA, L. A. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Jornal de Pediatria (Rio J.)*,

v. 100, suplemento 1, p. S88-S96, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.12.001>.

- PAGLIAI, G.; DINALE, G.; MADARENA, M. P.; et al. Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, Cambridge, v. 125, n. 3, p. 308–318, 2021.
- SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas Educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 22, n. 2, p. 187-195, 2005.
- SANTOS DA SILVA, N. F.; SILVA, R. J. S. Excesso de peso em adolescentes: insegurança alimentar e multifatorialidade no cenário do semiárido de Pernambuco. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 38, n. 1, p. 60-67, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-058220203810201901>.
- SANTOS, K. F.; COELHO, L. V.; ROMANO, M. C. C. Comportamento dos pais e comportamento alimentar da criança: revisão sistemática. *Revista Cuidarte*, v. 11, n. 3, p. e1041, 2020. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1041>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de orientação: Avaliação nutricional da criança e do adolescente. 2. ed. atualizada. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22962e-ManAval_Nutricional_-_2Ed_Atualizada_SITE.pdf.

CAPÍTULO 5.

DA SUSPEITA À CONDUTA: ROTEIRO DIAGNÓSTICO PARA A VIOLÊNCIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O que será abordado neste capítulo?

A violência alimentar ainda ocupa um espaço periférico nos protocolos clínicos, apesar de seus efeitos amplos e duradouros sobre a saúde infantojuvenil. Muitas vezes naturalizada no cotidiano familiar ou diluída em práticas educativas consideradas “comuns”, ela pode se manifestar por meio de restrições inadequadas, imposições coercitivas, negligência alimentar ou desinformação nutricional. Seus impactos extrapolam o estado nutricional imediato, repercutindo no desenvolvimento físico, emocional e relacional da criança e do adolescente, além de se associarem ao risco aumentado de desnutrição, obesidade, transtornos alimentares e distorções da imagem corporal.

Na prática assistencial, o desafio não está apenas em reconhecer essas situações, mas em saber como abordá-las de forma ética, técnica e protetiva. Ainda são escassos os modelos clínicos sistematizados que orientem o profissional de saúde — seja na atenção primária ou especializada — na identificação, avaliação e condução de casos suspeitos ou confirmados de violência alimentar.

Este capítulo propõe um roteiro diagnóstico objetivo e aplicável à rotina dos serviços de saúde. A construção dessa abordagem articula os princípios do Sociedade de Pediatria de São Paulo, especialmente seu Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, às recomendações do Ministério da Saúde presentes no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos e no protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de crianças de 2 a 10 anos e às diretrizes do Sociedade Brasileira de Pediatria, descritas no Manual de Nutrição.

A proposta é oferecer ao profissional um instrumento prático que integre avaliação clínica, escuta qualificada, análise das práticas parentais e

planejamento de intervenções com foco protetivo, restaurativo e preventivo. Mais do que identificar agravos nutricionais, trata-se de reconhecer a alimentação como um possível espaço de violação — e também de cuidado —, orientando condutas que promovam saúde, segurança alimentar e vínculos familiares mais saudáveis.

Figura 13. Proposta de roteiro diagnóstico para abordagem de crianças e adolescentes com suspeita de violência alimentar. . **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).



A suspeita de violência alimentar deve ser construída a partir da integração entre anamnese detalhada, exame físico criterioso e, quando indicado, exames laboratoriais. O diagnóstico costuma ser desafiador e exige olhar atento, experiência profissional e atuação articulada de toda a equipe de saúde (SPSP, 2022).

O cuidado deve ser realizado, preferencialmente, por equipe multidisciplinar (profissionais da mesma área com diferentes campos de atuação) e interprofissional (diferentes categorias profissionais), que seja capacitada, integrada, institucionalizada e ciente de suas atribuições. É

fundamental que essa equipe esteja apta a dialogar com outros setores, como educação, justiça e segurança pública, quando necessário (SPSP, 2022).

5.1. Anamnese

5.1.1 Por que a anamnese é central na suspeita de violência alimentar?

Porque as informações obtidas na história clínica, associadas à observação do comportamento da criança, dos responsáveis e da dinâmica relacional entre eles, são determinantes para a suspeita diagnóstica (SPSP, 2022).

5.1.2 O que investigar inicialmente?

Deve-se avaliar a organização da alimentação no domicílio:

- Quem é o principal responsável pela oferta alimentar?
- Como são definidos horários e locais das refeições?
- O ambiente é acolhedor ou conflituoso?
- Há distrações excessivas (telas)?
- Como ocorrem as interações durante as refeições?

5.1.3 O que avaliar na história alimentar precoce?

Deve-se avaliar o aleitamento materno primeiramente:

- Foi realizado? Por quanto tempo?
- Houve dificuldades?
- Quais foram as motivações para eventual desmame precoce?

Além disso, deve-se obter informações sobre o uso de fórmulas infantis (quando presente):

- Qual a indicação?
- Tipo de fórmula utilizada?
- Forma de preparo, diluição e higiene?
- Quantidade e horários administrados?

É essencial identificar sinais de introdução inadequada, erro de preparo ou negligência (SPSP, 2021).

5.1.4 O que deve ser explorado na introdução alimentar?

Deve-se avaliar a idade de início, tipos de alimentos oferecidos, adequação às recomendações da faixa etária, reações emocionais e comportamentais da criança.

Também, devem ser investigadas práticas como:

- Forçamento alimentar
- Punições associadas à comida
- Restrições arbitrárias
- Uso do alimento como recompensa ou ameaça

Essas situações podem indicar violência alimentar (Carozzo & Oliveira, 2017).

5.1.5 O recordatório alimentar é útil?

Sim. O recordatório alimentar auxilia na compreensão dos padrões atuais, incluindo:

- Frequência de ultraprocessados
- Consumo de frutas, legumes e água
- Ingestão de sal e bebidas açucaradas
- Também é importante investigar:
- Recusa alimentar persistente
- Episódios de compulsão
- Seletividade extrema
- Culpa ou medo ao comer
- Discursos rígidos sobre peso e corpo, especialmente em adolescentes

A forma como a criança ou adolescente fala sobre o próprio corpo e a alimentação pode ser um marcador clínico relevante (Pereira & Lang, 2014).

5.1.6 Como deve ser conduzida a escuta?

Deve ser realizada em ambiente reservado, com linguagem adequada à idade, sem julgamentos ou invalidações, com espaço para que a criança ou adolescente relate suas experiências. A escuta empática é parte essencial da avaliação.

5.1.7 Quais outros aspectos não podem ser negligenciados?

A anamnese nutricional deve incluir: aspectos socioeconômicos e culturais, escolaridade dos responsáveis, condições de moradia e saneamento, antecedentes gestacionais, qualidade do pré-natal, intercorrências, uso de substâncias, estado nutricional materno e ganho de peso gestacional, história pessoal, peso ao nascer, prematuridade, desenvolvimento neuropsicomotor, desempenho escolar, relações interpessoais, antecedentes mórbidos e familiares, doenças crônicas, alergias, histórico nutricional familiar, estilo de vida, atividade física, tempo de tela, sono, rotina escolar e exposição solar

Esses elementos permitem uma avaliação nutricional mais abrangente, individualizada e consistente (SPSP, 2021).

Quadro 4. Pontos-chave da Anamnese na Suspeita de Violência Alimentar

Dimensão Avaliada	O que investigar?	Sinais de Alerta
Organização das refeições	Responsável pela alimentação; horários; local; presença de telas; dinâmica familiar durante as refeições	Ambiente conflituoso; ausência de rotina; alimentação solitária; coerção ou humilhação
Aleitamento materno	Realização; duração; dificuldades; motivos do desmame	Desmame precoce sem justificativa; relatos de imposição ou negligência

Uso de fórmulas infantis	Indicação; tipo; preparo; diluição; volume; horários	Erros de preparo; diluição inadequada; oferta insuficiente ou excessiva
Introdução alimentar	Idade de início; tipos de alimentos; adequação à faixa etária; resposta da criança	Forçamento alimentar; punições; restrições arbitrárias; uso da comida como recompensa ou ameaça
Padrão alimentar atual (recordatório alimentar)	Consumo de alimentos ultraprocessados; frutas, verduras e legumes; leites e derivados; leguminosas; água e bebidas adoçadas; ingestão de sal/açúcar	Dieta monótona; excesso de ultraprocessados; privação alimentar injustificada
Comportamento alimentar	Recusa persistente; seletividade; compulsão; mudanças recentes	Medo de comer; culpa; discurso rígido sobre peso e corpo
Discurso sobre corpo e alimentação	Como a criança/adolescente se refere ao próprio corpo	Autodepreciação; internalização de estigmas; medo intenso de engordar
Aspectos socioeconômicos	Escolaridade dos responsáveis; moradia; saneamento	Insegurança alimentar; negligência associada a vulnerabilidade social
Antecedentes gestacionais e pessoais	Pré-natal; intercorrências; estado nutricional materno e ganho de	Fatores de risco nutricionais ou

	peso gestacional; peso ao nascer; prematuridade; desenvolvimento; histórico mórbido	clínicos não acompanhados
Estilo de vida	Atividade física; tempo de tela; sono; rotina escolar e estudos	Sedentarismo extremo; privação de sono; desorganização significativa da rotina

Fonte: Proposto a partir de SPSP, 2018 e SBP, 2021.

MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- **A suspeita começa na escuta.** A anamnese detalhada é a principal ferramenta para identificar sinais precoces de violência alimentar.
- **Anamnese detalhada é instrumento diagnóstico central.** Deve contemplar história alimentar (aleitamento, fórmulas, introdução alimentar e padrão atual), dinâmica das refeições, comportamento alimentar, discurso sobre corpo e peso, antecedentes gestacionais e pessoais, contexto socioeconômico, histórico familiar, estilo de vida e observação da interação entre criança e responsáveis.
- **Alimentação é relação.** Mais do que o que a criança come, importa como, com quem e em quais condições ela se alimenta.
- **Práticas coercitivas, negligentes ou punitivas são sinais de alerta.** Forçar, restringir arbitrariamente, ameaçar ou usar comida como moeda de troca pode configurar violência alimentar.
- **O discurso da criança e do adolescente é dado clínico.** Medo de comer, culpa, vergonha do corpo ou rigidez excessiva em relação ao peso merecem investigação cuidadosa.
- **Contexto importa.** Fatores socioeconômicos, culturais, gestacionais e familiares devem ser analisados para uma avaliação integral.

- **O diagnóstico é complexo e exige equipe.** A atuação multiprofissional e interprofissional qualificada é fundamental para avaliação, proteção e encaminhamento adequado.
- **Escuta empática é intervenção.** Ambiente acolhedor, linguagem adequada à idade e ausência de julgamento são condições indispensáveis para o cuidado.
- **Identificar é proteger.** Reconhecer a violência alimentar precocemente amplia as possibilidades de intervenção restaurativa e preventiva.

5.2. Exame físico

5.2.1 Por que o exame físico é fundamental na suspeita de violência alimentar?

Porque permite identificar repercussões clínicas objetivas de práticas alimentares inadequadas, sejam por carência, excesso ou manejo coercitivo da alimentação. Segundo o Manual de Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP, 2021), o exame deve ser sistemático, minucioso, respeitoso e adaptado à faixa etária e à condição clínica.

Figura 14. Exame Físico da Criança e do Adolescente na Suspeita de Violência Alimentar. . **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).



5.2.2 Como iniciar o exame físico?

O exame deve começar pela avaliação do estado geral, observando:

- Nível de consciência e interação
- Presença de apatia ou irritabilidade
- Estado de hidratação

- Coloração de pele e mucosas
- Lesões cutâneas
- Edemas
- Alterações em cabelos, unhas e dentição

Esses achados podem indicar tanto deficiência nutricional quanto excesso alimentar ou negligência.

5.2.3. Quais sinais clínicos de deficiência nutricional devem ser pesquisados?

É fundamental investigar sinais compatíveis com carências específicas, como:

- Palidez cutaneomucosa: sugestiva de anemia
- Queilite e glossite: possível deficiência de vitaminas do complexo B
- Xeroftalmia: deficiência de vitamina A
- Púrpuras e gengivorragias: déficit de vitamina C
- Alterações ósseas (alargamento de punhos, deformidades): suspeita de raquitismo ou osteomalácia (vitamina D e cálcio)

Além disso, cáries extensas, lesões de esmalte e gengivites podem estar associadas ao consumo excessivo de ultraprocessados ricos em açúcar e bebidas adoçadas, possivelmente relacionados à ausência de limites alimentares adequados ou uso da comida como recompensa emocional.

5.2.4. Quais medidas antropométricas são indispensáveis?

As medidas antropométricas são parte obrigatória do exame físico e incluem:

- Peso
- Estatura
- Perímetro cefálico (em menores de 2 anos)
- Circunferência do braço
- Circunferência abdominal

Devem ser realizadas com equipamentos calibrados e técnica padronizada, garantindo acurácia e reprodutibilidade.

Os resultados devem ser interpretados com base nas curvas de crescimento da OMS, utilizando indicadores como:

- IMC por idade
- Estatura por idade
- Peso por estatura
- Peso por idade

Esses parâmetros são sensíveis para detectar precocemente desnutrição, obesidade ou comprometimento do crescimento linear — frequentemente associados a práticas alimentares inadequadas ou abusivas (SPSP, 2021).

5.2.5. A composição corporal deve ser avaliada?

Quando disponível, pode-se complementar a avaliação com bioimpedância elétrica e aferição das dobras cutâneas (tricipital, subescapular). Essas ferramentas ajudam a identificar excesso de gordura corporal ou desnutrição oculta.

5.2.6. A pressão arterial deve ser medida?

Sim. A aferição da pressão arterial é recomendada especialmente a partir dos 3 anos de idade, idealmente a cada seis meses. É fundamental utilizar manguito adequado à circunferência do braço e interpretar os valores conforme percentis específicos para sexo, idade e estatura.

5.2.7 Como avaliar o desenvolvimento puberal?

Em adolescentes, deve-se realizar o estadiamento puberal segundo os critérios de Tanner. A análise conjunta do crescimento linear e do estágio puberal pode revelar:

- Retardo do desenvolvimento
- Aceleração puberal

- Descompassos entre idade cronológica e maturação

Essas alterações podem estar relacionadas a déficits nutricionais crônicos, transtornos alimentares ou práticas alimentares coercitivas (como jejuns prolongados ou restrições severas).

5.2.8. O exame físico se limita aos achados objetivos?

Não. O exame físico deve ser compreendido como parte de uma avaliação ampliada, interdisciplinar e ética. Sinais clínicos compatíveis com padrões alimentares inadequados, intencionais ou negligenciados, devem levantar a suspeita de violência alimentar e motivar acompanhamento pediátrico, intervenção nutricional, avaliação psicológica e encaminhamento à rede de proteção, quando indicado

O exame físico, portanto, não apenas identifica agravos nutricionais, mas contribui para a construção de um plano terapêutico protetivo e restaurativo.

-

MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- O exame físico traduz a história em achados objetivos. Ele confirma, complementa ou redireciona as hipóteses levantadas na anamnese.
- Avaliação deve ser sistemática e respeitosa. Seguir protocolo padronizado, adaptado à idade e à condição clínica, garante qualidade técnica e segurança (SPSP, 2021).
- Sinais de carência e de excesso são igualmente relevantes. Desnutrição, obesidade e deficiências específicas podem ser manifestações distintas de práticas alimentares inadequadas ou abusivas.
- Antropometria é indispensável. Peso, estatura, IMC por idade e demais indicadores nas curvas da OMS são ferramentas sensíveis para detecção precoce de agravos nutricionais.

- Crescimento e puberdade são marcadores de saúde. Alterações no crescimento linear ou no estadiamento puberal podem indicar sofrimento nutricional crônico.
- Pressão arterial e composição corporal complementam a avaliação. Devem ser realizadas quando indicadas e interpretadas conforme parâmetros específicos para idade, sexo e estatura.
- O exame físico não é apenas técnico, é ético. A forma como o profissional conduz a avaliação impacta diretamente a confiança da criança ou adolescente.
- Achados clínicos devem acionar cuidado ampliado. Sinais compatíveis com violência alimentar exigem plano terapêutico interdisciplinar e, quando necessário, articulação com a rede de proteção.
- Examinar é proteger. Identificar precocemente alterações físicas relacionadas à alimentação inadequada amplia as possibilidades de intervenção restaurativa e preventiva.

5.3 Exames complementares

5.3.1. Os exames complementares são sempre necessários na avaliação nutricional?

Não. A avaliação nutricional de crianças e adolescentes deve basear-se, prioritariamente, na história clínica detalhada, no exame físico completo e na avaliação antropométrica. Os exames laboratoriais são recursos complementares, indicados quando há necessidade de confirmar hipóteses diagnósticas, rastrear carências nutricionais subclínicas ou monitorar a resposta a intervenções terapêuticas.

5.3.2. Quando solicitar exames laboratoriais na suspeita de violência alimentar?

A solicitação deve ser criteriosa e individualizada, considerando:

- Faixa etária
- Estágio de desenvolvimento puberal

- Estado clínico-nutricional
- Presença de comorbidades
- Contexto psicossocial e risco social

Em situações de vulnerabilidade ou suspeita de práticas alimentares restritivas, coercitivas ou negligentes, os exames podem auxiliar na identificação de repercussões orgânicas ainda não evidentes clinicamente.

5.3.3. Quais são os exames laboratoriais básicos na avaliação nutricional?

Conforme o Manual de Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2021), os exames básicos geralmente incluem:

- Hemograma completo
- Ferritina e perfil de ferro
- Glicemia
- Perfil lipídico
- Vitamina D
- Função hepática
- Função renal

A escolha deve sempre estar alinhada aos achados clínicos e antropométricos prévios.

5.3.4. Existem situações que exigem exames adicionais?

Sim. Em casos específicos, como desnutrição grave, suspeita de distúrbios metabólicos ou doenças associadas, podem ser indicados exames ampliados, como:

- Eletrólitos séricos
- Gasometria arterial
- Marcadores inflamatórios
- Dosagem de micronutrientes específicos (zinco, cobre, magnésio, selênio, vitamina B12, ácido fólico, vitamina A, entre outros)

A indicação deve ser guiada pela avaliação clínica global.

5.3.5. Como interpretar os resultados laboratoriais em crianças e adolescentes?

A interpretação deve ser realizada com base em valores de referência pediátricos, respeitando as variações por idade, sexo e estágio puberal. Parâmetros considerados normais em adultos podem não ser adequados para a população pediátrica.

Além disso, os resultados devem ser analisados de forma integrada aos dados clínicos, antropométricos e à história alimentar.

5.3.6. Qual é a importância dos exames complementares na violência alimentar?

Na suspeita de violência alimentar, os exames laboratoriais:

- Permitem identificar carências nutricionais precoces
- Detectam sobrecargas metabólicas decorrentes de excesso alimentar ou padrão alimentar inadequado
- Evidenciam alterações sistêmicas secundárias a práticas restritivas, negligentes ou coercitivas
- Oferecem subsídios objetivos para a tomada de decisão clínica
- Quando associados à anamnese alimentar detalhada e ao exame físico, fortalecem o reconhecimento de situações de risco e favorecem a articulação com equipes multiprofissionais e redes de proteção.

Quadro 5. Exames Complementares na Avaliação Nutricional de Crianças e Adolescentes.

Exame	Significado Clínico
Hemograma completo	Detecta anemias, principalmente por deficiência de ferro, e avalia leucócitos e plaquetas em contextos de infecções associadas à desnutrição.
Ferritina sérica, ferro sérico e	Auxiliam na caracterização da etiologia da anemia, especialmente na suspeita de deficiência de ferro.

saturação da transferrina	A ferritina é marcador sensível, mas sofre influência de processos inflamatórios.
Vitamina D (25(OH)D)	Indicada em situações de risco, como baixa exposição solar, dietas restritivas, obesidade, doenças crônicas ou uso de anticonvulsivantes/corticosteroides.
Cálcio, fósforo e fosfatase alcalina	Avaliam o metabolismo ósseo, importantes em casos de suspeita de raquitismo, deficiência de vitamina D ou distúrbios endocrinológicos.
Glicemia de jejum e insulina	Investigar resistência insulínica e alterações no metabolismo glicêmico, e risco de síndrome metabólica.
Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos)	Recomendado universalmente a partir dos 10 anos, ou antes em crianças com fatores de risco cardiovascular.
TSH e T4 livre	Investigam disfunções tireoidianas que podem impactar crescimento, peso e desenvolvimento neuropsicomotor.
Albumina e proteínas totais	Indicadores indiretos do estado nutricional proteico, úteis em casos de desnutrição grave ou doenças crônicas.
Ácido fólico e vitamina B12	Importantes sobretudo em adolescentes com dietas restritivas (vegetarianas/veganais) ou em casos de anemia macrocítica.
Exame de urina e creatinina	Avaliam a função renal, essencial no planejamento nutricional, especialmente em pacientes com distúrbios metabólicos ou em uso prolongado de medicamentos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.

MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- Os exames laboratoriais são complementares, não substitutivos, da anamnese detalhada, do exame físico e da avaliação antropométrica.
- A solicitação deve ser individualizada e criteriosa, considerando idade, estágio puberal, estado nutricional, presença de comorbidades e contexto psicossocial.
- Exames básicos permitem rastrear carências subclínicas (como anemia ferropriva, deficiência de vitamina D, alterações glicêmicas ou dislipidemias) que podem não ser evidentes clinicamente.
- Em casos de desnutrição grave ou suspeita de complicações sistêmicas, podem ser necessários exames ampliados (eletrólitos, gasometria, marcadores inflamatórios e micronutrientes específicos).
- A interpretação deve utilizar valores de referência pediátricos, respeitando variações por faixa etária, sexo e estágio de desenvolvimento puberal.
- Os resultados laboratoriais ganham significado apenas quando contextualizados com os achados clínicos, antropométricos e com a história alimentar.
- Os exames fortalecem a tomada de decisão clínica e a articulação multiprofissional, contribuindo para a identificação precoce de risco e para o acionamento da rede de proteção quando necessário.
- Na violência alimentar, os exames podem revelar tanto carências quanto excessos metabólicos, refletindo práticas restritivas, coercitivas ou negligentes.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*. 5. ed. text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta de Saúde do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte da Cidadania*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fascículo 4 : protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de crianças de 2 a 10 anos [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo 5 : protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos* (versão resumida). Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 79p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf
- CAROZZO, N. P. P.; OLIVEIRA, J. H. A. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. *Psicologia em Revista*, v. 26, n. 1, p. 187-209, 2017. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.187-209>.
- PEREIRA, L. P.; LANG, R. M. F. Discurso corporal e comportamento alimentar em adolescentes: implicações clínicas. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 1–8, 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de orientação: Avaliação nutricional da criança e do adolescente. 2. ed. atualizada. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22962e-ManAval_Nutricional_-_2Ed_Atualizada_SITE.pdf.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. 2. ed. São Paulo: SPSP, 2018. 88 p. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/manual-de-atendimento-as-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-violencia-disponivel-para-leitura/>

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva: WHO, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adolescent Health: Growth Reference Data for 5–19 Years*. Geneva: WHO, 2007.

5.4 Intervenção na Violência Alimentar

Figura 15. Guia Prático de Condutas Interdisciplinares no Manejo da Violência Alimentar. . **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).



5.4.1. Como deve ser conduzida a abordagem da violência alimentar?

A violência alimentar exige abordagem cuidadosa, ética e abrangente, centrada na escuta sensível da criança ou adolescente e na reconstrução do vínculo com o alimento e com seus cuidadores.

A condução deve ocorrer por equipe multidisciplinar, conforme preconizado para todos os casos de maus-tratos na infância e adolescência, incluindo situações de negligência, coerção, privação ou controle alimentar excessivo (BRASIL, 2002; WHO, 2016; SPSP, 2022).

5.4.2. O tratamento limita-se à correção dos agravos nutricionais?

Não. Obesidade, desnutrição, carências específicas e transtornos alimentares devem ser tratados conforme diretrizes e protocolos nacionais e internacionais.

Entretanto, o objetivo central da intervenção vai além do tratamento clínico: é necessário resgatar o vínculo positivo com a alimentação, promovendo hábitos saudáveis, autônomos e afetivos (Pedroso & Leite, 2023).

5.4.3. Quais profissionais devem compor a equipe de cuidado?

Cada profissional contribui para restaurar a segurança alimentar e emocional da criança. A equipe ideal deve incluir:

- Pediatra: coordena o plano terapêutico e monitora o estado geral de saúde;
- Nutricionista: atua na organização do comportamento e padrão alimentar de forma responsiva e não coercitiva;
- Psicólogo: trabalha aspectos emocionais como culpa, controle, ansiedade e distorções de imagem corporal;
- Assistente social: avalia o contexto familiar e comunitário, identificando fatores estruturais que perpetuam a violência alimentar;
- Psiquiatra infantil: quando há sofrimento psíquico intenso ou transtornos mentais associados.

5.4.4. Qual é o papel do vínculo com o alimento no processo terapêutico?

O resgate do vínculo afetivo e autônomo com o alimento é eixo central da intervenção. Devem ser abandonadas práticas coercitivas, como chantagens, punições e recompensas com comida. Em seu lugar, recomenda-se a adoção de estratégias responsivas, como a Divisão de Responsabilidades na Alimentação, proposta por Ellyn Satter, que estabelece papéis claros:

Ao cuidador cabe oferecer alimentos adequados, em horários regulares e ambiente estruturado;

À criança cabe decidir se e quanto comer. A alimentação deve ser compreendida como espaço de afeto, interação e autonomia (SBP, 2021; Santos & Silva, 2020).

5.4.5. Como abordar o sofrimento emocional associado?

Crianças vítimas de violência alimentar podem apresentar:

- Ansiedade
- Sintomas depressivos
- Transtornos alimentares iniciais
- Baixa autoestima
- Insatisfação corporal

A psicoterapia contínua é fundamental, com escuta centrada na subjetividade e validação das experiências da criança. Em casos de sofrimento intenso, deve-se encaminhar para atenção especializada em saúde mental, incluindo psiquiatria infantil quando necessário (Van Ijzendoorn et al., 2020).

5.4.6. A violência alimentar deve ser notificada aos órgãos competentes?

Sim. A violência alimentar, por configurar forma de maus-tratos contra crianças e adolescentes, está sujeita à notificação compulsória, conforme previsto na legislação brasileira.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069/1990, é dever dos profissionais de saúde comunicar às autoridades

competentes todos os casos suspeitos ou confirmados de violência, incluindo negligência, privação ou práticas alimentares coercitivas.

5.4.7. A notificação depende de confirmação diagnóstica?

Não. A legislação determina que a comunicação deve ocorrer diante da suspeita, não sendo necessária confirmação definitiva. A omissão pode configurar infração ética e legal, uma vez que a proteção da criança e do adolescente é prioridade absoluta.

5.4.8. Para quais serviços deve ser realizado o encaminhamento?

Após a identificação e notificação, a equipe de saúde deve articular o cuidado com a rede de proteção social, que pode incluir:

- Conselho Tutelar
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
- Ministério Público
- Serviços de assistência social e rede intersetorial local

A escolha do fluxo deve respeitar os protocolos municipais e estaduais vigentes.

5.4.9. Qual é o papel dos pais e cuidadores na intervenção?

A atuação com os responsáveis é parte indispensável do cuidado. As sessões educativas e terapêuticas devem abordar: conceitos de alimentação saudável e responsiva, danos das práticas coercitivas e punitivas, estratégias empáticas para lidar com dificuldades alimentares, regulação emocional e manejo do estresse parental e construção de uma parentalidade positiva.

5.4.10. Quais práticas parentais são consideradas fatores protetores?

A literatura aponta como protetoras:

- Orientação afetiva
- Monitoramento construtivo
- Reforço positivo diante de escolhas adequadas

- Modelagem positiva (consumo conjunto de alimentos saudáveis com entusiasmo)
- Supervisão consistente e acolhedora

Essas estratégias reduzem o consumo de ultraprocessados e fortalecem a relação saudável com a comida, especialmente nos primeiros anos de vida (Santos et al., 2020).

5.4.11. Por que os pais são considerados educadores nutricionais primários?

Porque exercem papel decisivo na formação dos padrões alimentares, na internalização de valores e na construção da autonomia alimentar. Práticas educativas adequadas contribuem para o desenvolvimento da autorregulação da ingestão e para atitudes positivas em relação ao alimento e ao corpo (Salvo et al., 2005).

5.4.12. Quais práticas devem ser desencorajadas?

Pressão para comer e restrição alimentar excessiva estão associadas a prejuízos na autorregulação da criança, podendo gerar comportamentos alimentares disfuncionais e variações de peso indesejadas.

A capacitação parental deve fundamentar-se em evidências científicas e em documentos oficiais, como:

- Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos (BRASIL, 2021)
- Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de crianças de 2 a 10 anos (BRASIL, 2022)
- Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência (BRASIL, 2022)
- Manual de Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente (SBP, 2021)

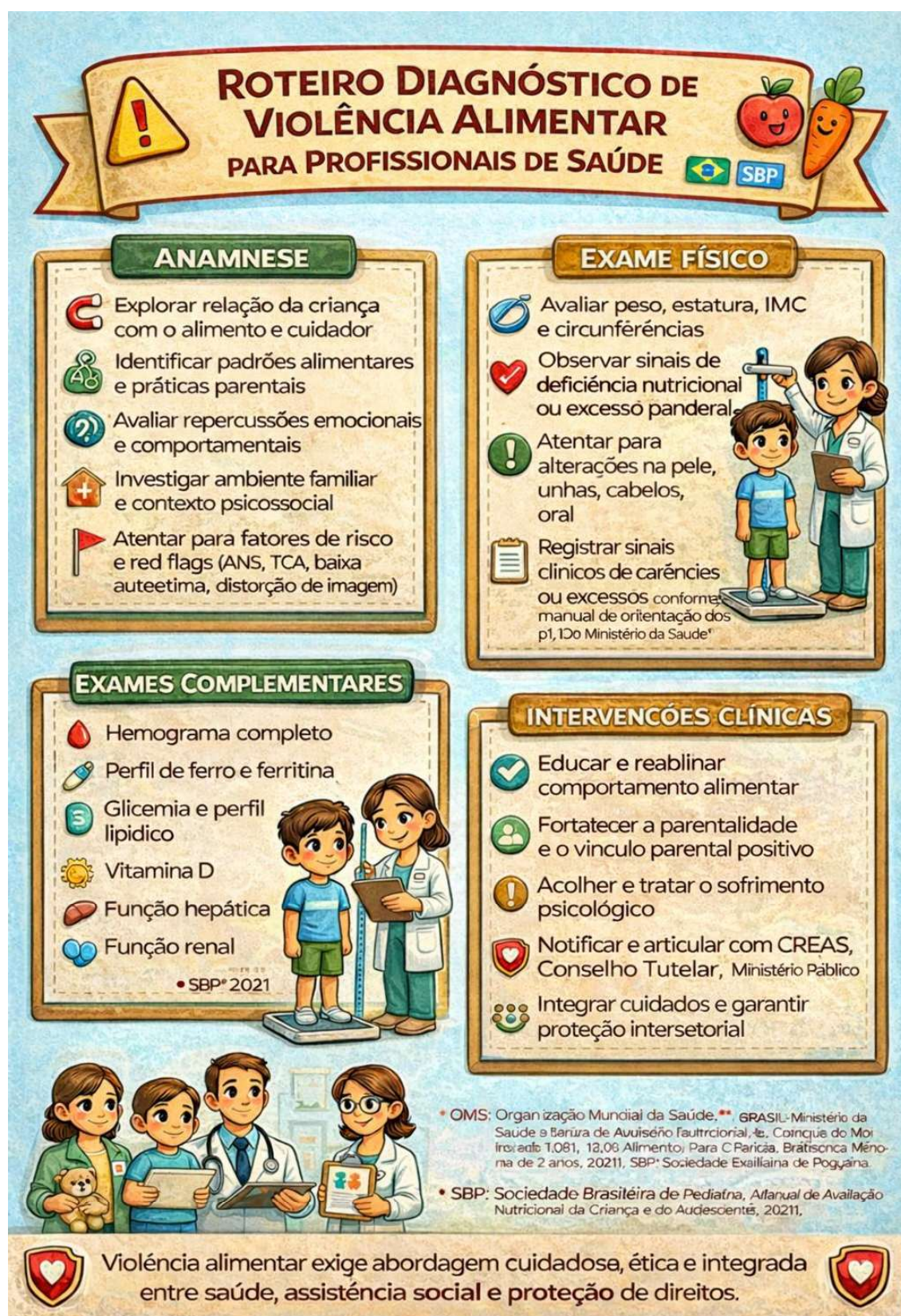
Essa orientação garante alinhamento com os princípios de saúde pública e com a proteção integral dos direitos da criança.

Quadro 6. Orientações Parentais na Alimentação Infantil : O que orientar e o que evitar.

ORIENTAR (Práticas Protetoras)	EVITAR (Práticas que Podem Configurar Violência Alimentar)
Respeitar sinais de fome e saciedade	Forçar a criança a “raspar o prato”
Oferecer alimentos variados de forma repetida e sem pressão	Pressionar ou ameaçar para comer
Comer junto e dar exemplo positivo	Comer separado ou demonstrar rejeição aos alimentos
Estabelecer horários e rotinas previsíveis	Oferecer comida fora de rotina para “acalmar” emoções
Incentivar a autonomia com orientação	Abandonar a supervisão alimentar (negligência)
Reforçar escolhas saudáveis com elogios	Usar comida como recompensa ou castigo
Dialogar sobre alimentos e sensações corporais	Ignorar ou invalidar sinais da criança
Manter limites claros com afeto	Impor restrições rígidas sem explicação
Reconhecer dificuldades alimentares como parte do desenvolvimento	Rotular a criança como “difícil”, “teimosa” ou “problema”
Buscar ajuda profissional quando necessário	Normalizar sofrimento alimentar ou conflitos constantes

Fonte: Proposto a partir de Brasil, 2021 e SBP, 2021

Figura 16. Roteiro Diagnóstico de Violência Alimentar para Profissionais de Saúde. . **Fonte:** Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT/OpenAI).



MENSAGENS-CHAVE DA SEÇÃO

- Violência alimentar é uma forma de maus-tratos e deve ser tratada como tal. Exige abordagem ética, estruturada e centrada na proteção integral da criança e do adolescente (Brasil, 2002; WHO, 2016; SPSP, 2022).
- O cuidado é interdisciplinar. Pediatra, nutricionista, psicólogo, assistente social e, quando necessário, psiquiatra infantil deve atuar de forma integrada.
- Tratar o sintoma não é suficiente. Além de corrigir obesidade, desnutrição ou transtornos alimentares, é essencial reconstruir o vínculo saudável com o alimento.
- Alimentação responsiva é estratégia terapêutica central. Práticas coercitivas devem ser substituídas por abordagens baseadas em respeito, autonomia e estrutura.
- Sofrimento psíquico é frequente e precisa ser acolhido. Ansiedade, culpa, distorções corporais e baixa autoestima requerem acompanhamento psicológico contínuo.
- Pais e cuidadores são parte da solução. Intervenções educativas devem fortalecer a parentalidade positiva, a regulação emocional e o manejo empático das dificuldades alimentares.
- Modelagem positiva e reforço afetivo são fatores protetores. Estratégias responsivas favorecem a autorregulação alimentar e hábitos saudáveis (Santos et al., 2020).
- Pressão e restrição excessiva geram desregulação alimentar. A capacitação parental deve basear-se em evidências científicas e documentos oficiais (Brasil, 2021; SBP, 2021).
- A notificação é dever legal do profissional de saúde. Casos suspeitos ou confirmados de violência alimentar devem ser comunicados às autoridades competentes e articulados com a rede de proteção (Conselho Tutelar, CREAS, Ministério Público), conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990).

- Restaurar o vínculo é restaurar direitos. O objetivo final é promover segurança alimentar, autonomia, dignidade e desenvolvimento saudável, interrompendo o ciclo de violação.

Referências

- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- PEDROSO, M. R. O.; LEITE, F. M. C. Prevalência e fatores associados à negligência contra crianças em um estado brasileiro. *Escola Anna Nery*, v. 27, n. 3, p. 1-9, 2023. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0466>.
- SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas Educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 22, n. 2, p. 187-195, 2005.
- SANTOS, K. F.; COELHO, L. V.; ROMANO, M. C. C. Comportamento dos pais e comportamento alimentar da criança: revisão sistemática. *Revista Cuidarte*, v. 11, n. 3, p. e1041, 2020. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1041>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de orientação: Avaliação nutricional da criança e do adolescente. 2. ed. atualizada. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22962e-ManAval_Nutricional_-_2Ed_Atualizada_SITE.pdf.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. 2. ed. São Paulo: SPSP, 2018. 88 p. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/manual-de-atendimento-as-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-violencia-disponivel-para-leitura/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO, 2016

Considerações finais

A violência alimentar contra crianças e adolescentes ainda é pouco reconhecida no cotidiano dos serviços de saúde, apesar de seus impactos importantes sobre o crescimento, o desenvolvimento e o bem-estar. Ao longo deste e-book, vimos que práticas alimentares inadequadas, negligentes ou coercitivas vão além da alimentação em si — elas estão relacionadas a contextos familiares, sociais e culturais que precisam ser compreendidos de forma mais ampla.

Por isso, é fundamental que profissionais de saúde incorporem um olhar atento e sensível para essa temática, reconhecendo a violência alimentar como parte do cuidado integral. Trata-se de um fenômeno que exige uma abordagem interdisciplinar, envolvendo não apenas a saúde, mas também a educação e a garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Este e-book foi desenvolvido com o objetivo de apoiar essa prática, reunindo conceitos, evidências e orientações que possam auxiliar na identificação e no manejo dessas situações no dia a dia dos serviços. Espera-se que o conteúdo contribua para uma atuação mais qualificada, fortalecendo a promoção da segurança alimentar e nutricional e a proteção da infância e da adolescência.

Por fim, destaca-se a importância de ampliar a discussão sobre o tema na formação em saúde e de incentivar novas pesquisas, para que possamos avançar no reconhecimento, na prevenção e no enfrentamento da violência alimentar.

ANEXO 1. Checklist Prático para Profissionais de Saúde: Prevenção da Violência Alimentar contra Crianças e Adolescentes

Este checklist pode ser utilizado em consultas individuais, atendimentos multiprofissionais ou grupos educativos com pais e cuidadores.

☒ Durante a orientação aos pais, verifique se são abordados:

1. Compreensão da alimentação como cuidado

- ☐ Alimentação apresentada como momento de vínculo, não apenas de ingestão calórica
- ☐ Reconhecimento da refeição como espaço educativo, afetivo e relacional
- ☐ Valorização do direito da criança a um ambiente alimentar seguro e respeitoso

2. Princípios da alimentação responsiva

- ☐ Respeito aos sinais de fome e saciedade da criança
- ☐ Oferta estruturada de refeições, com horários previsíveis
- ☐ Permissão para que a criança decida quanto comer, dentro do que é ofertado
- ☐ Diferenciação entre seletividade alimentar transitória e problemas persistentes

3. Práticas parentais protetoras

- ☐ Incentivo ao reforço positivo diante de escolhas alimentares adequadas
- ☐ Estímulo à modelagem positiva (pais comem os mesmos alimentos)
- ☐ Orientação sobre supervisão afetuosa e consistente
- ☐ Envolvimento da criança nas decisões alimentares compatíveis com a idade

4. Prevenção de práticas coercitivas

- ☐ Orientação clara sobre os prejuízos da pressão para comer
- ☐ Discussão sobre riscos do uso da comida como recompensa ou castigo
- ☐ Alerta sobre os efeitos da restrição alimentar rígida e punitiva
- ☐ Reconhecimento da negligência alimentar como forma de violência

5. Regulação emocional e manejo do estresse parental

- ☐ Identificação de situações de estresse familiar que interferem na alimentação
- ☐ Incentivo à pausa e à autorregulação do adulto antes de intervir
- ☐ Normalização das dificuldades alimentares como parte do desenvolvimento
- ☐ Encaminhamento para apoio multiprofissional quando necessário

6. Base em evidências e políticas públicas

- ☐ Uso do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos
- ☐ Referência ao Manual de Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente
- ☐ Articulação com princípios do SUS e dos direitos da criança
- ☐ Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de crianças de 2 a 10 anos (BRASIL, 2021)
- ☐ Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência (BRASIL, 2022)

ANEXO 2. Check-list diagnóstico de violência alimentar (uso por profissionais de saúde)

1. Anamnese clínica e familiar

• Identificação do risco

- ☐ Criança/adolescente com alteração ponderoestatural (baixo peso, obesidade, perda ou ganho abrupto)
- ☐ Histórico de seletividade alimentar extrema ou restrições impostas
- ☐ Episódios recorrentes de compulsão ou restrição alimentar
- ☐ Queixas gastrointestinais frequentes sem causa orgânica definida

• Contexto familiar e alimentar

- ☐ Quem é responsável pela alimentação?
- ☐ Há imposição coercitiva para comer ou para restringir alimentos?
- ☐ Uso de punição, chantagem ou ameaça relacionada à comida?
- ☐ Há negligência alimentar (escassez injustificada, omissão de cuidados)?
- ☐ Há práticas alimentares baseadas em crenças extremas ou desinformação?
- ☐ Ambiente das refeições é conflituoso ou humilhante?

• Aspectos psicossociais

- ☐ Sintomas de ansiedade, depressão ou isolamento social
- ☐ Medo intenso de ganhar peso
- ☐ Distorção da imagem corporal
- ☐ Culpa ou vergonha associadas à alimentação
- ☐ Histórico prévio de maus-tratos ou outras violências

2. Exame físico completo

• Avaliação antropométrica

- ☐ Peso, estatura e IMC plotados em curvas adequadas
- ☐ Avaliação de velocidade de crescimento
- ☐ Perda ou ganho ponderal incompatível com fase puberal

• Sinais clínicos de alerta

- ☐ Sinais de desnutrição (atrofia muscular, lanugo, hipotensão)
- ☐ Sinais de obesidade com sofrimento psíquico associado
- ☐ Alterações dermatológicas (queda de cabelo, pele seca)
- ☐ Lesões orais, erosão dentária (vômitos recorrentes)
- ☐ Sinais de puberdade atrasada
- ☐ Marcas físicas sugestivas de outras formas de violência

3. Exames complementares (quando indicados)

• Laboratoriais

- ☐ Hemograma completo

- ☐ Ferritina
- ☐ Vitamina B12, vitamina D
- ☐ Eletrólitos (risco de vômitos/uso de laxantes)
- ☐ Função renal e hepática
- ☐ Perfil lipídico e glicêmico

- **Outros exames**

- ☐ Densitometria óssea (se suspeita de restrição prolongada)
- ☐ Avaliação endocrinológica (atraso puberal)
- ☐ Avaliação psicológica/psiquiátrica formal

4. **Intervenções clínicas e protetivas**

- **Condutas imediatas**

- ☐ Estabilização clínica (se risco nutricional grave)
- ☐ Encaminhamento para equipe multiprofissional
- ☐ Plano alimentar baseado em alimentação responsiva

- **Orientação familiar**

- ☐ Educação sobre práticas alimentares não coercitivas
- ☐ Orientação sobre alimentação adequada e saudável
- ☐ Intervenção em crenças alimentares prejudiciais
- ☐ Mediação de conflitos familiares relacionados à alimentação

- **Proteção e aspectos legais**

- ☐ Avaliação do risco imediato à integridade da criança/adolescente
- ☐ Registro detalhado em prontuário
- ☒ Notificação compulsória conforme legislação vigente
- ☒ Encaminhamento aos órgãos de proteção competentes (Conselho Tutelar, Ministério Público, rede socioassistencial)

- **Sinais de alerta maior (Exigem ação imediata)**

- ☒ Restrição alimentar severa imposta pelo cuidador
- ☒ Privação alimentar como forma de punição
- ☒ Compulsão alimentar incentivada ou ridicularização do peso
- ☒ Recusa familiar em permitir tratamento
- ☒ Comprometimento clínico grave

5. CONCLUSÕES

Os resultados desta dissertação evidenciam que a violência alimentar contra crianças e adolescentes constitui um fenômeno complexo e ainda pouco reconhecido no campo da saúde, apesar de seus potenciais impactos sobre o crescimento, o desenvolvimento e o bem-estar biopsicossocial. A revisão integrativa da literatura permitiu sistematizar evidências que demonstram que práticas alimentares inadequadas, negligentes ou coercitivas podem acarretar repercussões nutricionais, clínicas e psicossociais relevantes, além de estarem frequentemente associadas a determinantes socioculturais, econômicos e familiares. Observou-se, ainda, que essa temática permanece insuficientemente abordada nos processos de formação dos profissionais da área da saúde, o que pode contribuir para sua baixa visibilidade e para dificuldades no reconhecimento e na abordagem da violência alimentar nos diferentes níveis de atenção.

Cabe destacar que a violência alimentar configura-se como um fenômeno de natureza interdisciplinar, situado na interface entre os campos da saúde, da educação e do direito, uma vez que envolve aspectos relacionados ao cuidado, às práticas familiares e alimentares, à formação profissional e à garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Nesse contexto, foi desenvolvido o e-book **“Violência alimentar contra crianças e adolescentes: do conceito à sua abordagem na saúde”**, concebido como um produto educacional voltado ao fortalecimento da formação de graduandos e residentes da área da saúde. O material reúne fundamentos conceituais, evidências científicas e orientações práticas para a identificação e o enfrentamento da violência alimentar, contribuindo para ampliar a compreensão do tema no âmbito acadêmico e assistencial.

Espera-se, assim, que esta dissertação e seu produto educacional possam favorecer a qualificação da educação em saúde e estimular práticas profissionais mais sensíveis à promoção da segurança alimentar e nutricional e à proteção dos direitos de crianças e adolescentes, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de prevenção, reconhecimento e manejo da violência alimentar na prática profissional. Ressalta-se, por fim, a necessidade de ampliação das investigações científicas sobre o tema, a fim de aprofundar a compreensão de

seus determinantes, manifestações e impactos, bem como de subsidiar o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de prevenção, identificação e intervenção.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, P., PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 3, p. 449-460, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP). *Screen time and children* [Internet]. 2020 [cited 3 ago 2022]. Available from: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-And-Watching-TV-054.aspx#:~:text=For%20children%20%2D5%2C%20limit,during%20family%20meals%20and%20outings.

ANTONIASSI, S. G., MACHADO, C. O., SANTOS, D. S., SANTOS, L., HÖFELMANN, D. A. Tempo de tela, qualidade da dieta de adolescentes e características do entorno escolar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00022023>

BEZERRA, M. K. A.; CARVALHO, E. F.; OLIVEIRA, J. S.; CESSE, E. A. P.; LIRA, P. I. C.; CAVALCANTE, J. G. T. Estilo de vida de adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas em Recife: ERICA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 221-232, 2021.

BITTAR, C.; SOARES, A. Mídia e comportamento alimentar na adolescência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 1, p. 291-308, 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1920>.

BLISSETT, J.; HAYCRAFT, E. Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*, v. 50, n. 2-3, p. 477-485, 2008.

BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar.pdf

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 18 set. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Diretrizes da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: CONSEA, 2010. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2010/07/diretrizesdaPNSAN.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Portaria Interministerial MDS/MS nº 25, de 25 de outubro de 2023*. Brasília: MDS/MS, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Fascículo 4 : protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de crianças de 2 a 10

anos [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo.
– Brasília : Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo 5 : protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022b

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos* (versão resumida). Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 79p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Plano Brasil Sem Fome 2023-2026*. Brasília: MDS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/brasil-sem-fome>. Acesso em: 29 jul. 2025.

CAROZZO, N. P. P.; OLIVEIRA, J. H. A. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. *Psicologia em Revista*, v. 26, n. 1, p. 187-209, 2017. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.187-209>.

CARVALHO, C. A. ; FONSECA, P. C.; PRIETO, M.B.; RIBEIRO, S.M. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2014.10.002>.

CRUZ, R. M. F., SOUSA, J. P.; SKRIVAN, A. G. Reflexos da mídia na formação de hábitos alimentares de crianças e adolescentes a nível global –

uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development*, v. 10, n.14, p1-12, 2021..e224101421797. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21797>

EL PAÍS. Brasil sai oficialmente do Mapa da Fome da ONU após políticas sociais e queda na insegurança alimentar. *El País Brasil*, 29 maio 2025. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

FAO – FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *The State of Food and Agriculture 2019: Moving forward on food loss and waste reduction*. Roma: FAO, 2019. Disponível em: <https://openknowledge.fao.org/handle/1834/31243>

FAO; FIDA; OMS; PAM; UNICEF. *O estado da segurança alimentar e nutricional no mundo 2020: transformar os sistemas alimentares para que promovam dietas acessíveis e saudáveis*. Roma: FAO, 2020. Disponível em: <https://www.fao.org/publications>. Acesso em: 29 jul. 2025.

FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024: Safeguarding food security and nutrition through climate-resilient and inclusive agrifood systems*. Rome: FAO, 2024. <https://doi.org/10.4060/cc7901en>.

FIGUEROA PEDRAZA, D. Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 5 anos: da dimensão alimentar à nutricional. *Revista Cienc. Salud*, v. 22, n. 1, p. 1-21, 2024.

FNDE – FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO. *Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE: histórico, legislação e diretrizes*. Brasília: FNDE, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/fnde>. Acesso em: 29 jul. 2025.

GOMIDE, P. I. C. *Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes, 2006. 102 p.

GOMIDE, P. I. C. *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites*. Petrópolis: Vozes, 2013. 128 p.

GURGEL, A. M.; SANTOS, C.C.S.; ALVES, K. P.S.; ARAÚJO, J. M.; LEAL, V. S. Políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3421-3434, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.21352020>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde do escolar: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental municípios das capitais: 2009/2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

KLÖTZ-SILVA, J., PRADO, S. D., SEIXAS, C. M. Hábitos alimentares e comportamento alimentar: do que estamos falando? *Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1103-1123, 2016. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000400003>.

LAURENTINO, J. S. L.; BRITO, R. C. S.; OLIVEIRA-SILVA, R. T.; SOARES, A.; PEREIRA, T.C.; LIMA, E. M.; SANTOS, A. B.M.V.; PALMEIRA, P. A. Associação entre insegurança alimentar e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 27, 2024. e240041 <https://doi.org/10.1590/1980-549720240041.2>.

MONTEIRO, C. A.; LEVY, R. B.; CANNON, G.; MOUBARAC, J. C.; CASTRO, I. R. R.; LEAL, V. S. Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 28, n. 1, p. 60-72, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000100010>

MONTEIRO, C. A.; MOUBARAC, J.C.; LEVY, R. B.; CANELLA, D.S.; LOUZADA, M.L.C.; CANNON, G. Household availability of ultra-processed

foods and obesity in nineteen European countries. *Public Health Nutrition*, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2018. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001379>.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, G.; LEVY, R. B.; LOUZADA, M. L. C.; JAIME, P. C. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*, v. 22, n. 5, p. 936–941, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>

MOURA, N. C. de. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. *Segurança Alimentar e Nutricional*, v. 17, n. 1, p. 113-122, 2010.

MUSHER-EIZENMAN, D.R.; LAUZON-GUILLAIN, B.; HOLUB, S.C.; LEPORC, E.; CHARLES, M.A. Child and parent characteristics related to parental feeding practices: a cross-cultural examination in the US and France. *Appetite*, v. 52, n. 1, p. 89-95, 2009.

PACTO CONTRA A FOME. *Retrospectiva das políticas de combate à fome no Brasil (2003–2023)*. São Paulo: Instituto Pacto Contra a Fome, 2023. Disponível em: <https://www.pactocontrafome.org.br>. Acesso em: 29 jul. 2025.

PEDROSO, M. R. O.; LEITE, F. M. C. Prevalência e fatores associados à negligência contra crianças em um estado brasileiro. *Escola Anna Nery*, v. 27, n. 3, p. 1-9, 2023. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0466>.

PINHEIRO-CAROZZO, N.P.; OLIVEIRA, J. H. A. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 187–209, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.187-209>

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – REDE PENSSAN. *II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no*

Brasil. 2023. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

ROBATTO, A. P.; CUNHA, C. M.; MOREIRA, L. A. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Jornal de Pediatria (Rio J.)*, v. 100, suplemento 1, p. S88-S96, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.12.001>.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas Educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 22, n. 2, p. 187-195, 2005.

SANTOS DA SILVA, N. F.; SILVA, R. J. S. Excesso de peso em adolescentes: insegurança alimentar e multifatorialidade no cenário do semiárido de Pernambuco. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 38, n. 1, p. 60-67, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-058220203810201901>.

SANTOS, K. F.; COELHO, L. V.; ROMANO, M. C. C. Comportamento dos pais e comportamento alimentar da criança: revisão sistemática. *Revista Cuidarte*, v. 11, n. 3, p. e1041, 2020. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1041>.

SCHNEIDER, G. C.; BALUTA, M. C.; SOUZA, B. C. A. de. Violência alimentar: o direito da criança a uma alimentação saudável e adequada. In: SIMPÓSIO JURÍDICO DOS CAMPOS GERAIS, 14., 2023, Ponta Grossa. *Anais [...]*. Ponta Grossa: UniSecal, 2023.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes*. São Paulo: CODEPPS, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de orientação: Avaliação nutricional da criança e do adolescente. 2. ed. atualizada. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em:

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22962e-ManAval_Nutricional - 2Ed Atualizada SITE.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22962e-ManAval_Nutricional_-_2Ed_Atualizada_SITE.pdf).

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. 2. ed. São Paulo: SPSP, 2018. 88 p. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/manual-de-atendimento-as-criancas-e-adolescentes-vitimas-de-violencia-disponivel-para-leitura/>

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. Geneva: WHO, 2016.