

# RELAÇÕES COGNITIVAS COM O ALIMENTO NA INFÂNCIA



**ILSI**

International Life  
Sciences Institute  
Brasil

SÉRIE DE PUBLICAÇÕES ILSI BRASIL

Força-Tarefa de Nutrição da Criança

**VOLUME 5**



**ILSI**

International Life  
Sciences Institute  
Brasil

**ILSI BRASIL**  
**INTERNATIONAL LIFE SCIENCES INSTITUTE DO BRASIL**

Rua Hungria, 664 — conj.113

01455-904 — São Paulo — SP — Brasil

Tel./Fax: 55 (11) 3035-5585 e-mail: ilsibr@ilsil.org.br

© 2017 ILSI Brasil International Life Sciences Institute do Brasil

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Junqueira, Patrícia

Relações cognitivas com o alimento na infância /  
Patrícia Junqueira. -- São Paulo : ILSI Brasil-  
International Life Sciences Institute do Brasil,  
2017. -- (Série de publicações ILSI Brasil : força-  
tarefa de nutrição da criança ; v. 5)

Bibliografia.

1. Alimentação infantil 2. Aprendizado alimentar  
3. Comportamento 4. Crianças - Nutrição 5. Crianças -  
Saúde I. Título. II. Série.

17-08097

CDD-613.20832

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Aprendizado alimentar infantil : Promoção da  
saúde 613.20832

Esta publicação foi possível graças ao apoio da Força-Tarefa Nutrição da Criança, subordinada ao Comitê de Nutrição e este ao Conselho Científico e de Administração do ILSI Brasil.

Segundo o estatuto do ILSI Brasil, no mínimo 50% de seu Conselho Científico e de Administração deve ser composto por representantes de universidades, institutos e órgãos públicos, sendo os demais membros representantes de empresas associadas.

Na página 37, encontra-se a lista dos membros do Conselho Científico e de Administração do ILSI Brasil e na página 39, as empresas mantenedoras da Força-Tarefa de Nutrição da Criança em 2017.

Para mais informações, entre em contato com o ILSI Brasil pelo telefone (11) 3035-5585 ou pelo e-mail: [ilsibr@ilsibr.org.br](mailto:ilsibr@ilsibr.org.br)

As afirmações e opiniões expressas nesta publicação são de responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, as do ILSI Brasil. Além disso, a eventual menção de determinadas sociedades comerciais, marcas ou nomes comerciais de produtos não implica endosso pelo ILSI Brasil.



# Autores:

## **Dra. Patrícia Junqueira**

Fonoaudióloga-PUC-SP. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP.

Especialista em Motricidade Orofacial com 27 anos de experiência clínica.

Idealizou e criou o Instituto de Desenvolvimento Infantil para que pudesse atuar e divulgar seu olhar integrado para o desenvolvimento e necessidades fonoaudiológicas de bebês e crianças. Sua mais recente obra, "Por que meu filho não quer comer?: Uma visão além da boca e do estômago", foi publicada pela Idea Editora.



# ÍNDICE

Introdução	9
1. Mitos e crenças sobre a alimentação infantil	11
2. Aprendizado Alimentar	13
2.1 Saúde da Criança	13
Sistema Gastrointestinal	14
Alergia Alimentar	15
Sistema Cardíaco e Respiratório	16
2.2 Habilidade Motora Oral	17
2.3 Integração do processamento sensorial	20
2.4 As emoções	23
3. Desafios no aprendizado alimentar infantil	26
4. Considerações Finais	32
5. Referências bibliográficas	33
6. Diretoria/Conselho	37
7. Empresas mantenedoras da Força-Tarefa Nutrição da Criança	39





# INTRODUÇÃO

Como uma criança aprende a comer? Quais fatores impactam nesse aprendizado?

Afinal, até que ponto a família pode exercer uma influência no comportamento alimentar dos filhos?

O que prevalece: o comer homeostático ou o hedônico?

As emoções da criança podem interferir ou impactar nesse aprendizado?

A alimentação infantil deve e necessita ser melhor compreendida, principalmente, quando observamos os altos índices de obesidade infantil em todo o mundo.

Além disso, sabemos que o comportamento alimentar se estabelece até os dois anos de idade e que ações preventivas podem ser o melhor caminho para uma relação mais positiva das crianças com os alimentos e com o momento da refeição.

Afinal de contas, como temos motivado nossas crianças a comer?

Quais estratégias têm sido utilizadas para motivá-las no caminho da alimentação saudável, nutritiva e harmoniosa?

Quais condutas temos assumido com as crianças que parecem não ter uma relação de prazer com os alimentos? E aquelas que aparentemente se mostram seletivas ou se recusam a comer determinadas preparações?

Qual tem sido o olhar do pediatra para esse aprendizado?

Culpar a mãe? Assumir que realmente algumas crianças são difíceis para comer?

Se preocupar apenas e tão somente com o ganho pômdero-estatural?

A preocupação materna quanto à alimentação dos filhos é mundial e referida primeiramente ao pediatra, que necessita compreender a complexidade dessa “queixa” para que possa realizar um diagnóstico diferencial e referir e auxiliar a criança quando necessário. (Fisberg, 2017).

Jin, Shi e Ji (2009) afirmam que apenas 50% das famílias com queixas relacionadas à alimentação dos filhos se sentem satisfeitas com as orientações dos pediatras.

O objetivo desse material é ampliar o olhar do pediatra para o aprendizado alimentar infantil.

É ajudá-lo a compreender os aspectos que compõem esse aprendizado e que vão, certamente, muito além da boca e do estômago.

Com isso, espera-se que se possam rever alguns conceitos e repensar alguns mitos sobre a alimentação infantil, refletindo na sua prática e conduta clínica, tão essencial para o desenvolvimento da especial população que auxilia.

# 1. MITOS E CRENÇAS SOBRE A ALIMENTAÇÃO INFANTIL

Há alguns mitos relacionados à alimentação infantil que interferem na compreensão e nas possíveis condutas assumidas.

Esclarecer primeiramente essas crenças nos ajudará no caminho para entender o aprendizado alimentar.

Principais mitos relacionados à alimentação infantil:

<b>Mito</b>	<b>Conceito</b>	<b>Verdade</b>
Comer é a prioridade número um do corpo.	Respiração é a prioridade número um do corpo. Controle e estabilidade corporal são a segunda.	Comer é a terceira prioridade do corpo.
Comer é instintivo.	Comer é um ato instintivo apenas no primeiro mês de vida. Do nascimento até 3-4 meses de idade, temos um conjunto de reflexos condicionados e primitivos (por ex. sucção, deglutição) que nos ajudam a comer enquanto estabelecemos caminhos para o controle e amadurecimento motor voluntário para comer.	Comer é um comportamento aprendido que depende do desenvolvimento de habilidades motoras orais e sensoriais.
Comer é fácil.	Comer é a tarefa física mais complexa que os seres humanos desenvolvem. É a ÚNICA tarefa humana que requer o uso de todos os sistemas e órgãos e exige que todos eles funcionem corretamente. Para deglutir, precisamos do uso de 26 músculos e de 6 nervos cranianos. Comer é uma tarefa que as crianças fazem que exige a coordenação simultânea de todo sistema sensorial. Além disso, a nutrição (alimentos) e o meio ambiente também precisam ser integrados para garantir que uma criança coma adequadamente.	Comer é complexo.
Comer é um processo de dois passos: 1 = você se senta, 2 = você come.	Existem cerca de 25 etapas necessárias para que a criança possa comer. Cada etapa necessita de um conjunto de habilidades e desenvolvimento motor oral e sensorial. São pré-requisitos para que a criança possa comer.	Comer é um processo que envolve várias etapas e subetapas. A criança precisa tolerar ver o alimento, depois interagir com ele, cheirá-lo, tocá-lo e prová-lo até aceitar comê-lo.
Não é apropriado tocar ou brincar com a comida.	Brincar com o alimento é parte do processo normal do desenvolvimento para aprender a comer. É a melhor forma para a criança se aproximar dos alimentos, se relacionar com eles e explorar suas características sensoriais (textura, temperatura, cor, cheiro etc.).	Brincar e interagir com os alimentos durante a refeição faz parte do aprendizado alimentar de uma criança.

Mito	Conceito	Verdade
<p>Se uma criança está com fome suficiente, ela vai comer. Em casa que tem comida, criança “não morre de fome”.</p>	<p>Isso é verdade para cerca de 94-96% da população pediátrica. Para os outros 4-6% da população pediátrica, que apresentam dificuldades alimentares, não. Para a maioria das crianças que enfrentam dificuldades alimentares, comer dói ou causa um enorme desconforto. Nesses casos, nenhuma quantidade de fome será suficiente para superar esse fato. Além disso, para crianças que têm problemas com a habilidade ou problemas médicos relacionados ao ato de comer, o apetite muitas vezes é suprimido ao longo do tempo. Assim sendo, não respondem corretamente ao apetite como um estímulo para comer um número suficiente de calorias.</p>	<p>O mecanismo homeostático do apetite, baseado apenas do ponto de vista nutricional, não é suficiente para explicar o comportamento alimentar humano. Conforto, habilidade, competência e motivação proporcionam o suporte interativo para o aprendizado alimentar.</p>
<p>Quando uma criança não come, ela tem um problema comportamental ou orgânico.</p>	<p>Por décadas, a medicina classificou as doenças em físicas e psicológicas. Embora muitos profissionais de saúde ainda façam essa distinção, isso não é exato. Existe uma total conexão entre o corpo e a mente e toda doença tem componentes físicos e emocionais. Basicamente, todo problema ou doença é um problema relacionado entre corpo-mente. E toda criança que apresenta dificuldade para comer está respondendo por meio dessa conexão corpo-mente.</p>	<p>A criança que apresenta dificuldade para comer responde por meio da conexão corpo-mente. Essas crianças modificam seu comportamento no momento da refeição para se protegerem. Bebês e crianças que se alimentam oralmente e que relutam ou se recusam fortemente a comer, o fazem devido a dor, desconforto, inabilidade ou incapacidade para interpretar os estímulos do alimento ou mesmo do ambiente da refeição.</p>
<p>Crianças podem ser difíceis para comer por um tempo, mas não há com o que se preocupar por que “quando crescer vai passar”.</p>	<p>Existem crianças (e adultos também!) que são mais seletivas quanto aos alimentos que desejam comer. Podem demorar mais tempo para aceitar mudanças no cardápio e podem ser realmente mais “exigentes” em suas escolhas alimentares. Porém, há um outro grupo de crianças que realmente apresenta uma dificuldade alimentar. Suas escolhas alimentares restritas podem ser consequência de uma falta de habilidade para comer ou interpretar os estímulos sensoriais dos alimentos. Nesses casos, o tempo por si só não será suficiente para modificar essa situação.</p>	<p>Cerca de 30% de todas as crianças com desenvolvimento normal podem apresentar algum tipo de dificuldade para se alimentar. Essa dificuldade, se não for devidamente diagnosticada, poderá trazer consequências médicas, nutricionais, comportamentais e sociais.</p>
<p>Se a criança for para a escola, vendo os amigos comerem, ela vai comer.</p>	<p>O aprendizado alimentar pode ser favorecido por meio da prática e de experiências sociais, desde que a criança possua habilidade e conforto para comer.</p>	<p>Experiências sociais, sem habilidade e conforto para comer, não são suficientes para garantir motivação para o aprendizado alimentar.</p>

**Fonte:** Auvray, Spense (2008); Bahr (2010); Fisberg (2012); Junqueira (2017); Kerzner et al. (2015); Morris (2000); Satter (1987); Toomy, Ross (2011).

## 2. APRENDIZADO ALIMENTAR

O aprendizado alimentar depende das condições físicas e do desenvolvimento da criança, bem como das suas habilidades orais e sensoriais para interpretar e lidar com o alimento.

Além disso, outros aspectos, não menos importantes, devem ser considerados: emoções, motivação, contexto social e familiar e ambiente.

O estilo parental e as crenças e sentimentos maternos também adquirem a cada dia mais relevância quando o assunto é desenvolvimento alimentar (Kerzner et al., 2015; Kohler, et al., 2002).

Veremos, a seguir, cada um desses aspectos e seu impacto no aprendizado alimentar infantil.

### **2.1 Saúde da Criança**

A saúde da criança desempenha um papel importante na decisão da sua alimentação e refeição.

Quando ela está bem e não tem necessidades extraordinárias, as refeições geralmente são menos estressantes.

Quando as crianças apresentam problemas médicos, agudos ou crônicos, esses podem impactar negativamente no seu apetite, conforto e nas habilidades para aprender a comer.

Condições agudas, como dor ao nascimento dos dentes, infecções de ouvido, resfriados, viroses, constipação intestinal etc., afetam a alimentação durante o episódio do quadro.

Já os problemas médicos crônicos, como prematuridade, doenças cardíacas, fibrose cística, paralisia cerebral e alergias alimentares, influenciam na alimentação por um período maior.

As mudanças que acontecem na alimentação durante o período de doenças agudas tendem a se resolver sozinhas quando essa condição termina.

Entretanto, algumas situações agudas, como episódios de vômitos de repetição ou engasgos, podem ter uma influência na alimentação por um período de tempo maior, devido ao impacto emocional causado pelo evento.

Doenças crônicas geralmente requerem um suporte bem maior em relação à alimentação. Mesmo quando há acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, podem ocorrer altos e baixos no aprendizado para comer e no apetite, dependendo da evolução de cada um.

O bem estar físico da criança influencia todo o seu desenvolvimento emocional, suas atitudes e a abertura para novas experiências.

Quando ela não se sente muito bem, pode não estar disposta a aprender, podendo rejeitar novas experiências alimentares e até se mostrar menos “curiosa” ou apática a essas situações.

### **Sistema Gastrointestinal**

O sistema gastrointestinal influencia o desejo de comer e o desenvolvimento alimentar da criança.

Responsável por todo o processo envolvido na alimentação, incluindo a ingestão, o transporte, digestão, absorção e eliminação de resíduos, ele precisa ter estruturas anatômicas adequadas e um bom funcionamento.

Quando tudo está ajustado, o alimento, seja líquido ou sólido, é transportado suavemente da boca ao estômago. Estando tudo bem, o apetite é adequado e garante um bom desenvolvimento e nutrição.

Os sinais de fome e saciedade são consistentes, capazes de manter as necessidades para hidratação e energia.

Para muitas crianças com dificuldade alimentar, o sistema gastrointestinal não funciona bem, podendo causar vômitos, náusea, sensação de “estômago cheio” ou dor.

Esses desconfortos gastrointestinais podem influenciar negativamente no desejo de comer, bem como influenciar no apetite e no crescimento da criança.

Os sintomas decorrentes dessas alterações, como dor e desconforto, durante ou logo após serem alimentados, influenciam no apetite da criança e na sua interação com o momento da refeição (Hyman, 1994; Nelson, Chen, Syniar e Christoffel, 1998).

Entretanto, esses sintomas afetam cada criança de modo diferente, pois a intensidade da resposta depende de vários fatores.

Alguns bebês podem começar sua jornada alimentar com bastante desconforto devido a esses sintomas. Ao serem alimentados ainda com leite materno, sentem fortes cólicas gastrointestinais e, logo após, manifestam vômitos recorrentes.

Ou seja: manifestam fome, são alimentados e, ao invés do conforto que a saciedade deveria proporcionar, sentem dor e desconforto. Isso vai sendo registrado diariamente na mente desses bebês como um enorme desprazer, dificultando e, muitas vezes, impossibilitando-os de serem alimentados.

Quando os bebês têm repetidas experiências com dor e desconforto durante a alimentação, geralmente criam uma forte antecipação ao eminente "perigo".

Essa negativa antecipação faz com que a criança reaja com medo, cuidado e muita ansiedade.

Essas emoções contribuem ainda mais negativamente para mudanças gastrointestinais sutis, podendo ainda reduzir a eficiência da digestão, intensificando o problema.

Aliado a isso, crianças que apresentam dor ou vômitos decorrentes de problemas gastrointestinais, frequentemente respondem com aumento da tensão física.

Elas podem jogar fortemente o corpo para trás ou estender o corpo numa forte flexão. A parede abdominal se tensiona, altera-se o padrão respiratório e o resultado é um ciclo vicioso de dor, tensão e aumento da dor.

Orientar os pais no caminho do entendimento e na busca pelo conforto durante a alimentação de seus filhos é essencial para ajudar essas crianças a se tornarem mais abertas a desenvolverem uma relação positiva com os alimentos.

Mathisen, Worrall, Masel, Wal e Shepherd (1999) mostraram em suas pesquisas que bebês com refluxo gastroesofágico recusam mais alimentos e que suas mães têm sentimentos mais negativos e apreciam menos o momento da refeição.

Concluíram que o refluxo reduz o interesse da criança por comer, fazendo com que os pais tenham que "lutar" para que a criança coma, interferindo na interação entre eles durante as refeições.

## **Alergia Alimentar**

Bebês e crianças com diferentes tipos de alergia alimentar podem apresentar dificuldade no momento da refeição e na sua relação com os alimentos.

Isso é possível compreender, uma vez que essa população experimenta, algumas vezes muito precocemente, significativo estresse ao ser alimentada.

Sabemos que a manifestação da alergia alimentar ainda no primeiro ano de vida provoca sintomas que podem prejudicar o desenvolvimento alimentar harmonioso. Isso costuma acontecer por alguns motivos:

- Muitos bebês podem sentir cólicas, refluxo gastroesofágico, vômitos e desconforto gastrointestinal de várias intensidades ao serem alimentados, criando uma relação de desprazer e aversão no momento da refeição.
- Dependendo do tipo de alergia alimentar, a variedade de alimentos ofertados à criança pode ser limitada.
- Há uma tendência a ofertar repetidamente à criança os mesmos alimentos considerados seguros.
- Os pais das crianças alérgicas vivenciam constantemente uma situação de estresse decorrente do medo e insegurança na apresentação de novos alimentos ou “produtos” aos seus filhos.

Alguns bebês podem ter experiências traumáticas com algum alimento devido a reações alérgicas e, além disso, o início tardio de vivências orais positivas pode também impactar o desenvolvimento alimentar infantil.

Isso tudo pode ocorrer devido ao uso de medicamentos e de vivências desagradáveis na cavidade oral, como náuseas, vômitos e refluxo gastroesofágico, causando em algumas crianças uma hipersensibilidade oral.

Esse sintoma pode dificultar tanto a introdução da primeira alimentação complementar como a aceitação da mudança da textura dos alimentos.

O auxílio à criança que manifesta alergia alimentar deve ser realizado pela equipe médica que assiste a criança.

Os pais precisam de informação e amparo. Em alguns casos, o auxílio de outros profissionais (psicólogo, fonoaudiólogo, etc), bem como o contato com famílias com filhos em situação semelhante, costuma ajudar e amparar os pais que se deparam num primeiro momento com a realidade, medos e incertezas provenientes da alergia alimentar.

### **Sistema Cardíaco e Respiratório**

Dificuldades com a respiração diminuem o interesse por comer. Entre a escolha por respirar ou comer, a criança opta por respirar.

Para esses bebês, comer pode ser trabalhoso e exigir mudanças no seu padrão respiratório, que nem sempre podem ou conseguem realizar, prejudicando seu aprendizado alimentar.



Algumas condições cardíacas podem alterar a frequência e os batimentos do coração. Durante a alimentação, essas condições clínicas também podem, indiretamente, modificar a coordenação entre sucção-deglutição e respiração.

Todo esse processo pode ser penoso para o bebê, levando-o à recusa ou desmotivação durante o desenvolvimento da sua alimentação.

Além disso, muitos bebês e crianças com problemas cardíacos são submetidos a processos cirúrgicos complexos, necessitando de períodos de internação e de outras vias de alimentação (sondas) até serem capazes de receber a alimentação pela boca.

Isso, quando acontece por períodos muito prolongados, pode contribuir negativamente para a sua alimentação, tanto pela falta de vivências orais quanto pela falta de oportunidade do próprio ambiente hospitalar em que estão inseridos.

## **2.2 Habilidade Motora Oral**

Ao nascer, o bebê possui, na boca, um sistema altamente integrado de funcionamento neuromotor e sensorial disponível para auxiliar e proporcionar seu desenvolvimento.

Estudos mostram que a região oral é a primeira a se desenvolver no feto, bem como a primeira área a responder a estímulos táteis, observados já na sétima semana de gestação.

O padrão de sucção e deglutição já pode ser observado entre a décima quinta e a décima oitava semana intraútero. Morris (2000).

Isso demonstra a importância desse mecanismo oral para todo o desenvolvimento e sobrevivência do bebê, uma vez que todo esse aparente desenvolvimento, sem dúvida, contribui para a capacidade do recém-nascido normal de encontrar a mama materna e sugar de forma eficaz para se nutrir.

A boca é o centro do mundo do bebê. Dada à sua importância para a sobrevivência, por proporcionar-lhe a alimentação, o bebê usa a boca para exploração e aprendizado do que é seu e do que vem do ambiente externo.

A integridade de todas as estruturas orais (lábios, língua, bochechas, palato duro e mole, mandíbula, dentes) é essencial para que o bebê e a criança possam se alimentar, pois essas estruturas estão fortemente envolvidas com o ato de sugar, engolir, mastigar etc.

Boa parte da recusa ou mesmo da seletividade alimentar apresentada pela criança pode ser justificada por ela não conseguir realizar com eficiência e competência essas funções que proporcionam sua nutrição (sucção, deglutição, mastigação).

O desenvolvimento dessas estruturas depende da experiência e sensações que o bebê vivencia ao colocar as suas mãos e os objetos na boca, pois exige movimentos ativos da sua língua, mandíbula, bochechas e lábios.

Ou seja, todo o treino e experiências orais vivenciados com os objetos que ele leva à boca propiciam um excelente treino e aprendizado dos mais variados movimentos orais.

Mordedores e objetos orais adequados aos bebês proporcionam movimentação de lábios, língua, bochechas, com segurança.

Não há pedaços que se soltam ou que o bebê possa engasgar ao mordê-los.

Todas essas sensações orais são registradas e garantem, em conjunto com seu desenvolvimento e amadurecimento neuromotor, um excelente preparo para a introdução alimentar.

Por outro lado, quando o bebê não realizou essa vivência e sua primeira experiência é com os alimentos, ele pode apresentar certa resistência ou dificuldade para aceitá-los.

Alguns recusam o bico da mamadeira, outros diminuem a quantidade de alimento ingerido, selecionam apenas o que sentem segurança e conforto para comer, podem não conseguir aprender a mastigar, podendo, devido a esses fatores, perder o interesse e a curiosidade pelos alimentos.

Identificar os limites orais que possam estar impedindo ou dificultando a alimentação da criança, garante a chance de ela desenvolver uma relação positiva com os alimentos.

Dificuldade para mastigar pode ser decorrente da falta de vivências e também de habilidade oral.

Nesses casos, a criança pode se tornar seletiva, dando preferência para alimentos pastosos ou líquidos ou evitando alimentos mais fibrosos.

Para o desenvolvimento e aprendizado da mastigação, é necessário:

#### 1) Aprender

Mastigar é diferente de outras funções orais que são inatas. Ela tem de ser aprendida ao longo do desenvolvimento da criança. Esse aprendizado se inicia com os estímulos orais que o bebê leva à boca e continua com a progressão das texturas dos alimentos que lhe são ofertados.

#### 2) Ter condições neuromusculares adequadas

Crianças com algum déficit neurológico ou neuromotor podem ter dificuldades para aprender a mastigar.

#### 3) Estímulos adequados

Os estímulos orais podem ser alimentares ou não. O primeiro estímulo são as próprias mãos do bebê quando levadas à boca. Mordedores e brinquedos diversos também são fundamentais para exercitar a mastigação. Os alimentos completam esse aprendizado quando oferecem desafios quanto a diferentes texturas e consistências.

#### 4) Estruturas orais adequadas

Todas as estruturas orais precisam de um adequado funcionamento, tônus, sensibilidade e força para auxiliarem no aprendizado da mastigação.

#### 5) Reconhecer e discriminar adequadamente os estímulos na boca

O bebê necessita sentir conforto ao toque de diferentes estímulos e texturas dentro da sua boca. Quando isso não acontece e/ou ele apresenta desconforto, náusea e vômito quando sua boca é tocada internamente, não terá como desenvolver sua mastigação.

#### 6) Modelo

Um "modelo" favorece quando estamos aprendendo um ato motor, como mastigar. Portanto, comer com a criança, favorece seu aprendizado mastigatório. A identificação precoce de uma possível dificuldade na Motricidade Orofacial irá contribuir positivamente para uma intervenção precoce, permitindo que a criança possa comer uma variedade de alimentos.

### **2.3 Integração do processamento sensorial**

Nós recebemos, interpretamos e respondemos às informações sensoriais diariamente através dos sete sentidos: visão, audição, paladar, olfato, tato, movimento vestibular e propriocepção, sendo os dois últimos responsáveis pela noção da posição do corpo no ambiente em relação à gravidade.

É por meio desses sentidos que nos relacionamos com o mundo e com as pessoas.

São eles que nos permitem saber quem somos, onde estamos e o que está acontecendo ao nosso redor.

Também tem o papel de nos proteger de perigos inerentes ao meio em que vivemos (por exemplo, você automaticamente tira a sua mão de uma superfície muito quente para não se queimar ou cospe quando sente um sabor muito desagradável em sua boca).

O nosso cérebro recebe essas informações de forma simultânea, reconhecendo, integrando e organizando-as, para devolver ao ambiente, através do nosso corpo, respostas eficientes.

Algumas crianças podem apresentar dificuldade nesse processamento sensorial, sendo incapazes de processar e integrar informações sensoriais de forma efetiva e obter sucesso na execução de suas tarefas, como comer.

Algumas das crianças que apresentam desafios em sua alimentação podem apresentar um quadro mais complexo chamado de Disfunção do Processamento Sensorial (termo descrito por Ayres, 1972).

A Disfunção do Processamento Sensorial é um termo diagnóstico que descreve indivíduos que não conseguem processar de forma efetiva e integrada as informações sensoriais do ambiente.

O que acontece é que as informações sensoriais de um ou mais sistemas não são organizadas de modo apropriado para o indivíduo exercer suas atividades e interagir com as demandas do ambiente.

Em outras palavras, o sistema nervoso não processa ou organiza de forma adequada o fluxo de informações sensoriais e, portanto, o indivíduo não tem uma informação precisa sobre si mesmo ou sobre o ambiente.

Embora frequente na criança com dificuldade alimentar, poucos profissionais sabem identificar estes problemas precocemente, o que dificulta ainda mais o diagnóstico e tratamento, agravando ainda mais o problema. Muitas crianças são rotuladas como “birrentas”, difíceis ou “mimadas” e impossíveis de serem controladas.

Muitas famílias restringem seu convívio social por não conseguirem controlar os comportamentos inadequados de seus filhos.

Muitos desses comportamentos, tidos como incontroláveis, a agitação ou apatia frente a determinadas situações da vida diária, podem ser sinais de alteração do processamento sensorial.

Sinais e sintomas observados quando se suspeita de uma Disfunção de Integração Sensorial

- Dificuldade com tarefas de cuidados pessoais, mais especificamente, como escovar os dentes, cortar os cabelos e as unhas, lavar os cabelos e o corpo.
- Seletividade para comer. Recusar certos alimentos pela textura (cremosa / crocante / grumosa) ou resistir a certos sabores e temperaturas.
- Extrema dificuldade em ter o rosto ou as mãos sujas durante brincadeiras ou durante o momento da alimentação.
- Não gostar de brincar com areia, de passar loções na pele ou usar roupas feitas com certos tipos de tecido.
- Demonstrar medo quando movimentada para trás em atividades diárias e ou lúdicas.
- Demonstrar medo ao ter os pés retirados do chão (brincar no balanço, de cavalinho, descer do meio-fio).
- Escalar / pular / cair constantemente, a ponto de ter dificuldade em ficar parada para completar uma atividade simples e apropriada para a sua idade.
- Procurar girar, balançar ou realizar outras atividades se movimentando excessivamente.
- Apresentar dificuldade para permanecer sentada por longos períodos de tempo.
- Dificuldade com transições e com o sono, às vezes pode ter relação com processamento sensorial ineficiente.

**Fonte:** Ayres (1972); Junqueira (2017); Morris (2000).

Comer envolve o uso de todos os sentidos e, quando há alguma dificuldade na discriminação, interpretação ou modulação do estímulo sensorial, a criança pode apresentar dificuldades significativas para aprender a comer e se relacionar com os alimentos.

Para algumas crianças, é mais do que simplesmente não gostar de um alimento ou de outro.

Geralmente essas crianças acabam selecionando os alimentos que sentem conforto e dificilmente aceitam mudanças. Essa seleção quase sempre está relacionada ao modo como elas recebem e interpretam o estímulo sensorial dos alimentos.

Algumas crianças, por exemplo, só sentem conforto com alimentos crocantes.

Na presença de cremes e purês, podem engasgar e vomitar. Sabores cítricos são mais agradáveis para uns, mas não para outros.

Visão, olfato, paladar, tato e outros sentidos, obviamente, têm grande influência na hora das refeições.

Quando uma criança não é capaz de se sentir confortável frente a esses estímulos, ela pode reagir de modo muito particular. Ela muda o comportamento, tenta escapar da situação da refeição, demonstra medo frente a alguns alimentos e pode engasgar ou vomitar com determinadas texturas, odores ou temperatura dos alimentos. (Demattè, Endrizzi, Gasperi, 2014).

São muitas as crianças com queixa de dificuldade alimentar e que apresentam desafios sensoriais. Muitos não são diagnosticados precocemente, o que causa, ao longo do tempo, um verdadeiro caos no desenvolvimento alimentar da criança.

A revisão atual da literatura leva à discussão sobre as percepções sensoriais sobre a ingestão de alimentos, além de sua influência sobre o gosto e palatabilidade.

Estudos atuais têm demonstrado como a experiência sensorial de comer pode influenciar o comportamento alimentar e o consumo de energia no curto prazo. (Marcelino, Adam, Couronne, Koster, Sieffermann, 2001; Auvray, Spense, 2008).

Aprendemos a comer em resposta às pistas sensoriais, formando associações entre a experiência inicial da característica sensorial de um alimento e os efeitos pós-ingestivos da administração de nutrientes.

Deste modo, as características sensoriais dos alimentos podem ser usadas para prever as consequências do consumo. (McCrickerd, Forde, 2016; Srensen, Miller, Flint, Martens, Raben, 2003).

Hoje já se estudam outras características sensoriais dos alimentos e o impacto no consumo e ingestão, além da palatabilidade.

A textura, por exemplo, é a característica sensorial multimodal dos alimentos, descrita como "manifestação sensorial e funcional das propriedades estruturais, mecânicas e superficiais dos alimentos detectados através dos sentidos da visão, audição, toque e cinestesia". (Szczeniak, 2002).

A textura do alimento é um determinante importante da aceitação do indivíduo. (Szczeniak, 2002; Forde, Kuijk, Thaler, Graaf, Martin, 2013). Pesquisa recente destacou o papel que a textura do alimento desempenha na ingestão de energia.

Identificar precocemente os sinais de uma possível alteração no processamento sensorial pode colaborar e garantir o aprendizado alimentar positivo para uma criança. Isso pode ocorrer tanto pelo início do tratamento adequado quanto pelos ajustes e adequações na forma, preparação e adequação dos alimentos ofertados.

## **2.4 As emoções**

Para que a aprendizagem alimentar ocorra, pela importância que tem a emoção nos processos cognitivos, é necessário que se crie, à volta das situações ou desafios alimentares de aprendizagem, um clima de segurança, de cuidado e de conforto. (Fonseca, 2016 a).

O sistema emocional humano funciona dentro de um espectro comportamental que pode ir da atração magnética impulsiva e curiosa por pessoas, eventos, situações, tarefas, problemas ou desafios, à sua recusa imediata (luta ou fuga). (Fonseca, 2016 a, 2016 b).

Em outras palavras, a criança necessita, além das habilidades motoras e sensoriais para seu aprendizado alimentar, de vivências, registros emocionais positivos e, principalmente, de um ambiente favorável a esse aprendizado.

Somente num clima de segurança afetiva o cérebro humano funciona perfeitamente e, assim, as emoções abrem caminho às cognições. (Damásio, 1999; Fonseca, 2016 a).

Criar situações que envolvam a alimentação infantil de modo a motivar a criança por meio de recursos lúdicos, afetivos, sensoriais, pode favorecer seu interesse e desejo pelos alimentos.

As refeições em família, a participação ativa da criança no preparo dos alimentos (estimulando sua curiosidade pelos aromas, texturas, cores, sabores dos alimentos, por exemplo), a autonomia para se alimentar sozinha (self-feeding), sem a coerção do adulto, podem ser ótimas estratégias no caminho desse aprendizado. (Morris e Klein, 2000; Junqueira, 2017).

Isso porque sabemos que num clima de ameaça e de opressão, o sistema límbico bloqueia o funcionamento dos seus substratos cerebrais superiores corticais, logo, das funções cognitivas executivas, que permitem o acesso às aprendizagens e à resolução de problemas. (Goldberg, 2001; Fonseca a e b).

Perante ameaças, o indivíduo em situação de aprendizagem, reage inconscientemente antes de reagir conscientemente.

Em apenas décimos de segundo, o ritmo cardíaco acelera, a pressão sanguínea altera-se, os suores emergem nas palmas das mãos, altera-se o padrão respiratório e os estados corporais ou somáticos, interoceptivos e proprioceptivos, de ansiedade, medo, impotência ou vulnerabilidade, disparam sinais do sistema nervoso automático para a mente, informando que algo não está bem.

Em outras palavras, forçar a criança a comer, distraí-la ou mesmo chantageá-la, não desencadeiam ações positivas para o aprendizado alimentar.

A criança pode até comer, mas este aprendizado se dá por razões equivocadas, não gerando o registro de memórias positivas que possam dar suporte a esse aprendizado.

A criança precisa aprender a comer e esse aprendizado acontece num contexto social e emocional, inicialmente entre dois sujeitos em interação: mãe e filho.

Essa díade compartilha vivências e tem, inicialmente, um experiente que ensina e outro inexperiente que aprende. (Fonseca, 2016 a; Immordino-Yang, Damásio, 2007).

Como a aprendizagem não é um ato isolado nem neutro afetivamente, só pode ser concebida num contexto de transmissão intencional e de atenção e interação emocional compartilhada.

Esse compartilhamento por si só integra emoções e cognições, leitura de faces e de mentes, exibição de sinais não verbais e corporais de tristeza, alegria, desgosto, surpresa e medo. (Immordino-Yang, Damásio, 2007).

Sob essa perspectiva, não podemos deixar de pontuar a enorme influência exercida especialmente pelas mães no aprendizado alimentar dos filhos.



Principalmente porque o primeiro vínculo emocional que se estabelece entre a mãe e o seu filho é por meio da alimentação.

Mennella (2001) afirma que o primeiro input emotivo do ser humano (talvez seria mais correto dizer dos seres vivos em geral) é do tipo alimentar: tanto na fase pré-natal quanto pós-natal, mediante à assimilação do alimento, o ser desenvolve uma relação fundamental com a mãe.

Durante a alimentação, portanto, as mães nutrem seus filhos de dois alimentos, um físico, que é o alimento em si, e o outro, não físico, que é o sentimento, o combustível da alma.

Há troca de energias nesse momento e mãe e filho se atraem e se ALIMENTAM mutuamente, pela expressão mental associada aos sentimentos vivenciados nesse momento.

Por outro lado, mães que não conseguem alimentar seus filhos, seja por qual motivo for, se sentem culpadas, vivenciando sentimentos angustiantes.

Esses sentimentos, pensamentos e crenças maternas, quando negativos, podem impactar no aprendizado alimentar dos filhos.

Vários estudos mostram que as crenças e os sentimentos maternos impactam na alimentação da criança. (Yousafzai, Pagedar, Wirz, Filteau, 2003; Baughcum et al., 2001).

Portanto, nenhuma abordagem que visa diagnosticar e tratar a criança com desafio para se alimentar será eficaz se não souber ouvir e compreender as mães. São elas que poderão, em muitos momentos, encontrar as respostas e, muitas vezes, os melhores caminhos para ajudar seus filhos.

Nós, profissionais da área de saúde, necessitamos acolher essas mães, entender seus sentimentos e ajudá-las a ampliar seu olhar.

Orientá-las, sensibilizando-as a compreender seus sentimentos e emoções no momento de alimentar seu filho.

Fazê-las compreender seus sentimentos à luz de suas crenças e julgamentos irá colaborar fundamentalmente para o sucesso do tratamento da criança com recusa ou seletividade alimentar.

### 3. DESAFIOS NO APRENDIZADO ALIMENTAR INFANTIL

Como exposto até o momento, a alimentação infantil é complexa e depende de vários fatores. Definir um padrão rígido de normalidade também é complicado, porque cada criança tem um desenvolvimento único que impacta no modo como se alimenta.

Por outro lado, também sabemos que o diagnóstico e tratamento precoce de uma possível dificuldade na habilidade para comer pode ser decisivo no sucesso dessa aprendizagem.

Muitos pais se sentem confusos quando um filho apresenta dificuldade para comer. Ficam na dúvida a quem recorrer, desconhecem as abordagens utilizadas, o que pode dificultar o início do tratamento.

Por outro lado, muitos profissionais de saúde também não sabem diferenciar quando há de fato uma dificuldade que esteja impedindo a criança de se alimentar e quando referir a outro profissional.

Metodologias complexas para o diagnóstico, terminologias diversas (pick eating, neofobia, anorexia infantil, recusa alimentar, seletividade, dificuldade alimentar etc.), não favorecem a normatização e sistematização de condutas.

Pesquisas indicam que cerca de 30% das crianças com desenvolvimento normal podem encontrar algum tipo de desafio com sua alimentação. (Kerzner et al, 2015).

Sabemos também que apenas cerca de metade dessas crianças vai “superar” completamente suas dificuldades com a alimentação sem ajuda especializada.

Seletividade ou dificuldade alimentar?

## SELETIVIDADE ALIMENTAR

- Diminuição da variedade ou quantidade de alimentos. Tipicamente consome 30 ou mais alimentos;
- Aceita pelo menos um alimento por categoria, seja pelo tipo de textura ou pelo valor nutricional;
- Tolera novos alimentos no prato;
- Geralmente é capaz de tocar ou provar alimentos, embora com alguma resistência;
- Frequentemente seleciona alguns alimentos para comer por determinado tempo, que geralmente podem variar após algumas semanas ou meses;
- Participa da refeição em família; normalmente come ao mesmo tempo e no mesmo local que os membros da família;
- Requer mais de 20 a 25 apresentações para aceitar novos alimentos.

## DIFICULDADE ALIMENTAR (Seletividade Extrema)

- Aceitação restrita ou com pouca variedade de alimentos. Geralmente com menos de 20 alimentos;
- Recusa categorias inteiras de alimentos, seja pelo tipo de textura, sabor, aparência ou temperatura (não aceita alimentos em pedaços ou purês, ou alimentos salgados ou alimento com temperatura mais fria ou quente) ou pelo valor nutricional (não aceita nenhuma proteína, ou nenhuma fruta);
- Apresenta comportamento de fuga, luta ou medo quando os alimentos são apresentados;
- Quase sempre come alimentos diferentes da sua família;
- Muitas vezes se alimenta em um ambiente diferente dos outros membros da família;
- Não aceita formas diferentes de apresentação dos alimentos que consome ou mesmo utensílios que utiliza;
- Requer mais de 25 apresentações para aceitar novos alimentos.

Em ambos os casos, uma orientação com profissional especializado em alimentação infantil pode ajudar as famílias a lidarem com a situação da seletividade do filho.

Nos casos de Dificuldade Alimentar (Seletividade Extrema), pode haver necessidade de mais de um profissional para diagnosticar e tratar da criança. Fonoaudiólogo, gastropediatra, nutricionista, terapeuta ocupacional, além do suporte para os pais com terapeuta especializado, podem ser indicados.

### Como tratar?

Como exposto até aqui, as relações cognitivas da criança com os alimentos são complexas e necessitam tanto de competências e habilidades da criança quanto das experiências proporcionadas pelo meio familiar e social na qual está inserida.

Portanto, quando uma criança apresenta dificuldade para aprender a comer, frequentemente, pode apresentar desafios em mais de uma área.

Nesses casos, um modelo de avaliação e diagnóstico realizado por um time de especialistas é tão importante quanto as próprias estratégias utilizadas para intervenção.

Rommel, DeMeyer, Feenstra e Veereman-Wauters (2003) avaliaram 700 crianças com dificuldades alimentares e encontraram 50% da amostra com problemas médicos e orais.

Reafirmando, então, que a abordagem multidisciplinar realizada por um time de especialistas é indispensável para a avaliação e tratamento dessas crianças. (Averson, 1998; Williams, Witherspoon, Kavsac e McBlain, 2006).

O modelo multidisciplinar promove a oportunidade de intervenções individuais de várias disciplinas (pediatria, gastropediatria, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrologia, etc.) que, independentemente, avaliam e tratam o paciente. Nesse modelo, uma área coopera com a outra, mas, no geral, há pouca troca e compartilhamento de informações. (Kummer, 2008).

Kummer (2008) relata que uma falha encontrada nesse modelo multidisciplinar é a falta de integração entre os achados, impressões e condutas.

O modelo de atuação multidisciplinar para as questões alimentares surgiu entre os anos de 1980 e 1990, em resposta a um grande aumento do uso de gastrostomia e sondas nasogástricas para salvar crianças que eram incapazes de comer suficientemente e com independência para crescer apropriadamente. (Gauderer, 1991).

Várias pesquisas e publicações foram realizadas com o intuito de “unir esforços” para auxiliar a população de crianças que cada vez mais tinha a vida prolongada com o uso da gastrostomia e sondas nasogástricas.

Segundo Toomey, K.A., e Ross, E.S. (2011), os profissionais precisavam, nessa época, compreender melhor: a) como as crianças aprendiam a comer; b) identificar quais crianças de fato deveriam requerer o uso de outras vias de alimentação e; c) desenvolver estratégias de intervenção para ajudar as crianças que utilizavam sondas a retornar sua alimentação para a via oral.

E foi para dar suporte a essas dúvidas que um grande número de profissionais de várias áreas se uniu para pesquisar, avaliar e tratar essas crianças. (Bithoney et al, 1991).

Passados vinte anos de atuação e pesquisas multidisciplinares, surge também, nos EUA, uma nova abordagem para maior compreensão e tratamento da criança com dificuldade alimentar.

Crist e Napier-Phillips (2001) descreveram um modelo biopsicossocial no qual os fatores fisiológicos, comportamentais e sociais são observados e contribuem para o desenvolvimento das dificuldades alimentares, sendo críticos e essenciais para uma compreensão completa da etiologia dos problemas alimentares infantis.

A compreensão da “criança por inteiro” (whole-child perspective) tornou-se necessária e começou a ser difundida pelos norte-americanos.

A visão da “criança por inteiro” engloba as áreas sensoriais, motoras, motoras orais, comportamentais e de aprendizagem, médica, nutricional, emocional e ambiental.

Todas essas áreas têm a mesma importância, devendo ser consideradas e conectadas no momento do diagnóstico e na forma de tratar a criança.

As causas orgânicas para um desenvolvimento atípico são examinadas e tratadas primeiramente pelo pediatra e/ou especialista. Elas incluem também a identificação pelo nutricionista de qualquer déficit nutricional ou de crescimento para cada criança individualmente.

As habilidades orais e sensoriais também são avaliadas, por fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, porque interferem e influenciam todas as áreas do desenvolvimento da criança, além de impactar na capacidade de aprendizagem, influenciando nas futuras práticas terapêuticas necessárias.

O funcionamento, bem como todo o ambiente em que a criança está inserida, pode dificultar e manter os problemas de alimentação apresentados.

Crenças maternas, relacionamento e estilo parental – tudo tem importância e deve ser considerado pelo psicólogo.

Deste modo, todas as áreas são amplamente observadas dentro do contexto das alterações e dificuldades alimentares apresentadas pela criança.

Toomey, K.A., Ross, E.S., Morris, S. e Klein, M.D. (2000) são precursoras nos EUA dessa visão integrativa e descrevem um modelo mais ampliado de diagnosticar e tratar a criança com dificuldade alimentar.

Assim sendo, o comportamento da criança frente aos alimentos e à situação de refeição passa a ser compreendido como uma comunicação da mesma.

Ou seja, seu comportamento é resultado da experiência fisiológica com os alimentos. Suas experiências passadas com os alimentos resultam no seu comportamento.

Em outras palavras, se a alimentação da criança foi adequada fisicamente e ela possui as habilidades para lidar apropriadamente com os alimentos que lhe são apresentados, ela aprende que comer é uma experiência positiva para saciar sua fome.

Por outro lado, se a alimentação tem sido difícil, o reforço positivo dessa experiência fome/saciedade é perdido e a criança aprende que comer precisa ser evitado.

Toomey, K.A., Ross, E.S. (2011), Morris, S. e Klein, M.D. (2000) afirmam que os comportamentos das crianças com dificuldade alimentar no momento da refeição são, portanto, um modo da criança nos comunicar basicamente duas situações: a) que não possui habilidade física para gerenciar os alimentos ofertados; b) que os estímulos presentes nesse momento da refeição causam desconforto físico.

A principal diferença entre a abordagem multidisciplinar e a integrativa é a compreensão global da criança.

Surgiu da necessidade de compreender por que muitas crianças, mesmo após terem sido tratadas das causas orgânicas que impediam sua alimentação, continuavam a recusar e evitar os alimentos. Se não há mais um sintoma físico, por que a criança não manifesta o desejo de comer?

Para compreender e auxiliar famílias que muitas vezes percorriam vários e inúmeros especialistas em buscas de solução para o filho com dificuldade para comer, Morris, S., e Klein, M.D. (2000), Toomey, K.A. e Ross, E.S. (2011) desenvolveram abordagens integrativas, transdisciplinares, que valorizam um olhar ampliado para essas questões.

No Brasil, JUNQUEIRA, P. (2015, 2017) descreve a visão integrativa e transdisciplinar na atuação com crianças com dificuldades alimentares das mais diversas causas.

Com base nos princípios descritos pela literatura e pela experiência clínica, o modelo ampliado e integrativo proposto por JUNQUEIRA (2017) segue algumas premissas:

1) Identificar e tratar possíveis causas orgânicas.

A saúde da criança é premissa para que possa ter condições para apreender e desejar comer. Profissionais da área médica são essenciais para identificar e tratar questões orgânicas (nas mais diversas áreas), bem como propor condutas que possam garantir o bem estar, saúde e qualidade de vida da criança.

2) Educar os pais

Orientação e educação aos pais é a base, pois certas crenças e mitos que os adultos possuem com relação à alimentação infantil, impactam no modo como entendem por que a criança não quer comer. Se os pais não compreendem a complexidade desse

ato, bem como as etapas necessárias para o aprendizado, não são capazes de auxiliar seus filhos, nem mesmo de seguirem o tratamento e orientações propostas.

### 3) Suporte emocional às mães

O primeiro vínculo que se estabelece entre a mãe e o filho é por meio da alimentação. Quando a mãe se percebe “incapaz” ou “impossibilitada” de alimentar seu filho, sentimentos negativos permeiam sua mente. Identificar e ajudá-las de modo prático a lidar com esses sentimentos e com possíveis crenças, favorece e é, em muitos casos, o primeiro passo para o início do tratamento da criança.

### 4) Desenvolvimento normal da sequência para o aprendizado alimentar

Partindo da premissa que as etapas e habilidades para comer são aprendidas e ensinadas, é necessário identificar e promover estratégias para que a criança desenvolva essas etapas naturalmente. Ou seja, a motivação e curiosidade pelos alimentos deverão ser realizadas no contexto da refeição em família, respeitando as condições apresentadas pela criança. As etapas e hierarquia que fazem parte desse aprendizado com os alimentos (ver, interagir, tocar, cheirar, provar, comer) devem ser respeitadas.

### 5) Garantir habilidade e conforto

Desenvolver habilidades orais para a criança comer garantirá a possibilidade para o aprendizado. Ajustes e dessensibilização sensorial são necessários para que a criança tenha sucesso e registre memórias positivas desse aprendizado.

### 6) Estratégias Lúdicas

A criança conhece e se relaciona com o mundo por meio da brincadeira. Por isso, todo o processo é baseado em atividades lúdicas diretamente com os alimentos. Assim, nesse universo do brincar, a criança é gradativamente exposta aos alimentos, favorecendo e possibilitando sua curiosidade e desejo interno pelos mesmos.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a complexidade do aprendizado alimentar, há a necessidade de mais estudos e publicações na área.

Certamente, a divulgação e o entendimento da visão integrativa e transdisciplinar, já utilizada com sucesso em outros países, poderá beneficiar, também aqui no Brasil, muitas crianças e famílias que enfrentam a dolorosa situação de não conseguir ou não poder se alimentar com conforto e eficiência.

Espera-se que com esse material, o profissional da saúde possa ampliar sua visão, obtendo informações úteis para auxiliar as crianças e suas famílias no essencial e vital aprendizado alimentar.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Auvray, M., Spense, C. (2008). The multisensory perception of flavor. *Consciousness and Cognition*, (17), 1016-1031.
2. Arvedson, J.C. (1998). Management of pediatric dysphagia. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 31,453-464.
3. Ayres, A.J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
4. Bahr, D. (2010). *Nobody ever told me (or my mother) that: everything from bottles and breathing to healthy speech development*. Arlington: Sensory Word.
5. Baughcum, A.E. et al. (2001). Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(6), 391-408.
6. Bithoney, W.G.; McJunkin, J.; Snyder, J.; Egan, H.; & Epstein, D. (1991). The effect of a multidisciplinary team approach on weight gain in nonorganic failure-to-thrive children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 12 (4), 254-258.
7. Crist, W; Napier-Phillips, A. (2001). Mealtime behaviors of young children: A comparison of normative and clinical data. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22 (5), 279-286.
8. Damásio, A. (1999). *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourte Brace & Co.
9. Demattè, M.L., Endrizzi, I., Gasperi, F. (2014). Food neophobia and its relation with olfaction. *Frontiers in Psychology*.
10. Fisberg, M. (2012). *Guia descomplicado da alimentação infantil*. São Paulo: Abril. (Série: Saúde é vital).
11. Fisberg, M. (2017), In: Junqueira, P. (2017). *Por Que meu filho não quer comer?: uma visão além da boca e do estômago*. Bauru: Idea.
12. Fonseca, V. (2016 a). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Rev. Psicopedagogia*, 33(102), 365-84.

13. Fonseca, V. (2016 b) Neuropsicologia: cérebro, corpo e motricidade. *Rev Psique: Ciência Vida*, 123 (dossier: Enigmático Cérebro), 37-53.
14. Forde, C.G., Kuijk, N. van, Thaler, T., Graaf, C., Martin, N. (2013). Oral processing characteristics of solid savoury meal components, and relationship with food composition, sensory attributes and expected satiation. *Appetite*, (60), 208-219.
15. Fraker, C., Walbert, L., Cox, S., & Fishbein, M. (2007). *Food chaining: the proven 6-step plan to stop picky eating, solve feeding problems, and expand your child's diet*. Cambridge: Da Capo.
16. Gauderer, M.W. (1991). Percutaneous endoscopic gastrostomy: A 10-year experience with 220 children. *Journal of pediatric Surgery*, 26(3), 288-292.
17. Goldberg, E. (2001). *The executive brain: unifying cognition*. New York: Oxford University Press.
18. Hyman, P.E. (1994). Gastroesophageal reflux: one reason why baby won't eat. *Journal of Pediatrics*, 125(6), S103-S109.
19. Immordino-Yang, M.H., Damásio, A. (2007). We feel, therefore we learn: the relevance of affective and social neuroscience. *Mind, Brain and Education*, 1(1):3-10.
20. Jin, X, Shi R, Ji, Z. (2009). Epidemiological investigation on the eating problems of children aged 1 to 6 years in Shanghai, China. *Chinese J Child Health Care*, (4), 387-392.
21. Junqueira, P. (2017). *Por Que meu filho não quer comer?: uma visão além da boca e do estômago*. Bauru: Idea.
22. Junqueira, P. et al. (2015). O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. *CEFAC*, 17(3), 1004-11.
23. Kerzner, B., Milano, K., MacLean Jr, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2).
24. Kohler, E. et al. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons. *Science*, (297).
25. Kummer, A.W. (2008). The team approach to assessment and treatment. In A.W. Kummer, *Cleft palate and craniofacial anomalies effects on speech and resonance* (2nd ed.,pp 298-315). Clifton park, NY: Thompson Delmar Learning.

26. Marcelino, A.S., Adam, A.S., Couronne, T., Koster, E.P., J.M. Sieffermann, J.M. (2001). Internal and external determinants of eating initiation in humans. *Appetite*, (36), 9-14.
27. Mathisen, B., Worrall, L., Masel, J., Wall, C., & Shepherd, R. (1999). Feeding problems in infants with gastro-esophageal reflux disease: a controlled study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35(2), 163-169.
28. McCrickerd, K., Forde, C.G. (2016). Sensory influences on food intake control: moving beyond palatability. *Obesity Reviews*, (17), 18-29.
29. Mennella, J. A., Jagnow, C. P., & Beauchamp, G. K. (2001). Prenatal and Postnatal flavor Learning by Human Infants. *Pediatrics*, 107(6).
30. Morris, S., & Klein, M. D. (2000). *Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development* (2nd ed.). USA: Vital & Marts.
31. Nelson, S. P., Chen, E. H., Syniar, G. M., & Christoffel, K. K. (1998). One-year follow-up of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. *Pediatrics*, 102(6), E67.
32. Rommel, N.; DeMeyer,A.M., Feenstra,L., & Veereman-Wauters,G. (2003). The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37, 75-84.
33. Satter, E. (1987). *How to get your kid to eat: but not too much*. Boulder: Bull.
34. Srensen, L.B., Miller, P., Flint, A., Martens, M. and Raben, A. (2003). Effect of sensory perception of foods on appetite and food intake: a review of studies on humans. *International Journal of Obesity*, (27), 1152–1166.
35. Szczesniak, A.S. (2002). Texture is a sensory property. *Food Qual Prefer*, (13), 215-225.
36. Toomey, K.A. ; Ross, E.S. (2011) *SOS Approach to feeding. Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*.
37. Yousafzai, A.K., Pagedar, S., Wirz, S., Filteau, S. (2003). Beliefs about feeding practices and nutrition for children with disabilities among families in Dharavi, Mumbai. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(1), 33-41.
38. Williams, K. E., Field, D.G., & Seiverling, L. (2010). Food refusal in children: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 31 (3), 625-633.



## 6. DIRETORIA/CONSELHO

### **Presidente do Conselho Científico e de Administração**

- Dr. Franco Lajolo (FCF - USP)

### **Presidente**

- Ary Bucione (DuPont)

### **Diretoria**

- Adriana Matarazzo (Danone Ltda.)
- Alexandre Novachi (Mead Johnson)
- Elizabeth Vargas (Unilever)
- Dr. Helio Vannucchi (FMUSP - RP)
- Káthia Schmider (Nestlé)
- Dra. Maria Cecília Toledo (UNICAMP)
- Dr. Mauro Fisberg (UNIFESP)
- Dr. Paulo Stringheta (Universidade Federal de Viçosa)

### **Conselho Científico e de Administração**

- Alexandre Novachi (Mead Johnson)
- Amanda Poldi (Cargill)
- Ary Bucione (DuPont)
- Dra. Bernadette Franco (Fac. Ciências Farmacêuticas/USP)
- Dr. Carlos Nogueira-de-Almeida (Faculdade de Medicina/USP-RP)
- Cristiana Leslie Corrêa (IBTOX)
- Dra. Deise M. F. Capalbo (EMBRAPA)
- Elizabeth Vargas (Univeler)
- Dr. Felix Reyes (Fac. Eng. Alimentos/UNICAMP)
- Dr. Flávio Zambrone (IBTOX)
- Dr. Franco Lajolo (Fac. Ciências Farmacêuticas/USP)
- Dr. Helio Vannucchi (Faculdade de Medicina/USP-RP)
- Ilton Azevedo (Coca-Cola)
- Dra. Ione Lemonica (UNESP/Botucatu)
- Kathia Schimder (Nestlé Brasil Ltda.)

### **Vice-Presidente do Conselho Científico e de Administração**

- Dr. Flavio Zambrone (IBTOX)

### **Diretor Financeiro**

- Ilton Azevedo (Coca-Cola)

### **Diretora Executiva**

- Flavia Franciscato Cozzolino Goldfinger

- Luiz Henrique Fernandes (Pfizer)
- Dra. Maria Cecília Toledo (Fac. Eng. Alimentos/UNICAMP)
- Mariela Weingarten Berezovsky (Danone)
- Dr. Mauro Fisberg (UNIFESP)
- Othon Abrahão (Futuragene)
- Dr. Paulo Stringheta (Universidade Federal de Viçosa)
- Dr. Robespierre Ribeiro (Sec. do Estado de Minas Gerais)
- Dra. Sílvia Maria Franciscato Cozzolino (FCF-USP)
- Taiana Trovão (Mondelez)
- Tatiana da Costa Raposo Pires (Herbalife)



## 7. EMPRESAS MANTENEDORAS DA FORÇA-TAREFA NUTRIÇÃO DA CRIANÇA 2017

Abbott Laboratórios do Brasil Ltda.

BASF S/A

Danone Ltda.

Mead Johnson

Nestlé Brasil Ltda.

