UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE NUTRIÇÃO
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

SOFHIA ELLEN DE SOUSA NOBREGA

AVALIAÇÃO DA (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM TEA DO MUNICIPO DE CUITÉ- PB

Cuité - PB
2026

SOFHIA ELLEN DE SOUSA NOBREGA

AVALIAÇÃO DA (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM TEA DO MUNICIPO DE CUITÉ- PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo

Cuité - PB

2026

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Sistema de Bibliotecas - SISTEMOTECA
Catalogação de Publicação na Fonte. UFCG - Biblioteca Central

N754a Nobrega, Sofhia Ellen de Sousa.
Avaliação da (in)segurança alimentar e nutricional nas famílias de crianças com TEA do município de Cuité- PB / Sofhia Ellen de Sousa Nobrega. – 2026.
58 f. : il.

Monografia (bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2026.
"Orientação: Profa. Dra. Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo".
Referências.

1. Insegurança Alimentar. 2. Transtornos do Neurodesenvolvimento. 3. Educação Especial. 4. Vulnerabilidade Social. I. Bertozzo, Camila Carolina de Menezes Santos. III. Título.

UFCG/BC CDU 613.2:364.2(813.3) (04)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA MEIRE EMANUELA DA SILVA MELO CRB-15/568

SOFHIA ELLEN DE SOUSA NOBREGA

AVALIAÇÃO DA (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM TEA DO MUNICIPO DE CUITÉ- PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Nutrição da Unidade Acadêmica de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em 06 / 08 / 2026

BANCA EXAMINADORA

gov.br Documento assinado digitalmente
CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERT
Data: 07/08/2026 15:59:59-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dra. Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo
Universidade Federal de Campina Grande – Orientadora

gov.br Documento assinado digitalmente
MAYARA QUEIROGA ESTRELA ABRANTES BARB
Data: 09/08/2026 21:53:56-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dra. Mayara Estrela Abrantes Barbosa
Universidade Federal de Campina Grande – Examinadora interna

gov.br Documento assinado digitalmente
MARIA JULIETE DA SILVA OLIVEIRA
Data: 07/08/2026 16:22:46-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Me. Maria Juliete da Silva Oliveira
Secretaria Municipal de Saúde – Cuité-PB – Examinadora externa

Cuité - PB

2026

A Deus, que por meio da fé alimenta minha alma. Aos meus pais, que me deram o primeiro alimento da vida, o amor. E a todos os meus familiares e amigos, que ajudaram a alimentar esse sonho.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Chego ao fim desta etapa com o coração transbordando de gratidão. A conclusão deste Trabalho de Conclusão de Curso representa muito mais do que a obtenção de um diploma; representa anos de desafios, aprendizados, amadurecimento, renúncias e conquistas que moldaram não apenas a profissional que me tornei, mas também a pessoa que hoje sou. Ao longo dessa caminhada encontrei pessoas que acreditaram em mim, me estenderam a mão quando precisei e fizeram parte da construção desta história. A todas elas, deixo meu mais sincero agradecimento.

Primeiramente, agradeço a Deus, por nunca ter soltado a minha mão. Foi Ele quem guiou meus passos, fortaleceu minha fé nos momentos de insegurança, renovou minhas forças diante do cansaço e me concedeu sabedoria para enfrentar cada desafio. Em todos os momentos senti Seu cuidado e Sua presença, e por isso reconheço que esta conquista é, antes de tudo, fruto da Sua graça.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços pela minha felicidade e pelo meu sucesso. Ao meu pai, Noaldo Magno de Sousa Nobrega, que todos os dias acorda cedo e passa o dia na estrada para que eu possa passar o dia na universidade, agradeço por apoiar cada uma das minhas escolhas e, à sua maneira, fazer de tudo pela minha educação. À minha mãe, Marinete de Sousa Nobrega, que sempre acalmou meu coração com seu carinho, sua sabedoria e sua paciência, e que esteve de joelhos em oração em cada etapa difícil da minha caminhada. Cada renúncia, incentivo, conselho e, principalmente, cada oração foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Obrigada por acreditarem em mim quando eu mesma duvidei, por celebrarem minhas conquistas e por me ensinarem que o conhecimento é um patrimônio que ninguém pode tirar. Esta vitória também é de vocês, pois foi construída sobre o amor que sempre dedicaram a mim.

À minha irmã, Larah, agradeço pelo carinho, pela parceria e por sempre acreditar em mim. Busquei ser o melhor espelho possível para você, desejando que você sempre encontre coragem para seguir seus sonhos.

Aos meus familiares, em especial às minhas avós Lourdes e Sofia, ao meu avô Mastor, à minha bisavó Maria (in memoriam) e ao meu avô Pedro (in memoriam), expresso minha mais profunda gratidão por todo o amor, cuidado e apoio ao longo dessa caminhada.

Às minhas avós, agradeço pelos abraços acolhedores, pelas orações constantes e pelo carinho que sempre renovavam minhas forças. Em especial, cada abraço recebido quando eu voltava para casa, capaz de aliviar o cansaço, fortalecer meu coração e me dar coragem para retornar à universidade com a certeza de que jamais deveria desistir dos meus sonhos.

À minha bisavó Maria (in memoriam), que, mesmo não estando presente para testemunhar esta conquista, deixou em minha vida um legado de amor, fé e valores que permanecem vivos em meu coração.

Ao meu avô Pedro (in memoriam), que, embora Deus tenha permitido que nossa convivência fosse breve, deixou um legado que permanece vivo em nossa família. Muito do homem que meu pai é hoje foi construído pelos ensinamentos, valores e exemplos que recebeu do senhor. Por meio dele, esse legado também chegou até mim, guiando meus passos e contribuindo para a formação da pessoa que me tornei. Assim, mesmo sem tê-lo tido por muito tempo ao meu lado, sinto sua presença em cada valor transmitido e tenho a certeza de que, onde estiver, estaria feliz por este momento.

Às professoras Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo e Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa, expresso minha sincera gratidão por terem me proporcionado a oportunidade de integrar o NEP Neuro desde o início da graduação. Foi por meio desse projeto que pude estabelecer um contato mais próximo com a comunidade de Cuité, compreendendo, na prática, a importância da extensão universitária, da humanização do cuidado e do compromisso social que a Nutrição exige. À Prof.ª Camila, agradeço especialmente pela confiança depositada em mim, pela orientação, paciência, disponibilidade e pelos conhecimentos compartilhados durante toda a construção deste trabalho.

As avaliadoras que compõe a banca desse trabalho, Maria Juliete da Silva Oliveira e Mayara Estrela Abrantes Barbosa, por aceitarem compor a banca examinadora deste trabalho, minha sincera gratidão. É uma honra contar com a participação de profissionais que tanto admiro e que representam importantes referências em minha formação.

À Stefannie, amiga que a vida me presenteou muito antes da universidade, e à Rayanne, Alessandra, Julia, Malu e Sabrina, que Cuité transformou em família, deixo um agradecimento mais do que especial. Obrigada por dividirem comigo muito mais do que os anos da graduação. Compartilhamos sonhos, medos, conquistas, risadas e lágrimas, construindo uma cumplicidade e um amor que palavras jamais serão capazes de descrever. Entre nós sempre existiram apoio, admiração e a certeza de que o sucesso de uma jamais diminuiria o brilho da outra. Pelo contrário, cada conquista de vocês sempre foi motivo de alegria para mim, porque ver cada uma vencer também faz parte dos meus próprios sonhos. Obrigada por fazerem da saudade de casa um pouco menor e por transformarem Cuité em um verdadeiro lar. Levarei cada uma de vocês para sempre em meu coração.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa jornada e contribuíram para que este sonho se tornasse realidade. Cada gesto de carinho, cada palavra de incentivo, cada oração e cada demonstração de apoio permanecerão para sempre na minha memória.

“Se você não tivesse capacidade,
Deus não te daria a oportunidade.
Seus medos você já conhece,
experimente suas coragens”
(Santa Terezinha)

NOBREGA, S. E. S. **Avaliação da (in)segurança alimentar e nutricional nas famílias de crianças com TEA do município de Cuité-PB.** 2026. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2026.

RESUMO

Este estudo avaliou a situação de insegurança alimentar entre famílias de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento atendidas pelo Atendimento Educacional Especializado (AEE) da rede municipal de ensino de Cuité, Paraíba. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, quantitativa e transversal, realizada com 102 responsáveis por crianças acompanhadas pelo AEE de sete escolas municipais, utilizando um questionário sociodemográfico e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Os resultados demonstraram predominância de responsáveis do sexo feminino (95,1%), autodeclarados pardos (62,7%), com nível médio de escolaridade (54,9%) e atividade agrícola (44,1%) como principal ocupação. Observou-se que 58,8% das famílias apresentavam algum grau de insegurança alimentar, com predominância da forma leve (43,1%), seguida da moderada (10,8%) e da grave (4,9%). Entre as crianças, o Transtorno do Espectro Autista foi o diagnóstico mais frequente (75,5%), seguido pelo Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (32,4%). Conclui-se que a elevada prevalência de insegurança alimentar entre essas famílias evidencia a persistência de importantes vulnerabilidades sociais, mesmo diante do acesso a programas de transferência de renda e do diagnóstico precoce das crianças. Esses achados reforçam a necessidade de ações intersetoriais envolvendo educação, saúde e assistência social, visando fortalecer a segurança alimentar e ampliar o suporte às famílias de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento no município de Cuité, Paraíba.

Palavras-chave: Insegurança Alimentar; Transtornos do Neurodesenvolvimento; Educação Especial; Vulnerabilidade Social

ABSTRACT

This study assessed the food insecurity status among families of children with neurodevelopmental disorders receiving Specialized Educational Assistance (Atendimento Educacional Especializado – AEE) in the municipal school system of Cuité, Paraíba, Brazil. This is a descriptive, quantitative, cross-sectional field study conducted with 102 caregivers of children receiving services through the AEE program in seven municipal schools. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and the Brazilian Food Insecurity Scale (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA). The results showed a predominance of female caregivers (95.1%), most of whom self-identified as mixed-race (62.7%), had completed secondary education (54.9%), and reported agricultural work (44.1%) as their main occupation. It was observed that 58.8% of the families experienced some degree of food insecurity, with mild food insecurity being the most prevalent (43.1%), followed by moderate (10.8%) and severe food insecurity (4.9%). Among the children, Autism Spectrum Disorder was the most frequent diagnosis (75.5%), followed by Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (32.4%). It is concluded that the high prevalence of food insecurity among these families highlights the persistence of significant social vulnerabilities, despite access to income transfer programs and early diagnosis of the children. These findings reinforce the need for intersectoral actions involving education, health, and social assistance to strengthen food security and expand support for families of children with neurodevelopmental disorders in the municipality of Cuité, Paraíba, Brazil.

Keywords: Food Insecurity; Neurodevelopmental Disorders; Special Education; Social Vulnerability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa das áreas alimentares do Brasil 19
Figura 2- Distribuição dos responsáveis por sexo 29
Figura 3- Distribuição dos responsáveis segundo raça/ cor autodeclarada 30
Figura 4- Estado civil dos responsáveis 30
Figura 5- Perfil de escolaridade dos responsáveis 31
Figura 6- Frequência de participantes responsáveis pela família 33
Figura 7- Classificação dos níveis de (in)segurança alimentar das famílias participantes da pesquisa 36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização socioeconômica dos responsáveis participantes da pesquisa 32
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos responsáveis participantes da pesquisa 33
Tabela 3- Caracterização das crianças participantes da pesquisa 34
Tabela 4- Frequência dos diagnósticos das crianças 35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **13**
2 OBJETIVOS **15**
2.1 OBJETIVO GERAL **15**
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS **15**
3 REFERENCIAL TEÓRICO **18**
3.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN) **18**
3.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (ISAN) **20**
3.3 TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO **22**
3.4 ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO (AEE) **23**
4 MATERIAL E MÉTODOS **25**
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 25
4.2 LOCAL DA PESQUISA 25
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 25
4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS 26
4.4.1 Questionário sociodemográfico **26**
4.4.2 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) 26
4.5 COLETA DE DADOS 27
4.6 ANÁLISE DE DADOS 28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS 28
5 RESULTADOS **29**
6 DISCUSSÃO **36**
7 CONCLUSÃO **42**
REFERÊNCIAS **44**
APÊNDICE **48**
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido **49**
APÊNDICE B – Questionário Socioeconômico **50**
ANEXOS **53**
ANEXO A- Escala Brasileira de Insegurança Alimentar **54**
ANEXO C - Aprovação do comitê de ética **55**

1 INTRODUÇÃO

A insegurança alimentar existe quando as pessoas não têm acesso físico, social e econômico adequados a alimentos suficientes, seguros e nutritivos, que atendam às suas necessidades dietéticas e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável (FAO, 2003). Estima-se que 2,33 bilhões de pessoas, ou 28,9% da população mundial, tenham enfrentado insegurança alimentar moderada ou grave em 2023 (FAO et al., 2024). Não é novidade que na sociedade o acesso a bens e serviços, está ligado ao poder aquisitivo do indivíduo ou, em última instância, ao poder aquisitivo do grupo familiar a que ele pertence. Em se tratando do Brasil, ainda que o Estado assegure o acesso a serviços básicos como saúde e educação, o mesmo não ocorre plenamente em relação à alimentação, cujo acesso está condicionado, em grande parte, ao poder de compra da família. Assim, na maioria dos casos, o dinheiro determina se o indivíduo conseguirá ter acesso a alimentos e saciar a mais básica das necessidades humanas (Hoffmann; Jesus, 2021).

De acordo com estimativas da Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências de Desenvolvimento (ADDM), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) afeta cerca de 1 em cada 31 (3,2%) crianças de 8 anos (SHAW et al., 2025), sendo caracterizado por deficiências na comunicação e interação social e comportamentos repetitivos. Crianças com TEA são altamente seletivas nos tipos de alimentos que escolhem e consomem uma dieta menos variada, em grande parte devido à sensibilidade ao sabor, à textura, ao cheiro e aparência dos alimentos (Riccio et al., 2025). Uma pesquisa dos EUA observou que famílias de indivíduos com TEA ou Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) experimentam níveis mais altos de insegurança alimentar devido a múltiplos mecanismos sociais e biológicos (Karpur, 2021), como por exemplo, os pais de crianças com TEA tendem a gastar mais com despesas de saúde do que pais de crianças sem transtornos, o que impacta diretamente as finanças domésticas (Rogge; Janssen, 2019).

Conforme apontado por Merrick (2017), tanto a alimentação quanto a exposição a experiências adversas na infância podem desencadear respostas ao estresse que afetam o desenvolvimento do cérebro e aumentam o risco de problemas de saúde mental até a idade

adulta. Nesse contexto, as crianças, nos primeiros cinco anos, vivenciam mudanças marcantes nos hábitos alimentares e no desenvolvimento cognitivo, linguístico, social e emocional, caracterizando-se como um grupo de maior vulnerabilidade biológica. Por isso, é prioritário garantir a essa faixa etária o acesso regular e permanente à alimentação, pois a restrição alimentar quantitativa, ou episódios que configuram situação de fome durante este período, reflete negativamente na sobrevivência, no crescimento físico e no desenvolvimento neuropsicomotor, principalmente em indivíduos com TEA, diante das especificidades alimentares e comportamentais desse público (Poblacion et al., 2014).

Diante disso, compreender a relação entre insegurança alimentar e transtornos do neurodesenvolvimento é fundamental para subsidiar profissionais da educação e da saúde na identificação precoce de situações de vulnerabilidade, auxiliando o fortalecimento de políticas públicas intersetoriais. Tendo em mente a relevância da insegurança alimentar em diversos municípios brasileiros e, considerando que as crianças que enfrentam essa realidade apresentam maior risco de desenvolver problemas no estado nutricional futuramente, surge o questionamento: Qual é a situação de insegurança alimentar entre as famílias de crianças com transtornos de neurodesenvolvimento atendidas pelo AEE na rede municipal de ensino de Cuité - PB?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a situação de insegurança alimentar entre crianças com transtornos do neurodesenvolvimento atendidas pelo Atendimento Educacional Especializado na rede municipal de ensino de Cuité, Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico das famílias das crianças com transtornos do neurodesenvolvimento atendidas pelo AEE;
- Identificar os transtornos do neurodesenvolvimento mais prevalentes entre as crianças atendidas pelo AEE na rede municipal de Cuité, Paraíba**;**
- Identificar a prevalência de (in)segurança alimentar e seus graus de severidade nessas famílias.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN)

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como a realização do direito universal ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e quantidade suficientes, sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, a partir de práticas alimentares promotoras da saúde e o bem-estar do organismo humano, contribuindo para uma vida digna, conforme a Lei n° 11.346, de 2006, que institui a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). Quando esse direito humano é violado, situações de insegurança alimentar surgem (Brasil, 2006).

A construção deste conceito resulta de um processo histórico marcado pela evolução das discussões sobre fome, alimentação e direitos humanos. Nesse contexto, destaca-se a contribuição de Josué de Castro (1908-1973) à luta contra a fome e o combate às desigualdades sociais. Ele foi um médico, escritor, geógrafo, nutrólogo e professor brasileiro e presidiu o Conselho Executivo da Food and Agriculture Organization (FAO) de 1952 a 1956, contribuindo para discussões internacionais relacionadas ao combate à fome (Amorim, 2016).

Em sua obra “Geografia da Fome”, publicada em 1946, o autor demonstrou que a fome não era resultado da escassez de alimentos, mas consequência das desigualdades sociais, da concentração de renda e das limitações no acesso da população aos alimentos, tornando-se um marco para a compreensão da alimentação como direito humano (Castro, 2008). Nessa obra, Josué elaborou o “Mapa das Áreas Alimentares do Brasil”, identificando a fome do Brasil e categorizando as regiões Amazônica e o Nordeste Açucareiro como áreas de “fome endêmica”, a área do Sertão Nordestino como área de “epidemias de fome” e as áreas do Centro-Oeste e extremo Sul como áreas de “subnutrição”, conforme verifica-se na figura 1.

Figura 1- Mapa das áreas alimentares do Brasil



Fonte: Castro (1946)

Durante as décadas seguintes, as discussões sobre alimentação, fome e desenvolvimento social ganharam reconhecimento internacional. Nesse contexto, a FAO consolidou o entendimento de que a alimentação adequada é um direito humano fundamental e um elemento essencial para promoção da saúde, fortalecendo o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional adotado atualmente (FAO et al., 2024).

No Brasil, a consolidação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) ocorreu de forma gradual. A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada como um marco na definição de um Estado Democrático de Direito, uma vez que reconheceu o dever do Estado em garantir os direitos sociais, como saúde, previdência e assistência social (Brasil, 1988). No entanto, somente no ano de 2010, o DHAA foi incluído no artigo 6º da Constituição Federal, reconhecendo a alimentação como um dos direitos sociais inerentes ao cidadão, reforçando o dever do Estado de garantir sua efetivação, de modo a proteger, respeitar, prover e promover tal direito (Brasil, 2010).

A compreensão de que o DHAA está diretamente relacionado à SAN também foi reforçada no relatório divulgado pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), criado em 1993, para ampliar a participação social e, assim, facilitar a elaboração, o acompanhamento e avaliação das políticas públicas voltadas à garantia desse

direito, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade. (Moraes; Machado; Magalhães, 2021).

Como resultado desse processo, foi promulgada a Lei n.º 11.346, de 15 de setembro de 2006, que instituiu a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) e estabeleceu o Sistema Nacional de SAN (SISAN), responsável por articular ações entre governo e sociedade para garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (Brasil, 2006).

A SAN fundamenta-se em quatro dimensões essenciais e interdependentes: disponibilidade, relacionada à oferta suficiente de alimentos; acesso, que compreende as condições físicas e econômicas para obtenção dos alimentos; utilização, referente ao consumo adequado e ao aproveitamento biológico dos alimentos; e estabilidade, que garante a manutenção dessas condições ao longo do tempo, mesmo diante de crises econômicas, sociais ou ambientais (FAO et al., 2024). Dessa forma, a Segurança Alimentar e Nutricional vai além da simples falta de alimentos, envolvendo fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais fundamentais para assegurar uma alimentação adequada e qualidade de vida da população.

3.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (ISAN)

A ausência do estado de SAN gera uma realidade oposta e lamentavelmente paralela em muitas sociedades, inclusive no Brasil, que é a Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN). A ISAN ocorre quando a população não possui acesso contínuo e frequente aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes para atender suas necessidades alimentares. Desse modo, quando o acesso aos alimentos adequados é incerto ou irregular, descaracteriza a presença da SAN e surge a Insegurança Alimentar e Nutricional (FAO, 1996).

Trata-se da violação do DHAA, podendo apresentar desde a preocupação com a obtenção futura de alimentos até situações mais graves, como a privação alimentar e a fome (FAO, 2003; Segall-Corrêa et al., 2014).

A avaliação da insegurança alimentar no Brasil é realizada por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), instrumento adaptado da Household Food Security Survey Module (HFSSM), desenvolvido pelo United States Department of Agriculture (USDA). A EBIA avalia a percepção das famílias quanto ao acesso aos alimentos nos três meses anteriores à entrevista, classificando os domicílios em:segurança alimentar ou insegurança alimentar leve, moderada e grave, de acordo com a intensidade das restrições alimentares vivenciadas pelos moradores (Segall-Corrêa et al., 2014; Brasil, 2010). De acordo

com Brasil (2022), a EBIA tornou-se componente do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), auxiliando profissionais de saúde na identificação de contextos críticos e no planejamento de ações socioassistenciais.

Os resultados alcançados por meio da EBIA têm contribuído para importantes levantamentos nacionais sobre a situação alimentar da população brasileira. Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2024, o Nordeste apresentou uma das maiores proporções de insegurança alimentar nos três níveis (leve, moderada e grave) com 34,8% dos domicílios afetados, evidenciando que essa região ainda enfrenta dificuldades para garantir o acesso regular e permanente à alimentação adequada (IBGE, 2025).

A ocorrência de ISAN não é determinada exclusivamente pela disponibilidade de alimentos, sendo resultado de múltiplos determinantes sociais, econômicos e demográficos. A renda familiar é um dos principais determinantes de insegurança alimentar, visto que, na sociedade brasileira, o acesso aos alimentos é atrelado ao poder aquisitivo dos indivíduos e das famílias (Hoffmann; Jesus, 2021; Lignani et al., 2020). Além disso, a inflação dos alimentos reduz o poder de compra das famílias e dificulta o acesso contínuo aos alimentos em quantidade e qualidade adequadas. Burlandy (2023) destaca que a elevada inflação dos alimentos, associada ao enfraquecimento de políticas públicas de abastecimento, contribuiu para fragilizar a Segurança Alimentar e Nutricional no país, reforçando a necessidade de políticas públicas capazes de assegurar o DHAA.

Entre os principais determinantes estão a raça/cor, escolaridade, gênero e território de residência. Estudos afirmam que famílias chefiadas por mulheres, pessoas negras ou pardas, com menor nível de escolaridade e residentes em áreas de maior vulnerabilidade social apresentam maior probabilidade de vivenciar algum grau de insegurança alimentar e nutricional, demonstrando como as disparidades socioeconômicas influenciam o acesso à alimentação adequada (Santos et al., 2022; Pereira et al., 2025; Miguel et al., 2025)

Em contrapartida, políticas públicas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), desempenham importante papel na diminuição da insegurança alimentar e nutricional ao complementar a renda das famílias de baixa renda. Esses programas contribuem para ampliar o acesso aos alimentos e melhorar as condições de vida da população beneficiária (Palmeira; Salles-Costa,2020)

Mesmo diante dos avanços promovidos por essas políticas, a insegurança alimentar e nutricional permanece vinculada às desigualdades socioeconômicas do país. Dentre os grupos mais afetados destacam-se as famílias de crianças com transtorno do neurodesenvolvimento.

Suas necessidades de cuidados contínuos, tratamentos especializados e custos adicionais sobrecarregam a renda familiar, podendo prejudicar o acesso regular à alimentação.

3.3 TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

Os Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND) compõem um grupo de condições que se manifestam durante o período de desenvolvimento infantil, normalmente antes do início da vida escolar, sendo caracterizados por déficits que comprometem o funcionamento social, acadêmico e ocupacional. Essas alterações decorrem de modificações no desenvolvimento do sistema nervoso central e apresentam diversas manifestações clínicas, que podem afetar a linguagem, a aprendizagem, a atenção, o comportamento e a interação social, afetando diretamente a autonomia e a qualidade de vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

O desenvolvimento cerebral durante a infância caracteriza-se por intensa plasticidade neural, fase em que os fatores genéticos e ambientais atuam de forma decisiva no desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras e socioemocionais. Alterações nesse processo podem comprometer áreas do desenvolvimento infantil e favorecer o surgimento dos transtornos de neurodesenvolvimento, tornando a infância um período estratégico para diagnóstico precoce e implementação de intervenções que visem a redução de danos futuros (Hadders-Algra, 2022).

Os TND abrangem diferentes condições clínicas que compartilham alterações no desenvolvimento cerebral, embora apresentem manifestações distintas. Dentre os principais transtornos destacam-se o Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) e a Deficiência Intelectual. Essas condições podem ocorrer de forma isolada ou associadas, necessitando de acompanhamento multiprofissional e condutas individualizadas de cuidado e inclusão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

A relevância dos TND é evidenciada pela estimativa de que uma a cada seis crianças apresenta algum transtorno de neurodesenvolvimento, o que gera uma importante demanda para os sistemas de saúde, educação e assistência social. Além disso, essas condições representam uma das principais causas de limitações funcionais na infância, repercutindo no desempenho escolar e nas relações sociais (Hadders-Algra, 2022; Micai et al., 2023).

A necessidade de terapias especializadas, acompanhamento multiprofissional, uso contínuo de medicamentos e adaptações na alimentação elevam os gastos domésticos, repercutindo diretamente na organização financeira do domicílio (Micai et al., 2023; Rogge et al., 2019).

Além dos desafios financeiros, essas famílias, frequentemente, vivenciam sobrecarga física e emocional. A necessidade de acompanhamento contínuo, pode diminuir a participação dos cuidadores no mercado de trabalho, afetando a renda familiar e prejudicando seu bem-estar. Estudos demonstram que níveis mais elevados de suporte social estão associados à melhor qualidade de vida dos cuidadores, evidenciando a importância das redes de apoio no enfrentamento das dificuldades impostas pelos transtornos do neurodesenvolvimento (Wang et al., 2022; Gao; Drani, 2025).

A relação entre insegurança alimentar e transtornos do neurodesenvolvimento também vem sendo evidenciada pela literatura internacional. Uma revisão sistemática com metanálise recente demonstrou que famílias de crianças e jovens com Transtorno do Espectro Autista apresentam cerca de 1,5 vez mais chance de vivenciar insegurança alimentar em comparação à população geral (Tuschick et al., 2026). Entre os mecanismos que explicam essa relação, destaca-se a seletividade alimentar, comum em crianças com TEA, que pode restringir ainda mais o acesso a uma alimentação nutricionalmente adequada e ampliar os desafios já enfrentados pelas famílias.

3.4 ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO (AEE)

O Atendimento Educacional Especializado constitui-se como uma atividade pedagógica de caráter complementar à escolarização de estudantes com deficiência ou transtornos, e de caráter suplementar à escolarização de estudantes com altas habilidades ou superdotação, devendo ser ofertado preferencialmente nas escolas de ensino regular. O objetivo do serviço está em eliminar as barreiras que limitam o acesso, a permanência, a aprendizagem e a participação dos estudantes da educação especial no processo pedagógico (Brasil, 2025).

A garantia do AEE como direito educacional foi resultado de uma construção legal construída ao longo de quase duas décadas. A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, de 2008, representou o início da reorganização do modelo

educacional brasileiro em direção à inclusão escolar. Na sequência, o Decreto nº 7.611, de 2011, regulamentou a oferta do AEE, e a Lei n° 13.146, de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), assegurou-o como direito da pessoa com deficiência, proibindo qualquer forma de cobrança pela sua oferta.

Entre as mudanças trazidas por esse novo marco normativo, destaca-se a instituição do Estudo de Caso como metodologia obrigatória e etapa inicial para a identificação do estudante da educação especial, compreendendo as demandas individuais e barreiras, à análise do contexto escolar, reconhecimento das potencialidades do estudante e ajudando a traçar estratégias e recursos de acessibilidade (Brasil, Decreto n° 12.686/2025). Vale ressaltar que a legislação vigente estabelece que a garantia do AEE não pode ser vinculada à apresentação de diagnóstico, laudo ou relatório médico (Brasil, Decreto n° 12.686/2025), o que representa um avanço para estudantes de famílias em situação de vulnerabilidade social, que frequentemente enfrentam dificuldades de acesso a serviço de saúde especializados para obtenção desses documentos.

Outro ponto importante da nova política é o incentivo à articulação intersetorial entre as áreas da educação, saúde e assistência social na implementação das políticas voltadas ao público da educação especial (Brasil, Decreto n° 12.686/2025; Brasil, Decreto n° 12.773/2025). Essa articulação intersetorial é essencial no contexto da insegurança alimentar e nutricional em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, uma vez que o AEE, tem uma proximidade cotidiana com o estudante e a família, ocupa uma posição estratégica para identificar precocemente situações de vulnerabilidade social e alimentar, auxiliando no encaminhamento dessas famílias às redes de apoio social.

Sendo assim, o AEE não deve ser entendido apenas como um serviço pedagógico de apoio à aprendizagem, mas como um espaço de oportunidade de identificação de vulnerabilidades que ultrapassam o campo educacional, reforçando a necessidade de uma atuação integrada entre educação, saúde e assistência social no cuidado às crianças com transtornos do neurodesenvolvimento e suas famílias.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo consiste em uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal, utilizando questionários estruturados e validados sobre o perfil sociodemográfico e a situação de (in)segurança alimentar das famílias de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento acompanhadas pelo Atendimento Educacional Especializado (AEE) da rede municipal de ensino Cuité-PB.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em sete escolas pertencentes à rede municipal de ensino que ofertam o Atendimento Educacional Especializado (AEE), localizadas no município de Cuité, Paraíba. Participaram do estudo as Escolas Municipais Benedito Venâncio dos Santos, Maria Camélia Pessoa da Costa, Celina de Lima Montenegro, Creche Maria Cleonice Ramos de Sena, Elça Carvalho da Fonseca, Eudócia Alves dos Santos e Julieta de Lima e Costa.

O Atendimento Educacional Especializado constitui um serviço da Educação Especial destinado aos estudantes com necessidades educacionais específicas, sendo ofertado em complemento ou suplemento ao ensino regular. Seu objetivo é identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que contribuam para a eliminação de barreiras no processo de ensino e aprendizagem, favorecendo a autonomia e a independência dentro e fora do ambiente escolar (BRASIL, 2025).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo 102 responsáveis por crianças acompanhadas pelo AEE do município de Cuité – PB. A amostra foi obtida por conveniência e foram adotados como critérios de inclusão: ser o familiar cuidador responsável pelo(a) estudante e que a criança frequentava regularmente os atendimentos do AEE.

Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados: aqueles que, após os esclarecimentos sobre o estudo, se recusaram a participar; crianças que não frequentavam o AEE; responsáveis com déficit cognitivo ou limitações de comunicação que impossibilitaram a compreensão dos instrumentos; além de formulários incompletos ou preenchidos incorretamente.

4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

4.4.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Apêndice B) foi elaborado em duas partes com intuito de caracterizar o perfil demográfico e econômico dos responsáveis pelas crianças acompanhadas pelo Atendimento Educacional Especializado (AEE), além de descrever as características das crianças participantes da pesquisa.

A primeira parte foi destinada à caracterização dos responsáveis, contemplando variáveis de identificação e contexto social. Foram coletadas informações como: gênero, município de residência, estado civil, escolaridade, ocupação, quantidade de moradores no domicílio, número de pessoas com vínculo empregatício e número de pessoas que compartilhavam o cuidado com a criança. Além disso, investigou-se a condição de moradia, o recebimento de benefícios de transferência de renda a principal fonte de renda familiar e a presença de doenças crônicas e problemas relacionados à saúde mental do cuidador.

A segunda parte concentrou as informações referentes às crianças, incluindo idade, sexo, diagnóstico, tempo de diagnóstico e instituição de ensino frequentada. Esses elementos permitiram caracterizar o perfil das crianças e compreender o contexto familiar, econômico e educacional dos participantes.

4.4.2 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (Anexo A) foi utilizada para avaliar a situação de segurança alimentar e nutricional das famílias participantes. Trata-se de um instrumento validado para a população brasileira, adaptada da escala norte-americana Household Food Security Survey Module (HFSSM), é recomendada para mensurar a percepção das famílias quanto às dificuldades de acesso aos alimentos em decorrência da limitação de recursos financeiros (Segall-Corrêa et al., 2014).

A escala possui 14 perguntas referentes à experiência de insegurança alimentar e fome direcionada ao responsável pelo domicílio nos três meses anteriores à entrevista. Os pontos de corte que definem o grau de insegurança alimentar no domicílio são baseados na soma das respostas positivas e variam em função da presença ou ausência de moradores menores de 18 anos, sendo classificados como em "segurança alimentar" (0 pontos), "insegurança alimentar leve" (1-5 pontos), "insegurança alimentar moderada" (6-9) e "insegurança alimentar grave" (10-14 pontos) (Segall-Corrêa et al., 2014).

A classificação do domicílio como em segurança alimentar indica que todas as pessoas têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente. A insegurança alimentar leve identifica o comprometimento da qualidade da alimentação e a preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos. Já a insegurança alimentar moderada corresponde à insuficiência de alimentos com restrições de sua quantidade. Os domicílios que apresentam insegurança alimentar grave são caracterizados pela restrição alimentar severa, com redução da quantidade de alimentos nas refeições de todos os membros da família, inclusive das crianças residentes neste domicílio, o que inclui conviver com a experiência de fome (Brasil, 2010).

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nas escolas municipais de Cuité-PB no período de 11 de março a 9 de maio de 2026. Os responsáveis foram convidados a participar da pesquisa e, após a concordância, foi apresentado o TCLE (Apêndice A), em duas vias, para assinatura. Uma via permaneceu com o participante e a outra ficou sob responsabilidade da pesquisadora. Os termos assinados foram armazenados em local seguro, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações.

As entrevistas foram realizadas em horários previamente definidos, de acordo com a disponibilidade dos responsáveis ou durante o horário de atendimento das crianças no AEE, em comum acordo com a coordenação das escolas. Essa organização possibilitou a realização

da coleta de dados sem interferir na rotina escolar ou nas atividades desenvolvidas no serviço.

Durante a coleta, foi utilizado um diário de campo para o registro sistemático das coletas, contendo informações como a data da entrevista, a escola em que foi realizada e o número de responsáveis entrevistados. Esse instrumento teve como finalidade auxiliar na organização da amostra e no acompanhamento do processo de coleta de dados. Após a aplicação dos instrumentos, os dados foram digitados em planilhas eletrônicas, conferidos e organizados para posterior análise estatística.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada conforme as orientações dos instrumentos utilizados no estudo. Inicialmente, os dados coletados foram digitados e organizados no Google Planilhas. Posteriormente, os dados foram analisados pelo software estatístico Jamovi (versão 2.6.45).

Para o questionário sociodemográfico, realizou-se análise descritiva das variáveis coletadas. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por média e desvio-padrão (DP).

Os dados referentes à EBIA foram analisados de acordo com as recomendações do instrumento. Cada resposta afirmativa recebeu a pontuação correspondente e, no final, foi obtido o escore total de cada domicílio. A classificação da segurança alimentar seguiu os pontos de corte estabelecidos para a EBIA, sendo em seguida, calculadas frequências absolutas e relativas para cada categoria.

Após a etapa de consolidação dos resultados, os dados foram organizados em tabelas e figuras para apresentação descritiva, permitindo a organização clara das informações analisadas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem

como pela Resolução nº 599,de fevereiro de 2018, do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN).

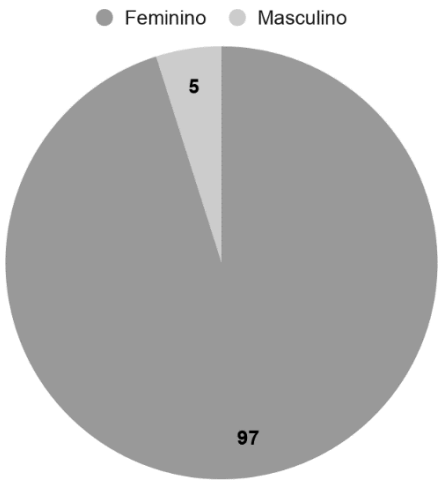
O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sob o parecer nº e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 8983825.5.0000.0154

Todos os participantes foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo convidados a participar. Após os esclarecimentos, os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, garantindo o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo para o participante.

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 102 responsáveis. A idade média dos participantes foi de 37,4 ± 8,74 anos. Na Figura 1, observa-se a distribuição por sexo dos responsáveis que participaram da pesquisa. Notou-se a predominância do sexo feminino, representando 95,1% (n = 97) da amostra; por outro lado, o sexo masculino correspondeu a 4,9% (n = 5).

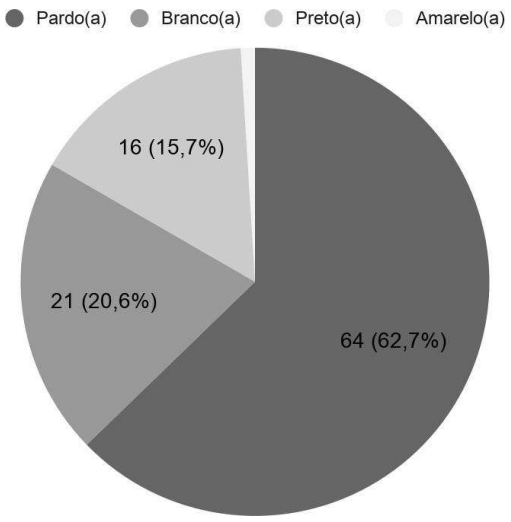
Figura 2- Distribuição dos responsáveis por sexo



Fonte: Autoria Própria, 2026

Entre os participantes da pesquisa, 64 (62,7%) eram autodeclarados pardos, seguidos de 21 (20,6%) autodeclarados brancos, 16 (15,7%) pretos e 1 (1%) amarelo, como mostra a Figura 2.

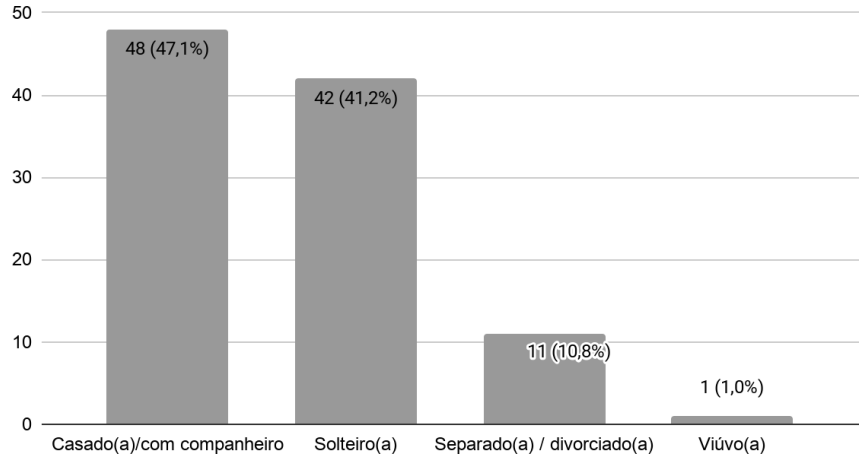
Figura 3- Distribuição dos responsáveis segundo raça/ cor autodeclarada



Fonte: Autoria Própria, 2026

Na Figura 3, observa-se a distribuição quanto ao estado civil dos responsáveis, na qual notou-se a predominância de participantes casados ou em união estável, equivalente a (47,1%), seguido de (41,2%) de participantes solteiros. Os participantes divorciados e viúvos representam, respectivamente, 10,8% e 1,0%.

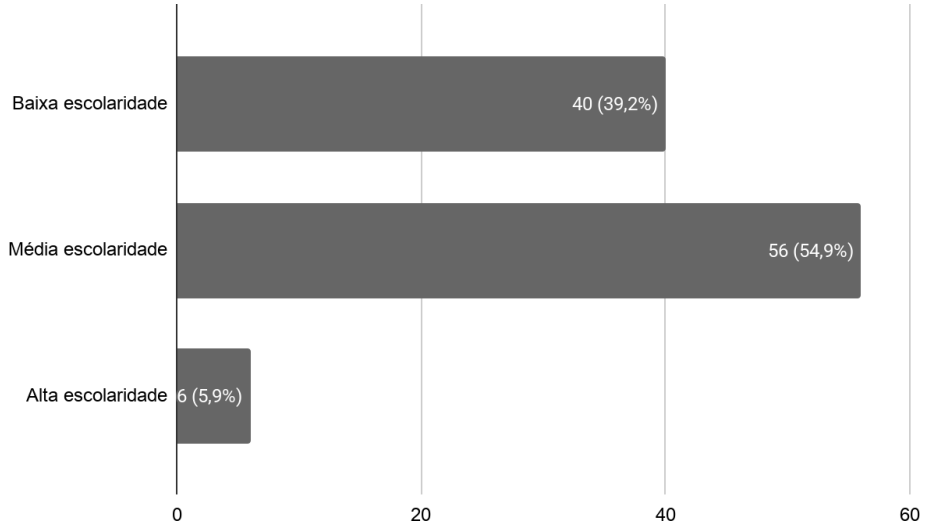
Figura 4- Estado civil dos responsáveis



Fonte: Autoria Própria, 2026

A respeito do nível de escolaridade dos responsáveis, observou-se que a maioria possui nível médio de escolaridade (54,9%), enquanto 39,2% apresentam baixa escolaridade e apenas 5,9% com alta escolaridade, conforme exposto na figura 4.

Figura 5- Perfil de escolaridade dos responsáveis



Fonte: Autoria Própria, 2026

Na Tabela 1, observa-se que a maior parte das famílias residia no município de Cuité (98,0%; n = 100). Os outros participantes eram residentes do município de Itumbiara-GO

(1,0%; n = 1) e Parnamirim-RN (1,0%; n = 1), sendo uma concentração expressiva na zona urbana, de 82,4% (n = 84), enquanto 17,6% (n = 18) residiam na zona rural.

Quanto ao tipo de moradia, nota-se que a maior parte dos participantes possui residência própria, correspondendo a 48,0% (n = 49) da amostra, enquanto 39,2% (n = 40) residiam em imóveis alugados, 10,8% (n = 11) em imóveis cedidos e 2,0% (n = 2) em outro tipo de moradia. Em relação aos programas sociais em que estas famílias estão inseridas, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) foi o mais frequente 57,8%; n = 59), seguido do Bolsa Família (35,3%; n = 36) e pelo Cadastro Único (14,7%; n = 15).

Ainda de acordo com a Tabela 1, no que se refere à categoria ocupacional dos participantes, observa-se o predomínio da atividade agrícola equivalente a 44,1 % (n = 45) da amostra, enquanto 25,5 % (n = 26) exercem atividades do lar, 13,7 % (n = 14) trabalham com comércio ou praticam trabalho autônomo, 9,8% (n = 10) exercem serviços públicos ou trabalham no setor público, enquanto 6,9 % (n = 7) não possui atividade remunerada.

Tabela 1- Caracterização socioeconômica dos responsáveis participantes da pesquisa

Variável	Categoria	n	%
Localidade	Zona Urbana	84	82,4
	Zona Rural	18	17,6
Tipo de moradia	Própria	49	48,0
	Alugada	40	39,2
	Cedida	11	10,8
	Outra	2	2,0
Categoria ocupacional	Agricultura	45	44,1
	Do lar	26	25,5
	Trabalho autônomo/comércio	14	13,7
	Serviços e setor público	10	9,8
	Sem ocupação remunerada	7	6,9
Programas sociais	BPC	59	57,8
	Bolsa Família	36	35,3

CadÚnico	15	14,7
Nenhum	12	11,8
CRAS	4	3,9
Criança Feliz	3	2,9
INSS	1	1,0
Outro	**1**	**1,0**

Fonte: Autoria Própria, 2026

Em relação à composição familiar, observou-se uma média de 3,66 ± 1,11 pessoas por residência e uma média de 0,99 ± 0,78 pessoas empregadas por domicílio. A média de pessoas que dividem o cuidado da criança foi de 0,62 ± 0,77, conforme mostrado na tabela 2.

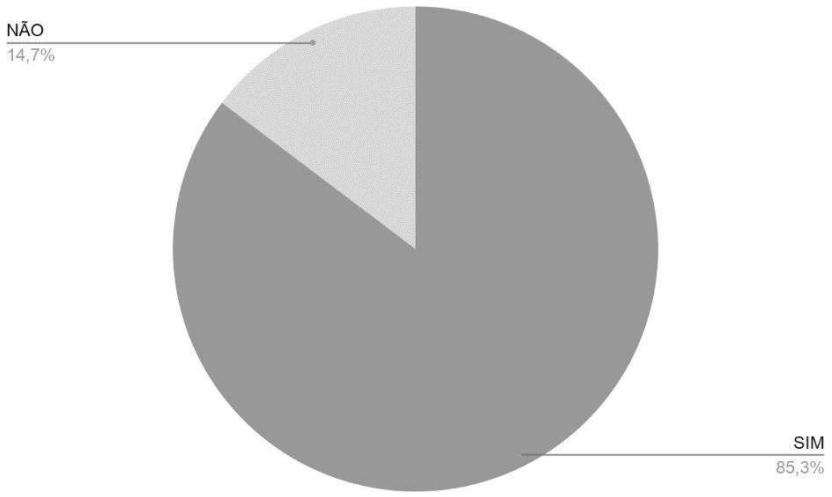
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica dos responsáveis participantes da pesquisa

Variável	**Média**	**Desvio padrão**
Total da amostra	102	
Quantidade de pessoas na residência	3,66	1,11
Quantidade de pessoas que trabalham	0,99	0,78
Quantidade de pessoas que dividem o cuidado do familiar	0,62	0,77

Fonte: Autoria Própria, 2026

No tocante à responsabilidade familiar, 85,3% (n = 87) afirmaram ser os responsáveis pela família, enquanto 14,7% (n = 15) informaram não desempenhar essa função. Dentre eles,o principal responsável era o cônjuge, logo após a mãe e outros familiares (Figura 5).

Figura 6- Frequência de participantes responsáveis pela família



Fonte: Autoria Própria, 2026

Quanto à caracterização das crianças participantes da pesquisa (Tabela 3), a média de idade foi de 8,35 ± 3,19 anos, sendo 71,6% do sexo masculino e 28,4% do sexo feminino. Já em relação à escolaridade, a maior parte estava matriculada no Ensino Fundamental entre os anos iniciais (59,8%; n = 61), enquanto 21,6% (n = 22) frequentam os anos finais do Ensino Fundamental e apenas 18,6% (n = 19) a Educação Infantil.

Referente ao tempo de diagnóstico, observou-se que a maior parte das crianças possuía um diagnóstico estabelecido até os 2 anos (33,3%; n = 34), e 30,4% (n = 31) tinham diagnóstico entre 3 e 4 anos.

Tabela 3- Caracterização das crianças participantes da pesquisa

Variáveis	**Média ± desvio padrão**		
Idade	8,35 ± 3,19 anos		
	Categoria	**n**	**%**
Sexo	Masculino	73	71,6
	Feminino	29	28,4
Escolaridade	Educação Infantil	19	18,6
	Ensino Fundamental – Anos Iniciais	61	59,8
	Ensino Fundamental – Anos Finais	22	21,6

Tempo de diagnóstico	Até 2 anos	34	33,3
	3 a 4 anos	31	30,4
	5 a 6 anos	10	9,8
	7 anos ou mais	10	9,8
	Aguardando laudo	3	2,9
	Não sabe informar	12	11,8

Fonte: Autoria Própria, 2026

No que se refere ao diagnóstico, nota-se o predomínio do Transtorno do Espectro Autista (TEA), presente em 75,5% das crianças, seguido do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) identificado em 32,4%. Diagnósticos de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), Transtornos Específicos da Aprendizagem, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) apareceram com menor frequência, correspondendo a 9,8%; 5,9%; 3,9% e 2,0%; respectivamente, conforme apresentado na Tabela 4. Os percentuais foram calculados considerando o total da amostra (n = 102). Como uma mesma criança pode apresentar mais de um diagnóstico, a soma dos percentuais ultrapassa 100%.

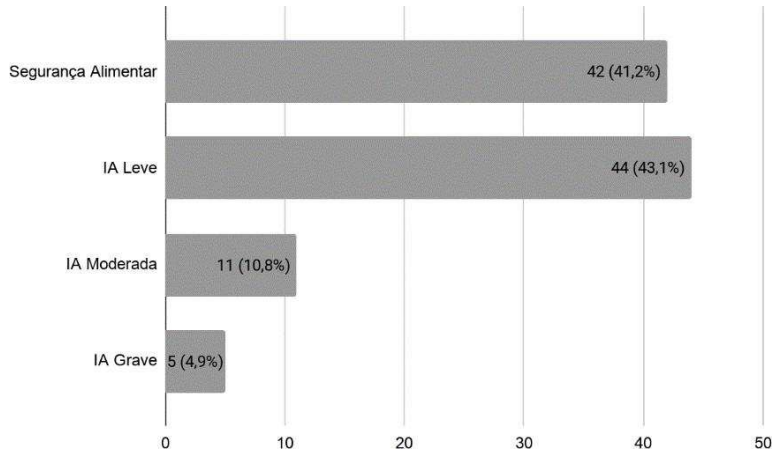
Tabela 4- Frequência dos diagnósticos das crianças

Diagnóstico	**CID-11**	**n**	**%**
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	6A02.0	77	75,5
Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	6A05.0	33	32,4
Transtorno do Desenvolvimento Intelectual	6A00.0/6A00.1/6A00.1	10	9,8
Transtorno Opositivo Desafiador (TOD)	6C90.0	6	5,9
Transtornos Específicos da Aprendizagem	6A03	4	3,9
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	F41.1	2	2,0
Hidrocefalia	LA04/ Q03	2	2,0
Outros diagnósticos		8	7,8
Em investigação		1	1,0

Fonte: Autoria Própria, 2026

Com relação à (In)Segurança Alimentar e Nutricional (ISAN), do total de participantes da amostra (n=102) que responderam à Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), observa-se, na Figura 6, que 58,8% das famílias apresentavam algum grau de insegurança alimentar, enquanto 41,2% são classificadas em Segurança Alimentar. Entre os níveis de ISAN, predominou a forma leve (43,1%), seguida da moderada (10,8%) e da grave (4,9%).

Figura 7- Classificação dos níveis de (in)segurança alimentar das famílias participantes da pesquisa



Fonte: Autoria Própria, 2026

6 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, constatou-se o predomínio de responsáveis participantes do sexo feminino, autodeclaradas pardas, casadas ou em união estável e com nível médio de escolaridade, sendo a maioria responsável pela família. Esses dados refletem a realidade brasileira, onde as tarefas de cuidados são historicamente responsabilidade das mulheres, enquanto aos homens é atribuída a função de provedor financeiro (Passos, Guedes, 2023). Reforçando essa realidade, os dados das Estatísticas de Gênero do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) mostram que as mulheres gastam quase o dobro do tempo semanal em tarefas domésticas em relação aos homens, sendo a carga ainda maior para mulheres negras e pardas.

Somado a isso, estudos apontam que domicílios chefiados por mulheres e por pessoas negras ou pardas apresentam maior vulnerabilidade socioeconômica, frequentemente, associada a menores níveis de escolaridade e renda familiar. Esses achados reforçam que as desigualdades de gênero e raça constituem importantes determinantes sociais relacionados às

condições de vida e ao acesso à alimentação adequada (Santos et al., 2022; Miguel et al., 2025).

No contexto socioeconômico da pesquisa, pode-se observar a predominância dos participantes que residem na zona urbana da cidade de Cuité. Apesar disso, a presença de famílias na zona rural merece atenção, pois, com base na literatura, esta aponta uma maior vulnerabilidade relacionada à segurança alimentar. Conforme Trivellato *et al.* (2019), as populações rurais apresentam situação de vulnerabilidade à insegurança alimentar associada aos determinantes socioeconômicos.

Além da localização das residências, observou-se um número maior de participantes com residência própria, porém mais da metade das famílias residia em imóveis alugados ou cedidos. A estrutura do lar desempenha um papel de determinante social da saúde, refletindo as condições socioeconômicas e o bem-estar das famílias. A insegurança habitacional, está associada a piores condições de saúde de crianças e adolescentes, além de representar um fator de vulnerabilidade social (Hock et al., 2024).

A atividade agrícola foi a principal ocupação identificada entre os participantes do estudo, sendo uma atividade comum em municípios do interior nordestino. Embora seja uma importante fonte de renda para as famílias, está frequentemente relacionada à instabilidade econômica. Conforme evidenciado no estudo de Trivellato et al. (2019), famílias residentes no meio rural estão mais expostas a situações de vulnerabilidade, principalmente, quanto à questão alimentar e nutricional. Nesse contexto, constatou-se o alto índice de beneficiários do BPC e do Programa Bolsa Família, o que reforça a presença de vulnerabilidade econômica. Essas políticas públicas têm como objetivo proteger famílias de baixa renda, estimular o desenvolvimento de crianças e adolescentes e contribuir para o rompimento do ciclo de pobreza entre as gerações (Brasil, 2023). Além disso, como ressalta Magalhães et al. (2024), os programas brasileiros de transferência de renda, como o Bolsa Família, impactam na melhoria das condições econômicas, sociais e de saúde das famílias beneficiárias.

Observou-se, quanto ao contexto sociodemográfico da pesquisa, embora as famílias apresentassem, em média de aproximadamente, quatro moradores por residência, o número médio de pessoas com vínculo empregatício e que compartilhavam o cuidado com a criança era inferior a um. Esses dados sugerem que, apesar de uma composição familiar ampliada, as responsabilidades podem estar centralizadas em um grupo reduzido de pessoas. Essa realidade converge com a literatura, que demonstra que pais de crianças neurodivergentes geralmente enfrentam uma grave ausência de suporte emocional, especialmente dos familiares, amigos e da comunidade (Gao, Drani, 2025). Além disso, os resultados de uma meta-análise mostram

que o suporte social está associado à melhora na qualidade de vida das famílias, reforçando a importância de dividir as responsabilidades de cuidado (Wang et al., 2022).

Após a caracterização do perfil familiar, torna-se importante compreender as características das crianças participantes da pesquisa, uma vez que essas impactam diretamente as demandas de cuidado vivenciadas pelos responsáveis. Observou-se que a média de idade das crianças foi de 8,35 ± 3,19 anos, com predominância do sexo masculino. Esse dado pode estar relacionado à prevalência de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na amostra, diagnóstico considerado predominantemente masculino. De acordo com Ochoa-Lubinoff et al. (2023), as mulheres com TEA frequentemente apresentam manifestações mais sutis, pois podem mascarar melhor suas dificuldades, o que pode contribuir para um diagnóstico tardio ou subdiagnóstico.

Entre os diagnósticos, destacou-se o Transtorno do Espectro Autista (TEA), seguido pelo Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e pelo Transtorno do Desenvolvimento Intelectual. Esse perfil é comum em outros estudos, uma vez que o TEA é um dos transtornos do neurodesenvolvimento mais recorrentes entre crianças acompanhadas pelos serviços de educação e saúde. Ademais, estudos demonstram que a comorbidade com o TDAH é comum em jovens com TEA, o que pode explicar a elevada frequência desse transtorno observada neste estudo (Eaton et al., 2023; Micai et al., 2023).

No âmbito educacional, observou-se o predomínio de crianças matriculadas no Ensino Fundamental-Anos Iniciais, o que era esperado, devido à faixa etária da amostra. Em relação ao tempo de diagnóstico, identificou-se que a maior parte das crianças possuía diagnóstico há 2 anos, em média. Esse resultado reforça a importância da identificação precoce, visto que ela possibilita intervenções que favorecem o desenvolvimento cognitivo e as habilidades sociais, além da melhor adaptação ao ambiente escolar (Hadders-Algra, 2022).

Diante das vulnerabilidades socioeconômicas descritas neste estudo, também foi possível observar que este perfil se reflete nas condições de acesso à alimentação das famílias. Nesse sentido, observou-se que grande parte das famílias vivenciava algum grau de insegurança alimentar, indicando que a maioria dos domicílios apresentou preocupação ou incerteza quanto à regularidade do acesso aos alimentos. Um cenário validado pelos dados da Pesquisa Nacional por Amostra a Domicílios Contínua (PNAD Contínua) que em 2023, foi realizada com 78 milhões de domicílios particulares, que destacou que 27,6 % encontrava-se em insegurança alimentar. Além disso, pesquisas nacionais revelam que a insegurança alimentar está associada a domicílios em situação de vulnerabilidade socioeconômica, sobretudo, naqueles com menor renda, chefiados por mulheres que se identificam como pretas

ou pardas, refletindo as desigualdades sociais e raciais que influenciam o acesso à alimentação adequada (Santos et al., 2022; Miguel et al., 2025).

Apesar da predominância de famílias em ISAN, observou-se que a maior parte dos domicílios foi classificada como leve, entretanto uma fração considerável da amostra permaneceu em segurança alimentar. Esse resultado mostra que, embora exista a preocupação quanto ao acesso aos alimentos, essas famílias não enfrentam privação alimentar severa.

Esse resultado pode estar relacionado ao elevado número de famílias beneficiárias do BPC e do Programa Bolsa Família identificadas neste estudo. Tal realidade também foi observada em pesquisas realizadas no Nordeste brasileiro, onde programas governamentais de transferência de renda desempenham papel importante na proteção das famílias que vivem em situação de vulnerabilidade, contribuindo para a redução da ISAN em territórios de alta prevalência, como o semiárido (Palmeira; Salles-Costa; Pérez-Escamilla, 2020; Pereira et al., 2025).

Outra hipótese que pode ter contribuído para porcentagem de famílias em segurança alimentar está relacionada ao viés de resposta devido ao tema socialmente sensível, podendo gerar constrangimento durante as entrevistas. Nessas situações, pode ocorrer o viés de desejabilidade social, no qual os entrevistados tendem a fornecer respostas socialmente mais aceitáveis ou a minimizar situações de vulnerabilidade, especialmente quando o tema envolve tabus, como dificuldades financeiras ou acesso aos alimentos (Bispo Júnior, 2022).

Dessa forma, os achados deste estudo evidenciam a presença de importantes vulnerabilidades sociais entre as famílias de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento matriculadas na rede municipal de ensino de Cuité-PB, destacando o alto índice de insegurança alimentar. Os resultados reforçam a necessidade de aprimorar as políticas públicas voltadas à promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e à proteção social dessas famílias, considerando o suporte permanente que essas crianças necessitam.

Diante desse cenário, os resultados obtidos contribuem para ampliar o conhecimento acerca das condições de vida das famílias de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento acompanhadas pelo AEE no município de Cuité-PB. Além disso, podem fortalecer o planejamento de ações intersetoriais envolvendo saúde, assistência social e educação, com estratégias voltadas à promoção da SAN.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo indica que as famílias de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento atendidas pelo Atendimento Educacional Especializado no município de Cuité-PB apresentam uma realidade diversa quanto ao acesso à alimentação. Os achados revelaram que, embora 58,8% das famílias apresentassem algum grau de insegurança alimentar, em sua maioria a forma leve, uma parcela relevante da amostra encontrava-se em segurança alimentar, o que sugere que essas famílias, apesar das vulnerabilidades socioeconômicas identificadas, não enfrentam privação alimentar severa.

No que se refere ao perfil sociodemográfico, observou-se a predominância de responsáveis do sexo feminino, autodeclaradas pardas, com nível médio de escolaridade e frequentemente as principais responsáveis pelo núcleo familiar, características que reforçam a centralidade da mulher no cuidado de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento no contexto brasileiro. Os dados também apontaram para uma composição familiar ampliada, mas com centralização das funções de cuidado, o que sugere sobrecarga concentrada em poucos membros da família. Somado a isso, o predomínio da atividade agrícola como principal ocupação e o alto índice de dependência de programas de transferência de renda.

Entre os transtornos do neurodesenvolvimento observados, destaca-se o Transtorno do Espectro Autista, seguido do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, comprovando o que já é amplamente descrito na literatura quanto à comorbidade entre essas condições. A identificação diagnóstica predominantemente precoce, embora positiva por favorecer intervenções, não foi suficiente para afastar essas famílias da condição de vulnerabilidade alimentar, o que reforça que o diagnóstico precoce, isoladamente, não garante proteção social sem o suporte de políticas públicas.

Diante desse cenário, os resultados reforçam a relevância de fortalecer a articulação entre o AEE, saúde e a assistência social, de forma que a escola, enquanto espaço de convívio diário com essas famílias, possam atuar de forma estratégica na identificação precoce de situações de vulnerabilidade alimentar e de encaminhamento para redes de assistência social. Esse tipo de medidas mostra-se fundamentais para que a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional integre, de modo eficiente, o conjunto de cuidados dedicados às crianças com transtornos do neurodesenvolvimento e às suas famílias.

Vale destacar que o desenho transversal do estudo e o tamanho da amostra investigada representam fatores limitantes para os resultados, assim como a possível influência do viés de desejabilidade social sobre as respostas relacionadas a temas sensíveis. Ainda assim, este trabalho fornece um retrato significativo da situação alimentar de famílias de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento em um município do interior nordestino, contribuindo com dados ainda pouco explorados nesse contexto regional específico. Além dos limites já apontados, entende-se que estudos futuros poderiam se beneficiar de acompanhamento ao longo do tempo e de amostras mais representativas, abrangendo outras escolas, incluindo rede estadual e particular. Sugere-se, ainda, que futuras pesquisas explorem, por meio de análises estatísticas de associação, a relação entre os fatores sociodemográficos identificados e os níveis de insegurança alimentar, o que não foi possível definir no presente estudo. Recomenda-se a realização de pesquisas de intervenção que avaliem a capacidade de ações integradas entre as áreas de educação, saúde e assistência social em reduzir efetivamente a insegurança alimentar vivenciada por essas famílias.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR.** 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

AMORIM, H. R. de. **Um pequeno pedaço do incomensurável: a trajetória intelectual e política de Josué de Castro.** 2016. 266 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 12.686, de 20 de outubro de 2025.** Institui a Política Nacional de Educação Especial Inclusiva e a Rede Nacional de Educação Especial Inclusiva. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 out. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 12.773, de 8 de dezembro de 2025.** Altera o Decreto nº 12.686, de 20 de outubro de 2025. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 dez. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010.** Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 fev. 2010.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **O que é o Atendimento Educacional Especializado (AEE)?** Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/censo-escolar/educacao-especial/o-que-e-o-atendimento. Acesso em: 9 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 set. 2006.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023.** Institui o Programa Bolsa Família e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Insegurança alimentar na Atenção Primária à Saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BURLANDY, Luciana. **Políticas sociais, segurança alimentar e nutricional e participação social no Brasil: desafios atuais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

CASTRO, Josué de. **Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço.** 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

EATON, C. et al. **The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder without intellectual disability: a systematic review.** Journal of Attention Disorders, v. 27, n. 12, p. 1360-1376, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1177/10870547231177466. Acesso em: 7 jul. 2026.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO) et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2024: financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms.** Rome: FAO, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.4060/cd1254en. Acesso em: 12 jul. 2026.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action: World Food Summit, 13-17 November 1996.** Rome: FAO, 1996.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **Trade reforms and food security: conceptualizing the linkages.** Rome: FAO, 2003.

GAO, X.; DRANI, S. **Social support experiences in parents of children with ASD: a qualitative systematic review.** SAGE Open, v. 15, n. 2, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1177/21582440251336174. Acesso em: 6 jul. 2026.

HADDERS-ALGRA, M. **The developing brain: challenges and opportunities to promote school readiness in young children at risk of neurodevelopmental disorders in low- and middle-income countries.** Frontiers in Pediatrics, v. 10, e989518, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fped.2022.989518. Acesso em: 8 jul. 2026.

HOCK, E. S. et al. **Exploring the impact of housing insecurity on the health and well-being of children and young people in the United Kingdom: a qualitative systematic review.** BMC Public Health, London, v. 24, p. 2453, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-024-19735-9. Acesso em: 8 jul. 2026.

HOFFMANN, Rodolfo; JESUS, Josimar Gonçalves de. **Como o consumo domiciliar de alimentos específicos varia com a renda, Brasil, 2017-2018.** Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, v. 28, e021030, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.20396/san.v28i00.8665493. Acesso em: 9 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 38).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD Contínua: Segurança Alimentar, 2023.** Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/724f23c52823528787ba0ef28b7940e3.pdf. Acesso em: 14 jul. 2026.

KARPUR, Arun; VASUDEVAN, Vijay; LELLO, Angela; FRAZIER, Thomas W.; SHIH, Andy. **Food insecurity in the households of children with autism spectrum disorders and intellectual disabilities in the United States: analysis of the National Survey of Children's**

Health Data 2016-2018. Autism, v. 25, n. 8, p. 2400-2411, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1177/13623613211019159. Acesso em: 8 jul. 2026.

LIGNANI, Juliana B.; PALMEIRA, Patricia A.; ANTUNES, Maria M. L.; SALLES-COSTA, Rosana. **Relationship between social indicators and food insecurity: a systematic review.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 23, e200068, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720200068. Acesso em: 8 jul. 2026.

MAGALHÃES, J. et al. **Health, economic and social impacts of the Brazilian cash transfer program on the lives of its beneficiaries: a scoping review.** BMC Public Health, London, v. 24, p. 2818, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-024-20046-2. Acesso em: 6 jul. 2026.

MERRICK, Melissa T.; PORTS, Katie A.; FORD, Derek C.; AFIFI, Tracie O.; GERSHOFF, Elizabeth T.; GROGAN-KAYLOR, Andrew. **Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health.** Child Abuse & Neglect, v. 69, p. 10-19, 2017.
MICAI, Martina et al. **Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis.** Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 155, e105436, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105436. Acesso em: 8 jul. 2026.

MIGUEL, Isadora Dalla Valle Constantino et al. **Food insecurity in households with children and adolescents under the intersectionality between gender and race/skin color.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 11, e00076325, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN076325. Acesso em: 9 jul. 2026.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Nota Técnica nº 128/2010: Relatório da Oficina Técnica para Análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010.

MORAES, Verena Duarte de; MACHADO, Cristiani Vieira; MAGALHÃES, Rosana. **O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: dinâmica de atuação e agenda (2006-2016).** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 6175-6187, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.33262020. Acesso em: 9 jul. 2026.

OCHOA-LUBINOFF, Carolina; MAKOL, Brooke A.; DILLON, Emily F. **Autism in women.** Neurologic Clinics, Philadelphia, v. 41, n. 2, p. 381-397, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ncl.2022.10.006. Acesso em: 8 jul. 2026.

PALMEIRA, Patricia A.; SALLES-COSTA, Rosana; PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael. **Effects of family income and conditional cash transfers on household food insecurity: evidence from a longitudinal study in Northeast Brazil.** Public Health Nutrition, Cambridge, v. 23, n. 4, p. 756-767, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S1368980019003136. Acesso em: 8 jul. 2026.

PEREIRA, Adriana Soares et al. **Metodologia da pesquisa científica.** Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2018.

ROGGE, Nicky; JANSSEN, Jurgen. **The economic costs of autism spectrum disorder: a literature review.** Journal of Autism and Developmental Disorders, New York, v. 49, n. 7, p. 2873-2900, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10803-019-04014-z. Acesso em: 8 jul. 2026.

SANTOS, Juliana Alvares Duarte Bonini Campos et al. **Household food insecurity and children's nutritional status: a systematic review.** Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 40, e2020482, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020482. Acesso em: 8 jul. 2026.

SILVA, A. C. et al. **Segurança alimentar e nutricional no Brasil: avanços e desafios.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 36, e220182, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1678-9865202336e220182. Acesso em: 9 jul. 2026.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The State of the World's Children 2024: The Future of Childhood in a Changing World.** New York: UNICEF, 2024.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11).** Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: https://icd.who.int. Acesso em: 8 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.** Geneva: World Health Organization, 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido sob responsabilidade da Profª. Drª. Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo, lotada na UANUTRI/CES. O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, nascido(a) em ___ / ___ / ____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a), juntamente com meu(minha) filho(a), do estudo "CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB". Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.
Estou ciente que:

I) O objetivo geral da pesquisa é realizar uma caracterização do perfil das crianças com diagnóstico de TEA ou em investigação matriculadas na rede de ensino do município de Cuité-Paraíba que não estão cadastradas no CAPSi;
II) Esta pesquisa justifica-se porque o mapeamento do TEA em Cuité não pode ser limitado ao CAPSi, pois há muitas crianças que não são atendidas no CAPSi. A pesquisa será feita por meio da aplicação de vários questionários validados;
III) A aplicação dos questionários não oferece riscos à integridade física dos participantes da pesquisa, no entanto, pode haver um desconforto devido ao grande número de perguntas e o risco de constrangimento devido à subjetividade das perguntas, mas para tanto, prepararemos um ambiente acolhedor e confortável no CAPSi para que tais sujeitos estejam à vontade, minimizando os possíveis danos. As respostas serão confidenciais; o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato, sendo os resultados usados apenas para divulgação científica; os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa. Vale salientar que os benefícios serão inúmeros, uma vez que os familiares contribuirão com um estudo que guiará estratégias de intervenção nas famílias a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para todos os familiares de indivíduos com TEA;
IV) Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição;
V) Caso seja necessário para divulgação das informações científicas, solicitamos a autorização da sua imagem e/ou áudio, conforme atestado:
( ) Autorizo uso de minha imagem e áudio
( ) Não autorizo uso de minha imagem e áudio
VI) Os pesquisadores (aluno e professora) estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa;
Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa:
( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa
( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
VII) Garantimos o recebimento de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com todas as páginas rubricadas e aposição de assinatura na última página, pelo pesquisador responsável;
VIII) Não haverá nenhuma despesa por parte dos participantes da pesquisa;
IX) Caso haja eventuais danos, os pesquisadores responsáveis garantem indenização aos participantes;
X) Caso me sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Prof.ª Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), 1º andar, Sala 16. CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1835, E-mail: cep.ces.ufcg@gmail.com;
XI) Poderei também contactar o pesquisador responsável, localizado na Rua Prof.ª Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco dos professores (Bloco F), 1º andar, sala 40, CEP: 58175 – 000, Cuité-PB, Tel: 3372 – 1964, E-mail: camila.carolina@professor.ufcg.edu.br.

Cuité, ____ / ___ / 2026

( )Participante da pesquisa /( )Responsável

Documento assinado digitalmente
gov.br CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERT(
Data: 13/02/2026 22:47:40-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Pesquisadora responsável pelo projeto
Profª. Camila Carolina de Menezes Santos Bertozzo
SIAPE 1767414

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC), Cuité – PB, CEP: 58.175-000
Telefone: (83) 3372-1900 - Ramal: 1835
E-mail: cep.ces.ufcg@gmail.com

APÊNDICE B – Questionário Socioeconômico.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
NEPNEURO – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Neurociências

DADOS GERAIS

Entrevistador:	**Local da entrevista:**	**DATA: / /**

I. DADOS DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA		
Nome (INICIAIS):		**CPF:**
Data de nascimento: ___/___/___	**Idade:**	**Sexo:** ( ) F ( ) M
Cidade:		**Profissão:**
Localidade: ( ) Zona rural ( ) Zona urbana		**Telefone:** ( )
Raça: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indígena ( ) Amarelo		

Escolaridade:

( ) Nunca estudei / não frequentei educação formal
( ) Educação infantil
( ) Ensino fund. 1 incompleto (1ª-4ª série / 1º- 5º ano)
( ) Ensino fund. 1 completo (1ª-4ª série / 1º - 5º ano)
( ) Ensino fund. 2 incompleto (5ª - 8ª série / 6º - 9º ano)
( ) Ensino fund. 2 completo (5ª - 8ª série / 6º - 9º ano)
( ) Ensino médio incompleto (2º grau)
( ) Ensino médio completo (2º grau)
( ) Ensino técnico incompleto
( ) Ensino técnico completo
( ) Ensino superior incompleto
( ) Ensino superior completo
( ) Pós-graduação

Estado civil:

( ) Solteiro(a) ( ) Separado(a) / divorciado(a)
( ) Casado(a)/com companheiro ( ) Viúvo(a)

Você é o(a) responsável pela família? ( ) Sim ( ) Não **- Quem é o responsável:**

Tipo de moradia:

( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Ocupação ( ) Outra _____

Quantidade de pessoas na residência:

Quantidade de pessoas da residência que trabalham:

Quantas tem DEFICIÊNCIA/TRANSTORNO ou está em processo de diagnóstico:

Qual sua principal fonte de renda:

( ) Estou desempregado/não tenho renda ( ) Trabalho como MEI ou pequena empresa
( ) Recebo auxílio governamental ( ) Trabalho sem carteira assinada
( ) Aposentadoria ou pensão ( ) Trabalho CLT (com carteira assinada)
( ) Trabalho como autônomo ( ) Trabalho como servidor público

Programas inseridos:

( ) BPC ( ) Cad. Único ( ) Criança Feliz ( ) SCFV (Fortalecimento de vínculo)
( ) INSS ( ) Bolsa Família ( ) CRAS ( ) Outro: _____

Vínculo com a criança:

( ) Pai/Mãe ( ) Avô(ó) ( ) Primo(a)
( ) Irmão(a) ( ) Tio(a) ( ) Outros familiares

Você é o único(a) que cuida de seu familiar? ( ) Sim ( ) Não
Se Não, quantas pessoas dividem o cuidado do seu familiar com você? _____

Com quem você pode contar quando precisa de ajuda?

( ) Ninguém ( ) Mãe/Pai ( ) Outros familiares ( ) Vizinhos
( ) Companheiro(a) ( ) Irmão ( ) Amigos ( ) Outro: _____

Você tem problemas de saúde? ( ) Sim ( ) Não. **Se SIM, Qual(is) que você usa medicamento para tal problema:**

( ) Diabetes Mellitus ( ) Problemas osteomusculares ( ) Outro: _____
( ) Hipertensão ( ) Depressão
( ) Ansiedade ( ) Problemas cardíacos

UBS cadastrado:

( ) Raimunda ( ) Luiza ( ) Ezequias ( ) Abílio ( ) Diomedes
( ) Melo ( ) Catolé ( ) Retiro ( ) Francisca ( ) Bombocadinho

II. DADOS DA CRIANÇA

Nome:			**Matrícula escolar:**
Data de nascimento: ___/___/___	**Idade:**	**Sexo:** ( ) F ( ) M	**Prontuário (CAPSi):**

Nascimento da criança: ( ) parto normal ( ) parto cesárea

Idade gestacional do nascimento:

( ) pré-termo (antes de 37 sem.) ( ) à termo (entre 37 e 42 sem.) ( ) pós-termo (depois de 42 sem.) ( ) não sabe

Escolaridade e a modalidade de ensino frequentada:

Nome da Instituição de Ensino Frequentada:	( ) Urbana ( ) Rural

A criança frequenta serviço de apoio pedagógico especializado:

( ) Nenhum
( ) Sala de recursos multifuncionais (A.E.E.)
( ) Cuidador(a) na sala regular
( ) Intérprete na sala regular
( ) Professor(a) de libras
( ) Atendimento domiciliar
( ) Atendimento hospitalar
( ) Outro:

III. DADOS SOBRE O DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico (CID/DSM-V):

Se diagnóstico de TEA (CID/DSM-V):

( ) Nível 1 ( ) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Não está indicado o nível ( ) Em investigação ( ) Não sabe dizer

Há quanto tempo tem o diagnóstico?

Quais sinais/sintomas chamaram sua atenção para busca do diagnóstico de TEA (DSM-V)?

A. Comunicação e interação social:
( ) A1- Limitações na reciprocidade socioemocional
( ) A2- Limitações nos comportamentos não-verbais
( ) A3- Limitações em desenvolver/manter relacionamentos

B. Comportamentos restritos e repetitivos:
( ) B1- Fala e movimentos estereotipadas
( ) B2- Adesão excessiva a rotinas
( ) B3- Interesses fixos e restritos
( ) B4- Hiper ou hipo-reatividade

Quais sinais/sintomas chamaram sua atenção para busca do diagnóstico (OUTRO que não seja TEA):

Quem desconfiou que tinha algo diferente com seu filho(a)?

( ) Mãe	( ) Tio (a)	( ) Professor	( ) Outro familiar _____
( ) Pai	( ) Irmão (a)	( ) Não lembro	( ) Médico. Qual _____

Após observar os primeiros sinais/sintomas, quanto tempo depois você procurou por auxílio profissional?

A confirmação do diagnóstico aconteceu por onde?
( ) Pública (SUS) ( ) Plano de saúde ( ) Rede particular ( ) Não sei/não lembro

Já fez consultas com especialistas? ( ) Não ( ) Neurologista ( ) Psiquiatra ( ) Psicólogo ( ) Neuropsicólogo ( ) Outro _____
Qual foi o primeiro profissional e o serviço que você procurou quando suspeitou?
Se já fechou o diagnóstico, isso aconteceu com o primeiro profissional que procurou? ( ) Não ( ) Sim. **Depois de quanto tempo da primeira procura?**
Qual foi o profissional que deu o diagnóstico? ( ) Não tenho ( ) Psiquiatra ( ) Neurologista / neuropediatra ( ) Outro _____ ( ) Pediatra ( ) Médico da família ( ) Psicólogo ( ) Não lembro
Quais as principais dificuldades enfrentadas no período de definição do diagnóstico?
Usa medicamento(s)? ( ) Sim ( ) Não. Passar para os dados sobre atendimentos.

IV. DADOS SOBRE OS MEDICAMENTOS:
Há quanto tempo usa medicamento?
Já houve mudança no tipo de medicamento tomado pela criança? ( ) Não ( ) Sim. Quais?
Descreva abaixo todos os medicamentos que a criança toma: Nome genérico / Dose / Frequência:

V. DADOS SOBRE OS ATENDIMENTOS:	
Faz acompanhamento médico regular? ( ) Sim ( ) Não	
Faz terapia(s)? ( ) Sim ( ) Não **Em qual(is) local(is)?** ( ) CAPSi ( ) Clínica particular ( ) Outro:	
Indique a quantidade semanal: Psicólogo ( ) x/semana Psicopedagogo ( ) x/semana Fonoaudiólogo ( ) x/semana	Terapeuta Ocupacional ( ) x/semana Acompanhante Terapêutico ( ) x/semana Nutricionista ( ) _____ Outro: _____ ( ) _____
Cidade(s) do(s) atendimento(s) terapêutico(s): ( ) Cuité ( ) Natal ( ) Campina Grande ( ) João Pessoa ( ) outra:	
Local(is) do(s) atendimento(s) terapêutico(s): ( ) CAPSi ( ) FUNAD	( ) Clínica particular ( ) Outro:

Com que frequência se desloca para as terapias?		
( ) 1x no mês	( ) 2x por semana	( ) 4x por semana
( ) 1x por semana	( ) 3x por semana	( ) 5x por semana

OBSERVAÇÕES:

ANEXOS

ANEXO A- Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
NEPNEURO – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Neurociências

ANEXO – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

ESCALA EBIA		
1.	Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?	( ) SIM ( ) NÃO
2.	Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	( ) SIM ( ) NÃO
3.	Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	( ) SIM ( ) NÃO
4.	Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?	( ) SIM ( ) NÃO
5.	Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
6.	Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
7.	Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
8.	Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
9.	Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
10.	Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
11.	Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
12.	Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
13.	Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO
14.	Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?	( ) SIM ( ) NÃO

PONTUAÇÃO FINAL: _____

ANEXO C - Aprovação do comitê de ética.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES/UFCG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB

Pesquisador: CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89683825.5.0000.0154

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.918.784

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora descreve a investigação como um estudo guarda-chuva, composto por 2 subprojetos cujo público-alvo são crianças com diagnóstico ou que estejam em investigação de Transtorno do Espectro Autista (TEA), matriculadas nas redes de ensino pública do município de Cuité-Paraíba.

O subprojeto 1 realizará um levantamento das informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Educação do município de Cuité-PB, a fim de mapear todas as crianças matriculadas na rede de ensino pública cadastradas pelos professores de educação especial. O subprojeto 2 é descrito como uma pesquisa de campo, de natureza descritiva e quantitativa, transversal e analítica, utilizando questionários estruturados para caracterizar as crianças com TEA ou em investigação captadas na etapa de mapeamento.

Na metodologia do estudo, a pesquisadora aponta que a população-alvo da pesquisa será composta além das crianças com diagnóstico de TEA, ou em investigação, matriculadas na rede de ensino do município de Cuité, seus respectivos pais/cuidadores. Entre os critérios de inclusão para selecionar os participantes da pesquisa foi elencado, crianças entre 0 e 12 anos regularmente matriculadas na rede de ensino e cadastradas na Secretaria Municipal de

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D¿Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES/UFCG



Justificativa de Ausência	TALE_assinado.pdf	04/10/2025 11:37:42	SANTOS BERTOZZO	Aceito
Outros	Termo__de__autorizacao__de__pesquisa__em__arquivos_assinado.pdf	04/10/2025 11:27:55	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_assinado.pdf	04/10/2025 08:29:33	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_Solicitacao_dispensa_TCLE_assinado.pdf	04/10/2025 08:23:23	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Folha de Rosto	2025_Folha_de_rosto_completa_assinado_assinado.pdf	12/06/2025 17:51:01	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Outros	2025_Instrumentos_de_coletas_de_dados.pdf	12/06/2025 14:40:53	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Outros	2025_Termo_anuencia_institucional_Educacao_assinado.pdf	12/06/2025 14:38:19	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2025_Termo__de__compromisso__dos_pesquisadores_assinado_assinado.pdf	12/06/2025 14:36:57	CAMILA CAROLINA DE MENEZES SANTOS BERTOZZO	Aceito

Situação do Parecer:
Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CUITE, 21 de Outubro de 2025

Assinado por:
MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES
(Coordenador(a))