

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA**

GIOVANA MENDONÇA DE MOURA

**Descrição do comportamento alimentar característico da seletividade alimentar na
infância**

Uberlândia – MG
2025

Giovana Mendonça de Moura

Descrição do comportamento alimentar característico da seletividade alimentar na infância

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de graduado, junto ao Curso de Graduação em Nutrição, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia -MG

Orientadoras: Prof^ª. Dr^ª. Ana Elisa Madalena Rinaldi e Geórgia das Graças Pena

Uberlândia – MG
2025

Autores: Giovana Mendonça de Moura; Ana Beatriz Zandonadi Lima Barbosa; Ana Elisa Madalena Rinaldi e Geórgia das Graças Pena.

1. RESUMO

Introdução: A recusa alimentar infantil é caracterizada pelo comportamento de esquivas a alimentos, durante a infância. Com isso, é possível perceber potenciais danos à saúde da criança, sendo então, necessário uma boa detecção de suas características para possibilitar o acompanhamento nutricional apropriado. **Objetivos:** Descrever as características demográficas, clínicas e de comportamentos alimentares característicos de seletividade alimentar em crianças e adolescentes. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, com dados de crianças de 2 a 10 anos, atendidas em uma instituição privada no município de Uberlândia, Minas Gerais, cujo objetivo é realizar atividades de educação alimentar e nutricional. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas, comportamentais e variáveis relacionadas a aceitação de alimentos e bebidas quanto a textura e grupo alimentar (característicos da seletividade alimentar). Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e foi realizada a frequência relativa da amostra total. **Resultados:** Foram incluídas no estudo 288 crianças com predominância de 2 a 4 anos (48,9%). Para a maioria das crianças e adolescentes da amostra (75%), a instituição foi o primeiro contato com a nutricionista. Com relação aos comportamentos característicos da seletividade alimentar, foi observada frequência de 62,4% de crianças com dificuldade na variabilidade e aceitabilidade; 16,8% com restrição severa; 79,8% com alteração sensorial (hipersensibilidade) e 65,4% de crianças com relato de nojo e ânsia de vômito quando em contato com alimentos. Com relação às características específicas dos alimentos consumidos, 45,8% relataram preferência por alimentos crocantes, duros e secos, 44,2% de alimentos fonte de carboidrato, 32,8% industrializados/ultraprocessados, 42,9% apresentaram maior recusa a verduras e legumes e 63,4% textura macia/mole. **Conclusão:** A maioria das crianças e adolescentes atendidos na instituição relatou ter algum comportamento característico de seletividade alimentar, como dificuldade na aceitação de alimentos e presença de nojo de alimentos. A restrição foi maior para hortaliças e alimentos textura macia/mole.

Palavras-chave: comportamento alimentar, seletividade alimentar, nutrição da criança.

2. ABSTRACT

Introduction: Child food refusal is characterized by food avoidance behavior during childhood. With this, it is possible to perceive potential damage to the child's health, making it necessary to detect their characteristics well to enable appropriate nutritional monitoring.

Objectives: To describe the demographic, clinical and eating behavior characteristics characteristic of food selectivity in children and adolescents.

Methodology: This is a cross-sectional study, with data from children aged 2 to 10 years, attended at a private institution in the city of Uberlândia, Minas Gerais, whose objective is to carry out food and nutritional education activities. Sociodemographic, clinical, behavioral variables and variables related to the acceptance of foods and drinks in terms of texture and food group (characteristics of food selectivity) were analyzed. The data were tabulated in the Microsoft Excel program and the relative frequency of the total sample was calculated.

Results: 288 children were included in the study, predominantly aged 2 to 4 years (48.9%). For the majority of children and adolescents in the sample (75%), the institution was their first contact with the nutritionist. Regarding behaviors characteristic of food selectivity, a frequency of 62.4% of children with difficulty in variability and acceptability was observed, 16.8% with severe restriction, 79.8% with sensory changes (hypersensitivity) and 65.4% with children reporting disgust and retching when in contact with food. Regarding the specific characteristics of the foods consumed, 45.8% reported a preference for crunchy, hard and dry foods, 44.2% for carbohydrate-rich foods, 32.8% industrialized/ultra-processed foods, 42.9% were more reluctant to eat vegetables and vegetables and 63.4% soft/soft texture.

Conclusion: The majority of children and adolescents treated at the institution reported having some characteristic behavior of food selectivity, such as difficulty in accepting food and the presence of food disgust. The restriction was greater for vegetables and foods with a soft/soft texture.

Keywords: eating behavior, food selectivity, child nutrition.

3. INTRODUÇÃO

As dificuldades alimentares têm sido uma das grandes preocupações das famílias em todo o mundo, envolvendo toda questão relacionada à falha do suprimento de alimentos e nutrientes à criança (SILVEIRA et al., 2024), no qual pode haver ou não diagnósticos médicos, questões sensoriais ou comportamentais mais graves.

A seletividade alimentar (SA) é caracterizada pelo comportamento de fuga e recusa a determinados alimentos conhecidos e não conhecidos e repertório limitado, normalmente associado a uma neofobia, que é a resistência ao experimentar novos alimentos, ou a elevada frequência de ingestão de um único alimento. Dessa forma, o quadro clínico da SA pode estar associado ao consumo de uma tonalidade, como branco e de sabor muito suave ou determinada textura, pastoso ou crocante, com recusa de preparações com alimentos de texturas variadas (BRYANT-WAUGH et al., 2011). Além disso, pode estar associada a diversos outros fatores, como os individuais, biológicos, psicológicos, econômicos, antropológicos e socioculturais.

Essa condição perdura por um longo período de tempo, no qual pode gerar piora significativa no quadro de recusa. A frequência mundial da SA varia entre 0,6 a 1%, correspondendo a 80 milhões de crianças (RAMOS, 2020). Entretanto, a frequência é bem maior, em torno de 80% entre crianças com comportamentos atípicos (KERZNER, 2015), como aquelas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) ou Transtorno do Processamento Sensorial (TPS).

A SA pode advir de causas orgânicas, como carências vitamínicas, desordens de motilidade do intestino, infecções; fatores comportamentais/psíquicos como distúrbio da dinâmica familiar, distúrbios emocionais da criança, desmame e/ou introdução alimentar inadequada; fatores comportamentais/dietéticos como a monotonia alimentar, papas liquidificadas e outros fatores (KACHANI et al. 2005).

Com isso, percebe-se que crianças com SA são extremamente prejudicadas no âmbito nutricional, pois, geralmente, não conseguem obter os nutrientes necessários para um bom crescimento, desenvolvimento e estado nutricional (CHAO, 2018). Os impactos também podem ser vistos no âmbito social e emocional, já que elas não conseguem se relacionar, por exemplo, em comemorações familiares, festas infantis e em convívio com outras crianças. Tais queixas podem estar presentes independentemente do nível socioeconômico, estado

nutricional e estruturas familiares (ANTONIOU et al., 2016). Além do mais, nota-se que crianças com essa questão também podem ser afetadas quanto à autonomia no ato de se alimentar (RAMOS et al., 2017).

Essa questão engloba aspectos importantes acerca da saúde global da criança, e são vistos estudos de seletividade alimentar em crianças atípicas que sinalizam esse comportamento (WILLIAMS et al, 2004; KERZNER et al, 2020; ESTEBAN-FIGUEROLA et al.,2018). Porém, em crianças neurotípicas, poucos estudos abordam a SA na infância, sendo necessários mais estudos que possibilitem o maior entendimento, e características sobre o tema. Desta forma, o presente estudo visa descrever as características demográficas, clínicas e de comportamentos alimentares característicos indicadores de seletividade alimentar em crianças e adolescentes.

2. METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, cujos dados são provenientes de uma instituição privada, localizada no município de Uberlândia-MG, criada em 2021, com objetivo principal de realizar atividades de educação alimentar e nutricional para bebês, crianças e adolescentes entre 1 e 14 anos. A instituição possui três unidades e fornece atividades individuais e em grupo, sendo que, no atendimento em grupo as crianças são divididas em turmas de acordo com a idade. As crianças e os adolescentes participam no mínimo três meses, uma ou duas vezes na semana, entre uma hora e uma hora e meia. O número mensal de participantes é variável com uma média de 80 escolacrianças e adolescentes.

Após a matrícula da criança, a escola disponibiliza para os pais ou responsáveis um questionário autorreferido, com questões fechadas e abertas, para ser respondido de forma *online*, com informações gerais como nome, idade, queixa principal, informações clínicas, bem como aspectos relacionados ao comportamento alimentar a fim de direcionar a melhor assistência à criança.

Para o presente estudo, foram incluídas as crianças e adolescentes atendidos entre setembro de 2021 e dezembro de 2023 com idade entre 2 e 12 anos que realizaram atendimentos individuais. A faixa etária foi escolhida especialmente devido à maior frequência de queixas relacionadas à dificuldade alimentar. A amostra inicial foi de 350 crianças e adolescentes e após a exclusão em função de ausência de respostas dos pais e/ou responsáveis para a maioria das questões, respostas que não se encaixavam no contexto da questão e datas de nascimento incorretas, a amostra final foi de 288 (82,3%).

Os dados sociodemográficos incluíram: faixa etária (2 a 4 anos, 5 a 9 anos e **≥10 anos**); se os pais possuem outros filhos (sim/não) e se os pais moram juntos (sim/não). Os dados clínicos incluídos foram: participação em atendimento nutricional (sim/não); prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (sim/não); uso de vitaminas e suplementos (sim/não); funcionamento do intestino (normal/irregular/gases/desconforto abdominal/obstipação/distensão abdominal/diarreia); coloração da urina (transparente/amarelo claro/amarelo escuro); qualidade do sono da criança referida pelos responsáveis (ótimo/ bom/regular/ruim).

Foram incluídas também questões comportamentais, como prática de atividade física (sim/não); tempo de tela (≤ 2 horas/ >2 horas/ não soube quantificar); uso de medicação (sim/não); doenças ou transtornos (não possui doença ou transtorno/Transtorno do Espectro Autista (TEA) /colesterol alto e/ou triglicérides alto/outras doenças ou transtornos) e presença de alergia e/ou intolerância alimentar (sim/não/não soube informar/já teve).

As razões da procura pelo atendimento na instituição foram organizadas nas seguintes categorias: aumento do repertório alimentar/variabilidade/aceitabilidade; melhora na qualidade da alimentação; educação alimentar e outros (aspectos sociais, comportamentais, suplementação, indicação médica, tratamento de quimioterapia e outras patologias).

No questionário, havia uma questão aberta para os pais e/ou responsáveis relatarem as dificuldades na alimentação, no qual relataram experiências e principais questões, sendo agrupadas em: variabilidade e aceitabilidade (queixas relacionadas ao repertório alimentar); dificuldade com texturas; restrição severa (consumo de três alimentos ou menos ao longo do dia); reeducação alimentar; questões nutricionais (ajuste nas quantidades, melhora do hábito intestinal e suplementação); e outras dificuldades. Além do mais, foi selecionada a variável presença de nojo ou ânsia de vômito com algum alimento (sim/não); comportamento durante a refeição (lenta/rápida/um momento de tensão/come com distrações/come de acordo com o humor/come demais, belisca e pula refeições/outro), sendo essa uma questão de múltipla escolha. Por fim, se a criança e adolescente apresentava hipersensibilidade/alteração sensorial (ausente/presente) e dificuldade na mastigação (sim/não).

No questionário também continha uma lista de alimentos que a criança e o adolescente consumiam com frequência ou em determinadas ocasiões (às vezes); que não aceitava mais; que não nunca aceitou; e que gostariam que aceitasse. Foi analisada cada resposta e criado parâmetros quanto ao grupo alimentar (alimentos fonte de carboidrato/ verduras e legumes) / frutas/ industrializados/proteínas e gorduras/ todos) e quanto à textura (crocante, duro e seco/ macio e mole/líquido/ todas).

Todas as análises do estudo foram descritivas. Os dados foram tabulados somente pelo programa Microsoft Excel e expressos em frequências relativas para a

amostra total. Além do mais, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia e aprovado pelo mesmo.

3. RESULTADOS

Neste estudo, foram incluídos dados de 288 crianças e adolescentes, sendo que 48,9% tinham entre dois e quatro anos, 42% entre cinco e nove anos e 9% maior ou igual a 10 anos. A maioria dos pais (54,4%) possuía outros filhos e 84,3% moravam juntos e com a criança (dados não mostrados em tabela). A maioria das crianças e adolescentes (75%) estava participando de uma consulta com profissional nutricionista pela primeira vez e as principais razões para a busca do atendimento foram aumento do repertório alimentar (72,2%) e melhora da qualidade da alimentação/educação nutricional (18,7%) (dados não mostrados em tabelas).

Com relação às variáveis clínicas, foi notado que a maioria das crianças e adolescentes (64,4%) foram amamentadas exclusivamente até os seis meses e não faziam uso de suplemento (65,3%). Acerca do funcionamento do intestino, 55,9% das crianças e adolescentes possuíam funcionamento normal. A maior parte da amostra relatou coloração amarelo claro e transparente da urina. Além do mais, foi visto a qualidade do sono da criança referida pelos pais e/ou responsáveis, no qual 40,2% relataram ótima qualidade (Tabela 1).

Foi analisado que 57,1% da amostra pratica atividade física e, com relação ao tempo de diário de tela das crianças e adolescentes, 38,9% ficam em média ≤ 2 horas/dia, 41% >2 horas/dia e 20% não souberam quantificar. Dentre os dados coletados, foi notado que a maioria das crianças não fazia uso de medicação (65,3%) e 60,3% não possuíam doença ou transtorno, seguido de 23,5% para outras doenças/transtornos como Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), entre outros. Por fim, foi observado que a maior parte não tinha alergia e/ou intolerância alimentar (73,9%) (Tabela 1).

Acerca das dificuldades na alimentação, foi visto que 62,4% possuía dificuldade na variabilidade e aceitabilidade; 16,8% restrição severa; 5,5% dificuldades com texturas e 3,5% em questões nutricionais. Adicionalmente, 65,4% da amostra possuía nojo e ânsia de vômito com algum alimento; 79,8% possuía hipersensibilidade (alteração sensorial) e 64% não apresentaram dificuldade na mastigação. Nesse sentido, também foi analisado o comportamento da criança durante a refeição, no qual 31,1% relataram comer com distrações; 19,2% comiam em

excesso (de acordo com os pais), beliscavam e pulavam refeições; 15% comiam lentamente; 13,9% referiram a refeição como momento de tensão; 12,2% se alimentavam rápido e 2,4% comiam de acordo com o humor (Tabela 2).

Outro aspecto analisado foi a aceitação dos alimentos quanto ao grupo alimentar e textura (Tabela 3), no qual foi visto que dentre os alimentos que aceitam comer/beber com frequência, houve maior frequência para os alimentos fontes de carboidrato (44,2%) e em seguida industrializados/ultraprocessados (32,8%) e quanto à textura, a mais aceita foi de alimentos crocantes, duros e secos. Em relação aos alimentos que a criança aceita comer/beber às vezes, 22,7% relataram alimentos fontes de carboidrato; 22,7% proteínas e gorduras e 64,6% para as texturas macias e moles.

Para os alimentos que não aceitavam comer/beber, a maioria relatou ser verduras e legumes (42,9%) e com textura macia/mole (63,4%). Além do mais, 31,1% relataram ter parado de aceitar verduras e legumes em algum momento da infância; 26,8% mencionaram ter parado de aceitar todos os alimentos e 21,6% às frutas, e, quanto às texturas, a maioria havia parado de aceitar texturas macias e moles. No entanto, para os alimentos que os pais e/ou responsáveis gostariam que os filhos aceitassem, a maior parte referiu todos os alimentos (62,5%), e em seguida, as verduras e legumes (24,7%). Para as texturas, 56,9% gostariam que aceitassem todas, em seguida a textura macia/mole (41,1%) (Tabela 3).

4. DISCUSSÃO

No presente estudo, a maioria das crianças tinham entre 2 e 4 anos; sendo que a maioria da amostra apresentou dificuldades na variabilidade e aceitabilidade dos alimentos, apresentou reações de nojo e sinais de ânsia de vômito com relação à algum alimento, e aproximadamente 80% das crianças possuíam hipersensibilidade (alteração sensorial). Com relação ao grupo alimentar de preferência, foi verificada preferência por alimentos fonte de carboidrato, alimentos ultraprocessados e rejeição maior para verduras e legumes. Alimentos com textura crocantes/secos apresentaram maior aceitação em comparação com alimentos de texturas macias/moles.

O estudo apresentou uma amostra com predominância de 2 a 4 anos, sendo a fase de início da seletividade alimentar e a mais crítica, informação já vista na literatura, no qual traz a SA mais frequente na fase pré-escolar (OKUIZUMI, 2020). O estudo encontrou que a maior parte da amostra estava fazendo o acompanhamento nutricional pela primeira vez.

Os resultados do presente estudo indicam a predominância da busca dos pais para o aumento do repertório alimentar, visto que, esse tema é um dos mais procurados nos consultórios e que traz grandes preocupações. Com isso, é visto poucas instituições e centros de tratamento cujo objetivo seja o aumento do repertório alimentar, variedade e aceitabilidade dos alimentos e, a Instituição converge nesse propósito. O alto percentual de crianças que possuem alterações intestinais, pode ser explicado devido a dieta restrita e baixo teor de fibras, já que, os alimentos menos consumidos na amostra foram as verduras e legumes. Além do mais, os alimentos mais consumidos são ricos em açúcares, conservantes, aditivos, que estão relacionados a maior inflamação e alteração da microbiota intestinal, sendo ainda mais relevante em pacientes atípicos.

Observa-se a alta frequência de crianças com uso de tela diária superior a duas horas. No entanto, pacientes com SA, tendem a buscar mais essa alternativa nos momentos de refeição, como forma de esquiva e fuga em meio a tensão. Além do mais, a SA está comumente associada a transtornos como o Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (TEA), convergindo com a literatura (HUBBARD, 2015). No TEA, está relacionado devido a inflexibilidade, rigidez de comportamento e padrões repetitivos.

Indivíduos com SA comumente também apresentam características de hipersensibilidade e alteração sensorial, sensibilidade oral ou tátil ou rigidez comportamental e também tendem a ter mais nojo e ânsia de vômito com os alimentos (OLIVEIRA, 2022). Crianças com essa questão, tendem a comer em excesso alimentos aceitos, e durante as refeições, pela dificuldade de aceitação, tendem a demorar mais a comer (SAMPAIO, 2013). Ademais, poucos indivíduos com SA comem de acordo com humor, pois suas dificuldades independem do momento do dia e situação emocional.

Resultado interessante do nosso estudo, característico da SA, foi a preferência de alimentos fonte de carboidrato, industrializados/ultraprocessados e de textura crocante, duras e secas. Isso pode ocorrer devido à alta palatabilidade desses alimentos, pelo alto teor de sal, açúcar e gordura. A maior ingestão de alimentos doces, pode ser esclarecida pela tese de que crianças possuem uma predisposição para alimentos doces e salgados, enquanto negam alimentos amargos ou azedos (BIRCH, 1999). Crianças com características de SA podem ter aversão a determinadas cores, cheiros, temperaturas e, particularmente, texturas de alimentos, sendo mais frequente a preferência por alimentos crocantes.

A baixa aceitação de verduras e legumes pode ser explicada pelo fato de não serem sempre iguais, podendo sempre mudar a cor, textura e sabor, a depender da época ou estado do vegetal, no qual pode causar estranheza, pouca previsibilidade e medo do desconhecido. Ademais, na introdução alimentar, esses alimentos podem ter sido liquidificados, não oferecidos separadamente e/ou pouco ofertados pela família, o que implica a construção do paladar da criança (KACHANI, 2005).

Diante das características de SA apresentadas pelas crianças e adolescentes do estudo, foi relatado e visto que a expectativa dos pais é que os filhos comam todos os alimentos e texturas, principalmente as verduras e legumes e alimentos com textura macia e mole. Sendo assim, é de extrema importância uma intervenção e a abordagem da educação alimentar e nutricional a fim de amenizar e solucionar essas problemáticas. A educação alimentar e nutricional envolve a criança com o alimento de forma lúdica, com técnicas como o SOS Approach (KAY, A TOOMEY, 2011), Food Chaining/Esticamento Alimentar (FISHBEIN ET AL, 2015), Escalada do Comer (KAY, A TOOMEY, 1995), para criar uma relação saudável da criança com o alimento, enfrentando medos e traçando estratégias para aproximar de forma gradual a criança com o alimento, até chegar na última etapa, o comer.

5. CONCLUSÃO

Através das análises das características do comportamento alimentar associado à seletividade alimentar na infância, entende-se que crianças com esses padrões possuem dificuldades que ultrapassam os aspectos do comer fisiológico. Podemos concluir que, crianças com SA possuem preferências e comportamentos específicos, como maior afinidade com texturas e grupos alimentos próprios e padrão de recusa semelhante. Além do mais, possivelmente crianças com comportamentos alimentares característicos de SA possuem questões sensoriais e outros comportamentos de tensão durante os momentos de refeição.

Os resultados justificam a importância do profissional de nutrição desde os primeiros anos de vida da criança, para formação de hábitos alimentares saudáveis e realização de educação alimentar e nutricional, para prevenção de futuras dificuldades alimentares e tratamento das mesmas. E evidenciam a necessidade da continuidade de estudos sobre o tema.

O presente estudo observa algumas limitações como não haver um instrumento validado ou ferramenta específica de detecção, avaliação e níveis de seletividade alimentar e o fato do questionário ser auto preenchido. Porém, é perceptível uma amostra relevante e um tema pouco abordado na literatura.

Tabela 1 - Frequência relativa das características clínicas e de estilo de vida de crianças e adolescentes. Uberlândia-MG, 2021-2023.

Variáveis clínicas	Frequência (%)
Prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses	
Não	35,5
Sim	64,4
Uso de vitamina ou suplemento	
Não	65,3
Sim	33,2
Já tomou	1,4
Funcionamento do intestino	

Normal	55,9
Irregular	18,4
Gases	5,9
Desconforto abdominal	4,8
Obstipação	7,6
Distensão abdominal	2,7
	4,5

Coloração da urina

Transparente	14,2
Amarelo claro	77,0
Amarelo escuro	8,7

Qualidade do sono

Ótimo	40,2
Bom	40,5
Regular	16,7
Ruim	2,4

Prática atividade física

Não	42,8
Sim	57,1

Tempo de tela

≤ 2	38,9
> 2	41,0
Não soube quantificar	20

Uso de medicação

Não	72,6
Sim	27,3

Presença de doença ou transtorno

Sem doença/transtorno	60,3
Transtorno do Espectro Autista	7,8
Colesterol alto/triglicérides alto	8,2
Outras doenças/transtornos	23,5

Presença de alergia e/ou intolerância a

algum alimento	
Não	73,9
Sim	11,6
Não sabe informar	10,5
Já teve	3,8

Tabela 2 - Frequência relativa ao comportamento alimentar de crianças e adolescentes. Uberlândia-MG, 2021-2023.

Variáveis indicadoras de seletividade alimentar	Frequência (%)
Dificuldades na alimentação	
Variabilidade/aceitabilidade	62,4
Dificuldade com texturas	5,6
Restrição severa	16,8
Reeducação alimentar	5,9
Questões nutricionais (quantidades, melhora do hábito intestinal,...)	3,5
Outras	5,6
Presença de nojo ou ânsia de vômito com algum alimento	
Não	34,5
Sim	65,4
Comportamento da criança durante a refeição	
Lenta	15,0
Rápida	12,2
Um momento de tensão	13,9
Come com distrações	31,1
Come de acordo com o humor	2,4

Come demais/belisca/pula refeições	19,2
Outro	5,9

Hipersensibilidade (alteração sensorial)

Ausente	20,1
Presente	79,8

Dificuldade na mastigação

Não	64,0
Sim	35,9

Tabela 3 - Frequência relativa da aceitação dos grupos e texturas alimentares de crianças e adolescentes.
Uberlândia-MG, 2021-2023.

	Aceita comer/beber com frequência	Aceita comer/beber às vezes (alterna entre aceitação e recusa)	Não aceita comer/beber	Parou de comer/beber	Gostaria que aceitasse
Grupo alimentar					
Alimentos fontes de carboidrato (cereais, tubérculos,...)	44,2	22,7	4,5	8,6	1,9
Verduras/legu mes	0,7	13,0	42,9	31,1	24,7
Frutas	5	21,1	9,9	21,6	7,7
Industrializad os/açúcares	32,8	13,8	3,0	1,2	0
Proteínas/gor duras	6,4	22,7	6,1	10,3	3,0

Todos	10,7	6,5	33,3	26,8	62,5
Texturas					
Crocante/dur	45,8	23,5	2,2	3,0	0,7
o/seco					
Macio/mole	36,8	64,6	63,4	77,8	41,1
Líquido	3,2	6,5	3,8	3,4	1,1
Todas	14,0	5,2	30,4	15,6	56,9

4. REFERÊNCIAS

Trivisiol, M. E., Santos, M. dos, Couto, S. de F., & Silveira, J. T. (2024). **Feeding difficulties in preschool children at an early childhood education school.**

Kachani, A. T., Abreu, C. L. M. D., Lisboa, S. B. H., & Fisberg, M. (2005) **Seletividade alimentar da criança.** *Pediatrics*, 27(1), 48-60

PENROD, B., WALLACE, M. D., REAGON, K., BETZ, A., & HIGBEE, T. S. **A component analysis of a parent-conducted multi-component treatment for food selectivity.** Wiley InterScience, 2010

Zohar, A. H. et al. **A longitudinal study of maternal feeding and children's picky eating.** SCIENTEDIRECT, 2020.

Dumont, E. MSc1,2; Jansen, A. PhD1; Kroes, D. MSc2; de Haan, E. MSc2; Mulken, S. PhD1,3. **A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series.** WILEY, 2019

C. PIAZZA, Cathleen et al. **An evaluation of simultaneous and sequential presentation of preferred and nonpreferred food to treat food selectivity.** *Journal of applied behavior analysis*, 2002.

SEUBERT, Christine et al. **Antecedent interventions for pediatric feeding problems.** *Journal of applied behavior analysis*, 2014.

DAVIS, Emily, L. STONE, Elizabeth. **Avoidant Restrictive Food Intake Disorder More Than Just Picky Eating: A Case Discussion and Literature Review.** *The journal for nurse practitioners*, 2020.

S. MAIER, Andrea et al. **Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months.** *Sciencedirect*, 2008.

Johnson, SL, KJ e Bellows, LL. **Pediatric Food Preferences and Eating Behaviors.** Elsevier, 2018. P. (73)-(92).

KOZLOWSKI, Alison et al. **Feeding Therapy in a Child With Autistic Disorder: Sequential Food Presentation.** Researchgate, 2011.

LOGIE, Sean et al. **Group Therapy Treatment for Food Selectivity.** Medical Nutrition, 2022.

ANN SUAREZ, Michelle. **Multicomponent Treatment for Food Selectivity in Children: Description and Case Report.** Nutrition in Clinical Practice, 2015

MARSHALL, Jeanne et al. **Multidisciplinary Intervention for Childhood Feeding Difficulties.** JPGN, 2015. Disponível em: <http://journals.lww.com/jpgn> by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIH04XMi0hCywCX1AWnYQp/IIQrHD3i3D0OdRyi7TvSfI4Cf3VC4/OAVpDDa8KKGKV0Ymy+78= on 09/01/2022

BEATRIZ DE MELLO SAMPAIO, Ana et al. **Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional.** J Bras Psiquiatr, 2013.

EUN SHIM, Jae et al. **Associations of Infant Feeding Practices and Picky Eating Behaviors of Preschool Children.** American dietetic association, 2011.

Duncanson, K. , Burrows, T. e Collins, C. **Study protocol of a parent-focused child feeding and dietary intake intervention: the feeding healthy food to kids randomised controlled trial.** BMC Public Health, 2012

Alaimo, C. , Seiverling, L. , Sarubbi, J.Sarubbi, J., Sturmey, P. **The effects of a behavioral skills training and general-case training package on caregiver implementation of a food selectivity intervention.** Wiley, 2017.

K. FERNAND, Jonathan. **The effects of choice between nonpreferred foods on the food consumption of individuals with food selectivity.** Wiley Online Library, 2015.

Taylor, T. , Haberlin, Haberlin, A. e Haberlin, Haberlin, J. **Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder for a teenager with typical development within the home setting.** Journal of Adolescence, 2019.

C. M. VAZ, petula et al. **Using negative reinforcement to increase self-feeding in a child with food selectivity.** Journal of applied behavior analysi, 2011.

Levine A, Bachar L, Tsangen Z, et al. **Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal.** J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011;52(5):563–568

KERZNER, Benny; MILANO, Kim; MACLEAN, William C.; BERALL, Glenn; STUART, Sheela; CHATOOR, Irene. **A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties.** Pediatrics, [S.L.], v. 135, n. 2, p. 344-353, 1 fev. 2015. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-1630>.

Abreu CLM, Fisberg M. **A inapetência na infância. Recusa alimentar: o que fazer com a criança que não vir?** Alimentação na Infância 2003;2:1-8

Russel, C. G., & Worsley, A. (2008). **A population-based study of preschoolers' food neophobia and its associations with food preferences.** Journal of Nutrition Education and Behavior, 40, 11-19.

Viveiros CC. **Estudo do comportamento alimentar, preferências alimentares e neofobia alimentar em crianças pré-escolares e da eficácia de um programa de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em contexto escolar: um estudo exploratório** [master's thesis]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012

Medeiros RT. **Caracterização da neofobia alimentar em crianças de três a seis anos** [master's thesis]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008

Torres, T. de O., Gomes, D. R., & Mattos, M. P.. (2021). **Factors associated with food neophobia in children: systematic review.** *Revista Paulista De Pediatria*, 39, e2020089. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020089>