

Seletividade alimentar da criança

Selective nourishment of the child
Selectividad alimentar de los niños

Adriana Trejger Kachani¹, Camila Leonel Mendes de Abreu², Sara Bordin Honorato Lisboa³, Mauro Fisberg⁴

Grupo de Estudos em Nutrição e Atividade Física (GENAF) da Nutrociência Assessoria em Nutrologia.

Resumo

Objetivo: elaborar um ensaio sobre a seletividade alimentar da criança- conceito, avaliação e conduta. **Fontes pesquisadas:** banco de dados eletrônico MEDLINE e SCIELO, utilizando os termos seletividade alimentar, *picky eating* e anorexia infantil. **Síntese dos dados:** a seletividade da criança é definida pela tríade recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento. O diagnóstico é impreciso por depender de referenciais subjetivos. A avaliação pediátrica abrange as repercussões sobre o estado nutricional, o crescimento e desenvolvimento. A composição e hábitos alimentares podem ter uma avaliação objetiva, a partir de inquéritos alimentares e tabelas de composição dos alimentos. O quadro tem um forte componente emocional e/ou situacional, que deve nortear o tratamento. A utilização de orexígenos e suplementos vitamínicos é opcional e transitória. **Conclusões:** nos casos de seletividade alimentar a avaliação médica pode ser complementada pela da nutricionista, no sentido de avaliar as condições de saúde e da alimentação. Isto possibilita individualizar cada caso, respeitando o paladar da criança, e recomendar alimentos e suplementos eventualmente ausentes da dieta. A recomendação de técnicas de terapia nutricional comportamentais deve prevalecer sobre a utilização de medicamentos para recuperar o apetite da criança.

Descritores: Transtornos da alimentação. Estado nutricional. Terapia nutricional. Terapia cognitiva. Criança.

Abstract

Objective: to elaborate an essay of selective eating by children - concept, evaluation and management. **Data Sources:** MEDLINE and SCIELO databases using the terms selective eating, *picky eating* and childhood anorexia. **Data Synthesis:** selectivity in the child is defined by the triad of food refusal, diminished appetite and disinterest in food. The diagnosis is imprecise as it depends on subjective parameters. The pediatric evaluation covers the repercussions on nutritional state, growth and development. The composition and eating habits can be evaluated on an objective basis using alimentary records and food composition tables. The picture has a strong emotional and or environmental component which should guide the treatment. The use of orexigens and vitamin supplements is optional and should be transitory. **Conclusions:** in cases of selective eating the medical evaluation may be complemented by a nutritionist, in the sense of evaluating the health and eating conditions. This enables each case to be considered on an individual basis, while respecting the taste preference of the child and recommending foods and supplements that may be lacking in his diet. It is recommended that behavioral nutritional therapy techniques should prevail over the use of medications to recover the child's appetite.

Keywords: Eating disorders. Nutritional status. Nutrition therapy. Cognitive therapy. Child.

¹ Nutricionista. Estagiária da Nutrociência Assessoria em Nutrologia, membro do GENAF

² Nutricionista especialista em adolescência. Membro da equipe multidisciplinar da Universidade Federal de São Paulo, membro do GENAF

³ Nutricionista. Supervisora do serviço de alimentação do Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo SA, membro do GENAF

⁴ Professor adjunto. Chefe do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente da UNIFESP, coordenador do Centro de Pesquisas Aplicadas à Saúde da Universidade São Marcos, diretor da Nutrociência Assessoria em Nutrologia, coordenador do GENAF

Resumen

Objetivo: elaborar un ensayo sobre la selectividad alimentar de los niños - concepto, evaluación y conducta. **Fuentes pesquissadas:** banco de datos electrónicos MEDLINE y SCIELO, utilizando los términos selectividad alimentar, *picky eating* y *anorexia infantil*. **Síntesis de los datos:** la selectividad de los niños es definida por el trío: recusa alimentar, poco apetito y desinterés por el alimento. El diagnóstico no es seguro porque depende de referenciales subjetivos. La evaluación pediátrica abarca las repercusiones sobre el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo. La composición y hábitos alimentares pueden tener una evaluación objetiva, a partir de encuestas alimentares y tablas de composición de los alimentos. El cuadro tiene un componente emocional y/o situacional fuerte, que debe dirigir el tratamiento. La utilización de orexígenos y suplementos vitamínicos es opcional y transitoria. **Conclusiones:** en los casos de selectividad alimentar la evaluación médica puede ser complementada por la nutricionista, en el sentido de evaluar las condiciones de salud y de alimentación. Esto posibilita individualizar cada caso, respetando el paladar de los niños y recomendar alimentos y suplementos eventualmente ausentes de la dieta. La recomendación de técnicas de terapia nutricional y de comportamiento debe prevalecer sobre la utilización de medicamentos para recuperar el apetito de los niños.

Palabras- clave: Transtornos de la conducta alimentaria. Estado nutricional. Terapia cognitiva. Niño.

Introdução

A frase - “**Doutor, meu filho não come**” é queixa escutada freqüentemente por pediatras na prática clínica¹⁻³. Pode constituir o questionamento principal da consulta, ou destacar-se vivamente durante o interrogatório das condições habituais de vida, feito pelo médico. Dados norte-americanos mostram que 10 a 25% das crianças têm algum transtorno alimentar⁴. Este índice pode atingir cerca de 80%, quando é analisada a rejeição alimentar mediante comportamento aprendido⁴⁻⁶. Um dos mais freqüentes distúrbios alimentares é a seletividade alimentar, que não alcançou, ainda, uniformização de conceito nos colegiados médicos e de nutricionistas. São reconhecidas suas principais características clínicas, na tríade de recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento⁷⁻¹².

Os autores, com interesse e prática na área da alimentação infanto-juvenil, desenvolveram o presente ensaio com o objetivo de conceituar a seletividade alimentar da criança, caracterizar a criança seletiva e sua família, estabelecer um roteiro de avaliação e propor medidas terapêuticas para o problema.

Fontes Pesquisadas

O presente ensaio foi baseado em livros clássicos de pediatria e artigos pesquisados nas bases de dados eletrônicas MEDLINE e SCIELO, utilizando para busca os termos *picky eating*, seletividade alimentar e *anorexia infantil*. Foi dada preferência aos estudos publicados nos últimos 5 anos, não descartando os mais antigos, com relevância para o tema.

Conceito

Para conceituar e compreender adequadamente a seletividade alimentar é necessário reconhecer outros distúrbios alimentares, com os quais pode assemelhar-se. O conceito e as principais características dos distúrbios relacionados à alimentação da criança são sumarizados a seguir.

A **anorexia fisiológica**, como evidenciado pela denominação, não é um distúrbio verdadeiro, porém por vezes é relatado como tal pelos responsáveis. Instala-se na maior parte das vezes entre 6 e 12 meses de

idade, acentuando-se ao final do 1º ano de vida; pode durar cerca de 4 a 5 anos. Neste período, a criança apresenta uma diminuição do apetite, devido à desaceleração no seu crescimento. Além disso, o interesse pelo alimento é substituído pela enormidade de estímulos e descobertas que a criança faz no meio ambiente. Nesta situação, a redução do apetite é global, a queixa não tem desencadeante e início bem determinados, não há outros dados referentes a distúrbios psíquicos da criança, da mãe, do vínculo entre mãe e filho, ou de

problemas sociais relevantes. A criança não apresenta alteração do estado nutricional^{2,13}.

A **anorexia infantil ou anorexia verdadeira** caracteriza a criança que não consome, espontaneamente, uma quantidade de alimentos suficiente para o adequado crescimento e desenvolvimento. As condições desfavoráveis à aceitação alimentar podem ser de origem orgânica ou comportamental¹⁴⁻¹⁷. As principais causas da anorexia verdadeira estão contidas na Tabela 1.

Tabela 1 - Etiologia da anorexia infantil ou verdadeira

Causas Orgânicas
Infecções (especialmente problemas respiratórios)
Desordens na motilidade intestinal (vômitos, diarreia, refluxo e intolerância e alergias)
Parasitoses intestinais
Transtornos do sistema nervoso central
Transtornos metabólicos congênitos
Carências vitamínicas e/ou deficiências minerais
Desnutrição
Causas Comportamentais/ Psíquicas
Distúrbios da dinâmica familiar (alteração no vínculo mãe-filho, tensão familiar, dificuldade dos pais em estabelecer limites, mudanças na rotina, separação dos pais, falecimento na família, nascimento de um irmão)
Distúrbios emocionais da criança (problemas de ajustamento, negativismo, busca de atenção, satisfação de desejos)
Desmame e/ou introdução alimentar inadequados
Falta de conhecimento dos pais a respeito do desenvolvimento do comportamento alimentar da criança
Condições ambientais físicas desagradáveis
Desacerto entre horários de sono e/ou escolares e horário de alimentação
Causas Dietéticas
Monotonia alimentar
Papas liquidificadas
Peculiaridades desagradáveis quanto ao sabor, à aparência, ao odor e à temperatura

A **falsa anorexia** caracteriza a situação na qual a criança come pouco na opinião dos familiares, porém apresenta crescimento dentro do considerado normal e esperado^{11,18}. O quadro sobrepõe-se ao da anorexia fisiológica, exceto pelo posicionamento dos pais ou responsáveis.

A **pseudo-anorexia** fica caracterizada frente à recusa alimentar determinada por dificuldade de mastigação e/ou deglutição, presença de aftas, fissura palatina, estomatite, dores dentárias ou outras condições que provoquem dor e sofrimento¹⁴⁻¹⁷.

A **anorexia seletiva ou seletividade alimentar** caracteriza a criança que apresenta recusa total ou parcial a determinado(s) tipo(s) de alimento(s)⁸. No seu extremo o quadro é bastante característico, porém, a existência de paladar e de preferências alimentares entre as crianças saudáveis, torna o quadro algo impreciso. Uma ampla maioria das crianças é descrita pelos pais e responsáveis como seletivos, apesar de não apresentarem prejuízo ao estado nutricional, nos horários e práticas alimentares. Os alimentos mais rejeitados são verduras, legumes e frutas.

Os autores do presente ensaio avaliam a seletividade alimentar e a criança seletiva sob a ótica da mãe, que determina a queixa inicial e demanda por soluções. É a partir desta observadora privilegiada do consumo alimentar que fica registrada a queixa da ingestão restrita a alguns alimentos, e da pouca/ausência de disposição para experimentar novidades. Ou seja, considerou-se como criança seletiva a que apresenta oscilações na preferência e aceitação dos alimentos, principalmente no que se refere a resistência em experimentar novos tipos e preparações, causando preocupação aos pais e responsáveis, apesar do bom estado de saúde e nutricional. A seletividade somente é preocupante para o clínico quando envolve um grande número de alimentos e, conseqüentemente, um grande número de nutrientes em quantidade suficiente para determinar possíveis patologias. Já para a mãe, toda e qualquer seletividade que implique na pouca aceitação de alimentos que ela considere essencial é extremamente preocupante.

Algumas vezes distúrbios alimentares são confundidos com distúrbios de crescimento. Para os familiares, problemas de desenvolvimento reais ou imaginários seriam decorrentes de distúrbios alimentares, mesmo quando não há alterações qualitativas e quantitativas. Uma vez que os distúrbios

alimentares são estabelecidos essencialmente a partir das observações dos responsáveis, esta diferenciação deve ser estabelecida.

A criança que não cresce ou que não ganha peso adequadamente - *failure to thrive* da literatura internacional, geralmente tem idade abaixo dos 3 anos de idade¹⁹, e: a) carência sócio-econômica grave associada a condições emocionais e alimentares desfavoráveis ao bem estar da criança; ou b) uma doença orgânica. Nas duas circunstâncias os distúrbios alimentares são secundários^{14, 20, 21}.

As definições acima traduzem parte da dificuldade em distinguir as crianças seletivas das anoréticas verdadeiras e, até, das variações da normalidade.

O que é uma alimentação desejável? O que é normal?

O conceito de “sabedoria do corpo” (*wisdom of the body*), foi criado pela Dra. Clara Davis, que experimentou oferecer uma dieta variada às crianças¹⁸. Observou que estas eram capazes de escolher sua própria comida de forma equilibrada, mesmo que o apetite variasse de dia para dia e de refeição para refeição. A autora concluiu que os alimentos podem ser agrupados, podendo ser substituídos por outros do mesmo grupo – energéticos, construtores e reguladores, sem haver déficit nutricional, ou falhas do crescimento e/ou desenvolvimento¹². Este conceito é válido para os macronutrientes - carboidratos, lipídios e proteínas; assim como para os micronutrientes – vitaminas e sais minerais. Posteriormente, foram mais conhecidas as extensas necessidades nutricionais para diferentes vitaminas e minerais, o que tornou mais difícil a aceitação da sabedoria corporal. Não está definida a existência de apetite específico para alguns oligoelementos e vitaminas. Existe, no entanto, relação entre o apetite e níveis de alguns elementos, como o zinco, ferro e cobre.

Estudos posteriores ampliaram a noção de alimentação desejável/normal²²⁻²³. É considerado inadequado o consumo alimentar das crianças baseado em alimentos muito calóricos, ricos em gorduras saturadas e hidrogenadas (isômeros trans), como salgadinhos, bolachas recheadas, doces, balas e refrigerantes. Pois a utilização exagerada destes alimentos pobres em vitaminas e minerais tende a gerar estados carenciais, com impacto possível para o crescimento e desen-

volvimento²³. Adicionalmente, o consumo elevado de gordura saturada ou hidrogenada (trans) aumenta o risco de dislipidemias e doença cardiovascular.

A dificuldade em responder à questão da adequação da alimentação faz com que mães e outros responsáveis determinem que normal seja uma alimentação muito variada, que contenha todos os grupos alimentares - cereais, leguminosas, hortaliças, frutas, leite, carnes e ovos, açúcares e gorduras - em porções adequadas e distribuídas em cinco ou seis refeições diárias. Porém, apenas a minoria das crianças o faz. Frente a esta situação, o correto seria estimar a ingestão dos diversos nutrientes individualmente, de cada criança. A quantificação responderia à dúvida materna quanto à adequação, e talvez, encerrasse muitas das queixas. Por outro lado permitiria determinar as deficiências da alimentação e propor soluções.

O ambiente da seletividade alimentar

O perfil familiar

A participação da mãe no processo da alimentação é de fundamental importância, embora as ações de outros familiares - pais e avós, tenham repercussões igualmente importantes para a criança. Mães com histórico de depressão e transtornos alimentares e pais exigentes tendem a apresentar filhos com maior risco de padrões alimentares inadequados^{24,25}. É freqüente que mães inseguras procurem um profissional da saúde apresentando-se mobilizadas pela angústia de "não saber o que fazer para alimentar o filho"²⁶⁻²⁸. Outras vezes, pais autoritários - que controlam horários, quantidades e qualidade das refeições, induzem-nos a uma relação de dependência, com dificuldade em experimentar novos desafios e, entre eles, experimentar novos alimentos^{5,11,29}. Famílias desestruturadas tendem a apresentar crianças seletivas com maior frequência³.

As queixas relativas à seletividade geralmente especificam que ocorre uma recusa de determinados tipos de alimentos - "meu filho come apenas alguns alimentos" ou "não gosta de provar nada diferente". Simultaneamente, são manifestas preocupações sobre o impacto na saúde - "Há alguma coisa de errado com ele?" ou "Será que isto não causará nenhum dano a saúde?". Por fim, aparecem as indagações relativas ao papel da mãe e da educação da criança - "Será que não sei educar ou impor limites?". Na maioria

das vezes, a problemática está na maneira como os responsáveis interpretam a rejeição a novos alimentos, visto que a alimentação está atrelada à questão da sobrevivência. E os pais, acreditando que a saúde das crianças seja mais vulnerável, tendem a desenvolver grande angústia e conflitos³⁰. Em conjunto, as queixas mostram sentimentos maternos de perda de controle, estresse, incompetência, culpa e frustração, pois a criança é quem acaba decidindo o que ela come, e não os responsáveis^{4,5,27}.

O problema é muito freqüente. Um estudo sobre a percepção e ação dos pais quanto ao comportamento alimentar dos filhos mostrou que 45% desejavam mudar o hábito alimentar da sua criança, e para isto 51% tinham oferecido recompensas e 69% persuasão, na tentativa de incentivar o aumento da ingestão alimentar²⁸. Também, com a ansiedade materna para que a criança se alimente, muitas vezes são oferecidos alimentos substitutos de baixo valor nutritivo. A criança, rapidamente associa que, se não comer, obterá o que deseja. A violência contra o menor, com surras e outros agravos, pode ser o passo seguinte após tentativas de persuasão.

O perfil da criança

A criança seletiva manifesta a tríade: recusa alimentar, pouco apetite (relatado) e desinteresse pelo alimento, características constatadas em um estudo sueco com 240 escolares. De modo geral, passa a desgostar da alimentação. Pode ocorrer tanto em crianças saudáveis quanto naquelas com necessidades especiais, como é o caso das crianças prematuras, com problemas neurológicos, ou outras doenças^{6,5,18}. São afetadas crianças de todos os níveis socioeconômicos, culturais, e étnias; contudo este comportamento é mais comum nos hiperativos³¹⁻³².

O início da seletividade alimentar costuma coincidir com o período de introdução aos sólidos, próximo dos 8-10 meses de idade, por vezes à introdução da sopa, aos 5-6 meses. Isto ocorre pela relutância da criança em consumir novos alimentos à primeira oferta, a neofobia^{7,8}. Pode ser, e muitas vezes é, apenas transitória, correspondendo à fase de adaptação a novos alimentos ou de reação frente a pequenas infecções de vias aéreas superiores. Constitui um fato comum, típico do desenvolvimento normal da criança, até como expressão de reação ao ambiente doméstico^{1,2}. Porém, nas condições familiares e ambientais desfavoráveis o quadro acentua-se³.

Na fase inicial da seletividade, a criança geralmente é trazida para avaliação médica para solucionar o problema, pois os pais têm a noção de que filhos que não comem adequadamente podem ter ou apresentar um problema de saúde. Caso não haja uma adequada orientação, a criança, progressivamente, estabelece uma lista de alimentos permitidos e de outros banidos de sua alimentação. A respeito do comportamento alimentar seletivo, verificou-se que as crianças com esta característica apresentam um consumo limitado de alimentos^{4,11}. A dieta dos seletivos geralmente está baseada em carboidratos e produtos lácteos⁵. Alguns pais costumam relatar a recusa alimentar, com uso de grandes quantidades de leite. Outras crianças só aceitam a alimentação sob a forma de papas e purês, mesmo em fase escolar⁴. Esta especificação de técnica faz com que muitos seletivos só aceitem a alimentação com uma determinada técnica de preparo e apresentação; por vezes, só comem em um tipo de prato e sem misturar as diferentes preparações²⁵, assim como consomem apenas uma determinada marca, reconhecida pelo rótulo⁵.

O apetite e duração das refeições de crianças seletivas também têm sido objeto de estudos. Enquanto 33% das crianças não estão com fome no momento da refeição, em função da organização de sua rotina diária, entre as crianças seletivas este índice sobe para 52%⁶. Quanto ao tempo de refeição, os seletivos demoram mais para se alimentar - 23,3 minutos, do que os não seletivos - 19,7 minutos³¹.

Quanto ao consumo alimentar dos seletivos, que é geralmente relatado como pequeno, isto nem sempre corresponde à realidade, como observado em estudo realizado na Universidade do Tennessee (EUA)²⁴. Crianças de 24 a 36 meses de idade tinham ingestão energética média diária semelhante - 1472 Kcal (não seletivos) e 1468 (seletivos). Não havia diferença de peso e estatura entre os dois grupos de pacientes, assim como da velocidade de crescimento, apesar das mães das crianças seletivas acharem que seus filhos tinham algum comprometimento da saúde²⁴. Foi interessante a constatação de que ambos os grupos apresentaram inadequação quanto ao consumo de cálcio, zinco, vitaminas D e E. De modo geral, é o que se observa entre os seletivos, não há enfermidade orgânica evidente, os pacientes não apresentam mais problemas de saúde do que os outros, nem são mais magros que os demais^{9,10}.

Causas da seletividade alimentar

As razões desse comportamento são bastante complexas, devido às interações de características familiares e de contextos sociais, além do fato de que segundo a faixa etária, pode-se ter uma causa preponderante para o quadro. Estudo recente sobre o aspecto psicológico da queixa materna "*meu filho não come*" revela que é impossível apontar por onde começam as dificuldades em termos causais: se nos sentimentos da mãe ou no comportamento da criança²⁶.

Deve-se levar em consideração que no segundo ano de vida, com maior maturidade muscular, a criança anda com mais desenvoltura e passa a explorar o seu espaço, antes fora de seu alcance, para conhecê-lo. Apesar de ser uma queixa freqüente de mães de pré-escolares^{5,30}, a seletividade é um comportamento típico da criança que começa a andar²⁴. Sabe-se que o desenvolvimento infantil está relacionado ao aumento do grau de autonomia e o processo de socialização; desta forma, a alimentação, que até então era a principal fonte de prazer, passa a um plano secundário^{11, 24, 29}.

Avaliação da criança

Avaliação médica

Ao receber a queixa de que a "criança não come" o pediatra deve avaliar o estado nutricional, a velocidade de crescimento e a presença de doença. Isto tem partida com um histórico cuidadoso, que deve detalhar alterações de saúde, de hábitos, alimentares ou não, além de uma apreciação das condições socioeconômicas e da composição da família. São relevantes as condições habitacionais assim como a estruturação dos cuidados e hábitos em relação à criança. O exame físico deve verificar a presença de sinais de doença e de qualquer alteração nutricional. Permite inteirar-se com a criança, verificando distúrbios de comportamento mais destacados.

Há grande importância em avaliar a relação da família com a criança por intermédio da alimentação, a fim de se levantar dados sobre o contexto em que a seletividade está inserida. A seletividade pode ser a única manifestação de protesto e oposição de uma criança frente a pais com posturas educacionais inapropriadas²². Considerando todos esses aspectos, tais problemas podem ser minimizados, se o profissional ficar atento ao processo de estabelecimento do vínculo

pais/filho/alimentação³. Na abordagem da questão da seletividade na infância, os principais aspectos a serem considerados são os motivos que levam a criança a este comportamento^{8,33}. Buscar e entender a causa do porquê a criança escolhe o que quer comer e não simplesmente a rotular como “birrenta, teimosa e seletiva”, é o primeiro passo para se propor uma conduta mais adequada.

Há, muitas vezes, uma inadequada redução do caso pelo pediatra, determinada pela urgência em atender muitos pacientes. Prescrevem-se estimulantes de apetite e/ou informa-se à família “que a criança não tem nada”, ou ainda, “é assim mesmo”. É preciso serenidade e paciência, porque a seletividade é um aspecto persistente, e exige o desenvolvimento de confiança no profissional pelos pais, avós, e, muitas vezes, pela criança. Deve haver, inicialmente, o intuito de excluir as causas orgânicas, pesquisando doenças por vezes ocultas, como infecções crônicas de vias aéreas, urinárias, pequenas anemias, verminose, carências vitamínicas, etc. A investigação inicial, portanto, não deverá ser extensiva, o que pode alarmar ainda mais os pais. Exames específicos só deverão ser solicitados quando houver uma indicação clínica^{6,11}.

O acompanhamento do quadro de seletividade é um aspecto fundamental para a solução. Permite observar um episódio transitório, dando tranquilidade à família no período, assim como diferenciar a seletividade de outros distúrbios alimentares, inclusive da anorexia verdadeira. Isto exige paciência e empenho em várias consultas. O atendimento repetido da criança, com a verificação do estado nutricional e do restante das condições físicas, demonstra aos pais que, apesar da recusa alimentar, esta é suficiente para garantir a hígidez. A técnica de mensurar peso e estatura e avaliar o comportamento da curva de crescimento em função da idade, é um recurso muito útil, pois tranquiliza os responsáveis, mostrando que a criança está evoluindo dentro do esperado para a idade, apesar dos hábitos alimentares⁴.

Avaliação da nutricionista

A grande dúvida que pediatras e familiares têm em relação à adequação alimentar pode ser dirimida pela quantificação alimentar, realizável pela nutricionista. Desta forma, a seletividade alimentar poderia ser estabelecida para o hábito alimentar que envolvesse alteração corpórea presente, ou em risco de ocorrer, por insuficiência de ingestão frente às necessidades nutricionais estabelecidas.

Isto possibilita compatibilizar e respeitar o paladar de cada criança, sem descuidar-se das necessidades energética e nutricional. Eventualmente, pode haver o respeito ao paladar individual com suplementação de alguns alimentos ou produtos farmacêuticos. A individualização pode ser suficiente para diminuir a ansiedade da família, que desejaria ver a criança ingerindo todos os alimentos. Porém, enquanto o estudo nutricional de cada paciente seletivo não é realizado, opta-se pela prescrição de alimentação diversificada. Esta recomendação nem sempre é feita, e, quando recomendada, é mal aceita pela criança, o que gera mais insatisfação familiar e acirra o conflito com a criança.

A nutricionista costuma iniciar seu trabalho usando inquéritos dietéticos, que podem fornecer informações tanto quantitativas como qualitativas a respeito da ingestão de alimentos. Os inquéritos são o primeiro estágio na avaliação de deficiências nutricionais presentes, e estabelecem o grau de risco de ocorrência. Isto possibilita elaborar um programa de intervenção monitorado. Com os dados de ingestão alimentar, pode-se prever a adequação dos suprimentos alimentares e monitorar tendências na utilização dos alimentos. A utilização sequencial dos inquéritos, ao longo do tempo, permite uma análise mais precisa e detalhada do perfil alimentar da criança seletiva, auxiliando na caracterização da oferta e da aceitação^{11,34}.

Os inquéritos podem ser qualitativos, quantitativos ou ambos. Os mais utilizados são o recordatório 24h, registro de alimentos e frequência de consumo. O recordatório 24 horas é um método de investigação alimentar que consiste na descrição de todos os alimentos e bebidas consumidos no dia anterior. Apesar de ser um recurso amplamente utilizado não é muito acurado, tanto no estabelecimento de quantidades e porções ingeridas no dia anterior, como por avaliar um único dia, possivelmente não representativo do consumo habitual. Para amenizar o viés metodológico, o recordatório 24 horas pode ser associado a fotografias e kits de medida caseira. Outros cuidados durante a coleta das informações são: verificar a forma de preparo dos alimentos, o consumo de guloseimas (bala, pipoca, sorvete, etc) e uso de suplementos e/ou complementos alimentares e vitamínicos³⁵.

Um método mais preciso de estimar a ingestão alimentar, permitindo conhecer o consumo usual, é o do registro alimentar. Este método consiste na anotação de todos os alimentos e bebidas, e suas respectivas

quantidades e forma de preparo, durante um certo período de tempo, que varia de um dia a uma semana. Costuma-se utilizar o registro de três dias, incluindo um dia de final de semana. A vantagem desta metodologia dá-se pela possibilidade da identificação da frequência, dos tipos de alimentos e preparações consumidas, além de proporcionar dados importantes quanto ao tamanho das porções, em medidas caseiras, horário, e local de realização das refeições^{24,35}.

Outra forma de avaliação - o questionário de frequência alimentar, tem como objetivo avaliar o quanto certos alimentos ou grupos de alimentos são consumidos durante um determinado período de tempo de consumo habitual. O questionário apresenta uma lista de alimentos com espaço correspondente para respostas, e abrange a frequência de consumo de cada alimento ou grupo. Permite a discriminação da ingestão frequente de um determinado alimento, daqueles raramente ou nunca consumidos, possibilitando categorizar a criança segundo nível de consumo³⁴.

Porém, a ferramenta mais utilizada na anamnese nutricional pediátrica é o chamado dia gástrico ou recordatório de hábitos alimentares ao longo do dia, onde pode-se identificar a alimentação rotineira da criança. Verificar a organização da rotina de vida da criança também é muito importante, uma vez que a influência do horário escolar pode, em determinadas situações, prejudicar a aceitação das refeições¹¹.

Conduta

Conduta médica

Muitas mães e familiares vêm à consulta em busca de medicamentos ou orientações dietéticas curativas, porém cada caso requer orientação individualizada^{36,37}. Idealmente, haveria uma avaliação médica e, se possível nutricional, descritas previamente. De modo geral, a solução deve focar uma criança com seletividade alimentar, com sua lista de alimentos permitidos e de outros banidos, na ausência de uma enfermidade orgânica evidente^{9,10}.

Antes de começar qualquer tratamento, o profissional deve estar preparado para tranquilizar a família, discutir sobre suas expectativas relacionadas à conduta alimentar e ao processo de desenvolvimento. Isso porque muitos problemas alimentares não dizem respeito ao alimento em si, mas são decorrentes de

conflitos oriundos das relações intra familiares que se explicitam no âmbito alimentar.

Quanto à utilização de orexígenos, freqüentemente, é observado o pedido dos pais (e avós) para a prescrição destes estimulantes do apetite, juntamente com suplementos vitamínicos e minerais^{9,17,30,38,39}. Este fato resulta, por parte das mães, da ânsia de que seu filho coma, e do receio da desnutrição e doenças "por falta de resistência". Em relação aos medicamentos com efeito orexígeno, os princípios ativos dos mais utilizados são: GABA (Ácido gama aminobutírico); vitaminas do complexo B (tiamina ou vitamina B1, riboflavina ou vitamina B2, piridoxina ou vitamina B6 e cianocobalamina ou vitamina B12); cloridrato de L-lisina; buclizina (cloridrato de buclizina) e ciproheptadina (cloridrato de ciproheptadina)⁴⁰⁻⁴⁶.

Estudos mostram que os medicamentos mais usados como estimulantes do apetite são os anti-histamínicos (*ciproheptadina* e *buclicizina*)⁴⁷, que podem promover aumento do apetite e do peso⁴⁸⁻⁵⁰. Com relação ao modo de ação destes medicamentos, é possível que estimulem o apetite ao alterar a atividade serotoninérgica no centro do apetite hipotalâmico. Geralmente a indicação do uso destes compostos é entre meia e uma hora antes da refeição⁴⁶.

O uso de orexígenos tem o seu nicho, sua utilidade no arsenal do médico, mas a utilização deve ser criteriosa e refletir o entendimento do fator etiológico, e não apenas servir como um paliativo na substituição de uma adequada anamnese e diagnóstico. Os estimulantes de apetite parecem ter ação em crianças com baixo apetite e seletividade, modificando as condições iniciais de acompanhamento da criança. Um estudo realizado nas principais cidades do Brasil revela que 4,3% da população pesquisada já utilizou algum tipo de orexígeno³⁸. Estas drogas ocupam a terceira posição entre os psicotrópicos mais citados.

A eficácia dos compostos estimulantes do apetite é um tema muito questionado na literatura, devido à variabilidade dos resultados. Portanto, é preciso avaliar para quem e em quais condições são administrados. Em casos de pouco apetite em decorrência de estados carenciais, pode-se notar uma melhoria do apetite pouco significativa. Trata-se de um fator coadjuvante ao processo de reeducação tanto da família como da criança, em relação às condutas ante a alimentação^{39,40}.

Alguns questionam a utilização de anti-histamínicos pelas crianças, pela indução ao apetite através da hipoglicemia. Tanto a ciproheptadina quanto a buclizina também podem provocar outros efeitos adversos, como sonolência, irritabilidade, sedação, tontura e dificuldades motoras⁵⁰⁻⁵². É preciso salientar aos pais que estes medicamentos podem causar intoxicação aguda (em especial a ciproheptadina), que são das causas mais frequentes em serviços de urgência, especialmente em pré-escolares⁵¹. Deve-se ressaltar que tais medicamentos não estão sujeitos a controle de venda e, conseqüentemente, são muitas vezes são utilizados sem a prescrição médica ou sem controle posterior, na dependência do grau de ansiedade dos pais^{36, 39}.

Pelos motivos acima expostos, de um modo geral, muitos profissionais são contrários ao uso de orexígenos. BRESOLIN *et al.*¹¹ afirmam que no tratamento da criança seletiva não há indicação para a prescrição de orexígenos. Isto é quase um consenso no início da avaliação e tratamento da criança seletiva. De modo geral, há vantagens no seguimento apenas, eventualmente com terapia comportamental. Independentemente da postura adotada pelo profissional, é de suma importância que qualquer medicamento deva ser prescrito exclusivamente pelo médico que melhor conhece a criança e que vai supervisionar a utilização. Frente a alguns casos renitentes, a postura de alguns autores é mais favorável, quanto à utilização de orexígenos⁴⁷.

Outro aspecto é o da indicação de suplementos vitamínicos à criança seletiva. Uma investigação realizada com escolares indianos cujo padrão alimentar era monótono e com inadequações de cálcio, ferro, zinco, vitamina A, riboflavina, ácido ascórbico e folato mostrou que tanto a suplementação medicamentosa como a fortificação alimentar favoreceram melhoria do estado geral de saúde⁴¹. A criança com comportamento alimentar seletivo tem baixa aceitação de frutas e hortaliças⁵, que sugerem a utilização preventiva de polivitamínicos, acrescidos de minerais. Deve-se atentar que a presença de um dado nutriente na dieta não garante sua utilização pelo organismo, sendo fundamental a biodisponibilidade dos suplementos, principalmente de ferro e zinco⁴⁶. Os resultados de suplementação vitamínica não demonstraram diferenças tanto no crescimento, quanto na redução de radicais livres^{41,42}, mas parece haver melhora do desenvolvimento psicomotor⁴³⁻⁴⁵. Isto é questionado

em virtude do desenvolvimento apresentar uma forte associação com os estímulos ambientais.

Ainda assim, MARCONDES & LIMA⁵³, recomendam que, como apoio psicológico aos pais, possa-se prescrever de um a dois meses, como suplemento dietético, um complexo vitamínico. HASLAM⁴ acredita que a suplementação diminua o grau de ansiedade dos pais, favorecendo uma melhor aceitação alimentar, não pelo uso do medicamento, mas pela diminuição da cobrança paterna.

Os resultados de suplementação vitamínica não demonstraram diferenças tanto no crescimento, quanto na redução de radicais livres^{41,42}, mas parece ter havido melhora do desenvolvimento psicomotor⁴³⁻⁴⁵. Isto é questionado em virtude do desenvolvimento apresentar uma forte associação com os estímulos ambientais.

Conduta da nutricionista

Os pais que procuram os profissionais da área da saúde esperam, de modo geral, algo além da tranquilização; querem sugestões práticas que facilitem seu dia a dia, e que levem seu filho a comer adequadamente, de acordo com suas expectativas.

Várias correntes de conduta nutricional foram aparecendo durante os anos. DOUGLAS⁵ sugere que sejam listadas as preferências das crianças e que, semanalmente, sejam acrescentados dois novos alimentos com texturas similares ao grupo original. Para aqueles que só comem purês, a viscosidade deve ser aumentada gradualmente, reduzindo a água ou acrescentando batata, além de estar sempre oferecendo alimentos duros, que podem ser pegos com as mãos.

Outros autores sugerem que na transição para os alimentos sólidos, devam-se oferecer alimentos semi-sólidos, como cenoura cozida, que estimulariam a criança a experimentar alimentos mais sólidos. Crianças que bebem muito leite devem ter a quantidade de alimentos semi-sólidos e sólidos aumentada progressivamente. Frente à solicitação de leite, os pais devem oferecer um outro alimento, de que a criança goste, para que esta aprenda a diferenciar a fome da sede.

Os pais devem se preparar para a resistência de seus filhos perante essas novas atitudes. Os novos alimentos tendem a ser rejeitados, portanto a oferta deve ser repetida; pois é através da experiência que

as crianças aprendem e desenvolvem as associações entre as características sensoriais dos alimentos, o contexto social e as conseqüências fisiológicas e psicológicas de alimentar-se⁵⁴. As inovações dietéticas podem aumentar a ingestão de alimentos, assim como a monotonia alimentar tende a acarretar a diminuição do apetite. Desta forma, a avaliação do cardápio habitual deve ser feita, com a sugestão de alimentos adequados à idade da criança, variando sua composição, utilizando equivalentes, e realizando mudanças nas preparações e apresentação^{8,55}. SPOCK⁵⁶ observa que uma simples mudança no tempero é capaz de estimular a criança seletiva a comer outros alimentos, desejáveis. Porém, há limites de paladar, e há quem saliente que nunca se deva disfarçar alimentos claramente rejeitados pela criança, que deve saber o que está comendo, aprendendo a identificar texturas e sabores¹².

MARCONDES & LIMA⁵³ sugerem uma abordagem dietética definida por eles mesmos como “tratamento de choque”: deixar que a criança escolha livremente o que lhe apetecer de uma lista, elaborada junto com os pais, com alimentos de sua preferência. Esta lista contém, habitualmente, doces, refrigerantes, sanduíches, pizzas e outras guloseimas, e que comporão um cardápio. A partir do fastio provocado pela repetição das guloseimas, a criança tende a aceitar melhor os outros alimentos, antes recusados. A corrente oposta, majoritária entre os autores, sugere que se deva evitar a oferta de guloseimas entre as refeições, mantendo-se horários de alimentação, para que se estabeleça uma disciplina alimentar, dentro dos limites definidos pela própria família^{20,52}. SPOCK⁵⁶ sugere que sejam ofertados alimentos nutricionalmente equilibrados, com horários e técnicas adequados, que induzam a melhora da disposição e, conseqüentemente, do apetite da criança. Estes preceitos de vários autores^{29,55} implicam em deixar a criança comer se quiser e quanto quiser. ABREU & FISBERG¹² sugerem, ainda, que a criança participe do preparo dos alimentos e da montagem do seu prato, como incentivo ao comer; adicionalmente, o seletivo pode participar da seleção e compra de alimentos.

Existem algumas linhas de conduta por vezes diversas, para a criança seletiva, porém em alguns pontos todos autores são unânimes: a família deve ser orientada para que o ambiente nas refeições seja descontraído, amistoso, e a atmosfera seja determinada por uma boa conversa e pelo olhar cúmplice dos pais⁵⁷⁻⁵⁸. A criança não deve ser ameaçada, pois quando chorosa, triste ou medrosa não consegue comer. A freqüente utilização de subterfúgios, tais como brincadeiras ou “aviãozinho”, não é recomendável, visto que estas atitudes desviam a atenção e comprometem a percepção dos alimentos. É recomendável deixar que a criança se alimente por si, manipulando os alimentos, sem se preocupar com as maneiras durante as refeições^{12,55,59}. Em síntese, ambiente calmo e pais relaxados promovem a auto confiança da criança, que obtém o prazer natural em alimentar-se.

A educação nutricional é a conduta preventiva da seletividade alimentar da criança. Tem como objetivo desenvolver atitudes adequadas em relação ao alimento, considerando para tanto aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais^{57,58}. O conhecimento sobre como e o que comer é o primeiro degrau para obter um comportamento alimentar saudável. Mesmo em casos de seletividade alimentar já estabelecida, há espaço para a reeducação nutricional do binômio mãe/filho. O conhecimento instiga à mudança, mas só obtém resultado quando as pessoas desejam mudar.

Conclusões

Cada caso de seletividade alimentar tem suas peculiaridades, requer orientação individualizada, segundo as características específicas da criança, da família e do meio. Os múltiplos fatores determinantes da seletividade da criança têm seu impacto nutricional melhor avaliado através da ação do pediatra e da nutricionista. Casos graves podem demandar, também, uma assistência psicológica especializada, visto que muitos problemas alimentares são decorrentes de conflitos intra familiares que se explicitam no âmbito alimentar.

Referências

1. Fisberg M, Palma D, Azevedo TCG, Martins LA. Distúrbios do apetite na infância. In: Nobrega F. Distúrbios da nutrição. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
2. Lopez MJC, Valdés LA. Anorexia en la infancia. Rev Cubana Pediatr 2002; 74:213-21.
3. Madeira IR, Aquino LA. Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". J Pediatr (Rio J) 2003;79:S43-S54.
4. Haslam D. My child won't eat. Practitioner 1994;238: 770-3.
5. Douglas J. Why won't my toddler eat? Practitioner 1998;242:516-22.
6. Manikan R; Perman JA. Pediatric feeding disorders. J Clin Gastroenterol 2000; 30:34-46.
7. Skinner JD, Carruth BR, Wendy B. Children's food preferences: a longitudinal analysis. J Am Diet Assoc 2002;102:1638-47.
8. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young children. J Am Diet Assoc 2003;103:692-8.
9. Carvalhaes MA, Godoy I. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças? Rev Nutr Campinas 2002;15:155-62.
10. Lawless JW, Latham MC, Kinoti SN, Pertet AM. Iron supplementation improves appetite and growth in anemic Kenyan primary school children. J Nutr 1994;124:645-54.
11. Bresolin AMB, Sucupira ACSL, Barrera SM, Pereira RM, Abreu MRM, Gutierrez PL. Recusa alimentar: abordagem ambulatorial. J Pediatr 1987;9:99-102.
12. Abreu CLM, Fisberg M. A inapetência na infância. Recusa alimentar: o que fazer com a criança que não come? Alimentação na Infância 2003;2:1-8.
13. Castillo CD, Acharan XG, Alvarez PP, Bustos PM. Apetito y nutrición. Rev Chil Pediatr 1990;61:346-553.
14. Arvedson JC. Behavioral issues and implications with pediatric feeding disorders. Semin Speech Lang 1997;18:51-69.
15. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1998;27:143-7.
16. Nelson SP. One-year follow-up of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. Pediatrics 1998;102:34-46.
17. Lifschitz CH. Feeding problems in Infants and children. Curr Treat Options Gastroenterol 2001;4:451-7.
18. Davis CM. Results of the self-selection of diets by young children. Can Med Assoc J 1939;41:257-61.
19. Drewett RF, Hara-Kasese M, Wright C. Feeding behaviour in young children who fail to thrive. Appetite 2002;40:55-60.
20. Raynor P, Rudolf MCJ. Anthropometric indices of failure to thrive. Arch Dis Child 2000;82:364-5.
21. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. Child Care Health Dev 2000;26:5-16.
22. Duggal A, Lawrence RM. Aspects of food refusal in the elderly: the "hunger strike". Int J Eat Disord 2001;30: 213-6.
23. Philippi ST, Cruz ATR, Colucci ACA. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. Rev Nutr 2003;16:5-19.
24. Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran J. The phenomenon of "picky eater": a behavioral marker in eating patterns of toddlers. J Am Coll Nutr 1998;19: 771-80.
25. Barbin JM, Williamson DA, Stewart TM, Reas DL. Psychological adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. Eat Weight Disord 2002;7:32-8.
26. Andrade TM, Moraes DEB, Campos ALR, Lopez FA. Crianças que não comem: um estudo psicológico da queixa materna. Rev Paul Pediatr 2002;1:30-6.

27. Reisfsnider E, Allan J, Percy M. Mother's explanatory models of lack of child growth. *Public Health Nurs* 2000;17:434-42.
28. Cerro N, Zeunert S, Simmer KN, Daniels LA. Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions. *J Pediatr Child Health* 2002;38:72-8.
29. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am* 1995;42:93-103.
30. Azevedo TCG, Martins LA; Fisberg M. Distúrbios do apetite na infância. *Âmbito Hospitalar* 1993;9:57-64.
31. Reau NR, Senturia YD. Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and new direction. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17:149-53.
32. Rydell AM, Dahl M, Sundelin C. Characteristics of school children who are choosy eaters. *J Genet Psychol* 1995;156:217-29.
33. Leung AKC, Robson WML. The toddler who does not eat. *Am J Physican* 1994; 49:1789-92.
34. Cintra IP, Von Sigulen DM. Métodos e inquéritos dietéticos. *Cad Nutr* 1997;13:11-23.
35. Gibson RS. Principles of nutrition assessment. Oxford University Press: New York; 1990.
36. Carlini EA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País. São Paulo: 2001. SENAD / CEBRID. Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2002.
37. Krebs NF. Fruit and vegetable intakes of children and adolescents en the United States. *Arch Pediatric Adolesc Med* 1996;150:81-6.
38. Béria J, Victoria CG, Barros FC, Teixeira AM. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993;27:95-104.
39. Jong N, Burd DM, Eicher PS. Effect of dietary supplements and physical exercise on sensory perception, appetite, dietary intake and body weight in frail elderly subjects. *Br J Nutr* 2000;83:605-13.
40. Rao BS. Approaches to intervention among children and adolescents. *Nutr Rev* 2002;60:S118-25.
41. Stewart RJ, Askew EW, Metos J, Balon TW, Prior RL. Antioxidant status os young children: response to an antioxidant supplement. *J Am Diet Assoc* 2002;102:1652-7.
42. Benton D, Roberts G. Effect of vitamin and mineral supplementation on intelligence of a sample of schoolchildren. *Lancet* 1988;1:140-3.
43. Tell'mann A, Saava ME. Effects of prophylatic vitamin administratio to schoolchildren on their health and physical development. *Vopr Pitan* 1992;36-40.
44. Pollit E, Jahari A, Husaini MA, Huang J. Effects of an energy and micronutrient supplement on mental development and behavior behavior under natural conditions in undernourished children in Indonesia. *Eur J Clin Nutr* .2000;32:429-48.
45. Pollit E, Jahari A, Husaini MA, Kariger P. Developmental trajectories of poorly nourished toddlers that received a micronutrient supplement with and without energy. *J Nutr* 2002;132:2617-25.
46. Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de minerais. *Rev Nutr Campinas* 1997;10:87-98.
47. Coura CL, Soli ASV, Bezerra LMH. Enasios com a buclizina em associação a aminoácidos essenciais e vitaminas do complexo B (Buclivit) no tratamento da inapetência infantil. *Hospital (RJ)* 1968;74:939-46.
48. Orthen N. Antihistaminic drugs increase feeding, while histidine suppresses feeding in rats. *Pharmacol Biochem Behav* 1988;31:81-6.
49. Saleh JW. Ingestive behavior and composition of weight change during cyproheptadine administration. *Int J Obes* 1979;3:213-21.
50. Prelusky DB, Rotter BA, Trenholm HL. Effect of the appetite stimulant cyproheptadine on deoxynivalenol-induced reductions in feed consumption and weight gain in the mouse. *J Environ Sci Health B* 1997;32:429-48.
51. Alvarez Q, Carola BB, Alvaro M. Intoxicación por ciproheptadina. *Pediatr Día* 1999;15:303-4.

52. Silverstone T, Schuyler D. The effect of cyproheptadine on hunger, calorie intake and body weight in man. *Psychopharmacologia* 1975;40:335-40.
53. Marcondes E, Lima IN. Dietas em pediatria clínica. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 1993.
54. Rudolph CD. Feeding disorders in infants and children. *J Pediatr* 1994;125:116-24.
55. Penna H, Lima IN. Anorexia por monotonia alimentar. In: Marcondes E, Lima IN. Dietas em pediatria clínica. 4ª ed. São Paulo: Sarvier;1993.
56. Spock B. Meu filho, meu tesouro. 15ª ed. Rio de Janeiro: Record;1960.
57. Bissoli MC, Lanzillotti HS. Educação nutricional como forma de intervenção: avaliação de uma proposta para pré-escolares. *Rev de Nutrição PUCAMP* 1997;10:107-13.
58. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr Campinas* 1999;12:33-41.
59. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* 1994;93:271-7.

Endereço para correspondência:

Adriana Trejger Kachani
Rua Alagoas, 181 – apto. 111
Cep: 01242-001 – São Paulo – SP
E-mail: drikachani@uol.com.br

Recebido para publicação: 10/12/2004
Aceito para publicação: 20/01/2005