



Seletividade Alimentar

FICHA DE INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A seletividade alimentar também é conhecida como alimentação exigente, caprichosa ou pelo termo em inglês, "picky eating".

Definição e características

Não existe uma definição universalmente reconhecida para a seletividade alimentar; trata-se de um termo genérico para um espectro de comportamentos percebidos pelo cuidador. É caracterizada por uma relutância em ingerir alimentos familiares ou experimentar novos alimentos, bem como fortes preferências alimentares.

Espectro

Há um espectro de características dentro da seletividade alimentar, variando de levemente seletiva (mais comum) a altamente seletiva (menos comum). Esse espectro pode ser ilustrado de acordo com o grau de impacto sobre o crescimento, juntamente com a qualidade da dieta, conforme mostrado na figura 1.^{1,2} Em crianças de 1 a 12 anos, até 60% apresentam seletividade alimentar, dos quais até 20% podem apresentar baixo ganho ponderoestatural, conhecido como "faltering growth" (FG).^{1,2}

Levemente seletivo
(mais comum)



CRESCIMENTO ADEQUADO
(seguindo os percentis de crescimento)

- Pouca variedade e qualidade dos alimentos
- Risco de deficiências de micronutrientes e fibras
- Preocupação do cuidador com a dieta e o crescimento



CRESCIMENTO ABAIXO DO ESPERADO
(cruzou o percentil 1)

- Pouca variedade, qualidade e quantidade de alimentos
- Risco de FG e deficiência de micronutrientes e fibras
- Preocupação do cuidador com a dieta e o crescimento



FALTERING GROWTH (FG)
perda de peso
(cruzando o percentil > -2)

- Pouca variedade, qualidade e quantidade de alimentos
- FG, com risco de deficiências de micronutrientes e fibras
- Preocupação do cuidador com a dieta e o crescimento

Altamente seletivo
(menos comum)

Figura 1

Prevalência

A seletividade alimentar é reconhecida internacionalmente e sua prevalência varia amplamente (5-60%).^{1,3} Isso se deve a variações nas definições e nas faixas etárias estudadas, bem como à heterogeneidade nos métodos de avaliação. Não existe consenso sobre a mudança na prevalência ao longo do tempo, embora os dados sugiram picos de predominância em crianças por volta de 3-4 anos de idade.³



Causas

As causas da seletividade alimentar em crianças podem ser divididas em três categorias principais (consulte a tabela 1). Diversos fatores podem causar seletividade alimentar em oposição a um fator individual.

Causas da seletividade alimentar



Fatores relacionados à criança

- Duração reduzida da amamentação⁴
- Introdução tardia de sólidos^{5,6}
- Interação tardia ou inadequada com diversas texturas^{5,6}
- Fobia de novos alimentos, conhecida como neofobia
- Genética; a compulsão alimentar e a neofobia foram ambas mostradas (em parte) como hereditárias⁷



Fatores relacionados ao cuidador

- Estilo parental⁸
- Pressão para comer⁹
- Ansiedade e depressão materna durante a gestação¹⁰
- A alimentação materna saudável está associada à menor prevalência de seletividade alimentar¹¹



Fatores relacionados ao relacionamento entre o cuidador e a criança

- Estilos de alimentação ruins ou inadequados, por exemplo, à força ou mediante punição
- Estado nutricional malpercebido
- Negligência ou problemas sociais
- Fatores ambientais

Consequências



Crescimento: o crescimento pode ser afetado pela seletividade alimentar, embora as pesquisas sejam inconclusivas. Os profissionais de saúde (HCPs) devem avaliar o estado de crescimento da criança por meio de medições antropométricas, em vez de se basear exclusivamente na percepção dos pais. Pesquisas indicam que os pais frequentemente acreditam que seus filhos com seletividade alimentar estão abaixo do peso, embora essa situação seja pouco comum na realidade.¹²



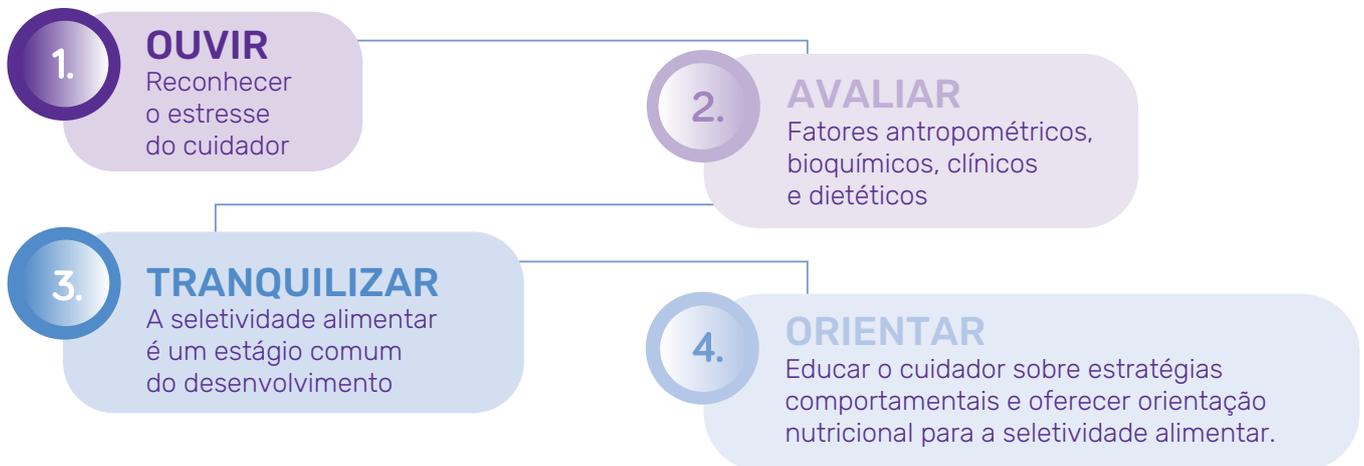
Nutrientes: o crescimento pode ser afetado pela seletividade alimentar, embora as pesquisas sejam inconclusivas. Os profissionais de saúde (HCPs) devem avaliar o estado de crescimento da criança por meio de medições antropométricas, em vez de se basear exclusivamente na percepção dos pais. Pesquisas indicam que os pais frequentemente acreditam que seus filhos com seletividade alimentar estão abaixo do peso, embora essa situação seja pouco comum na realidade.¹²



Comportamento Social/Físico: o crescimento pode ser afetado pela seletividade alimentar, embora as pesquisas sejam inconclusivas. Os profissionais de saúde (HCPs) devem avaliar o estado de crescimento da criança por meio de medições antropométricas, em vez de se basear exclusivamente na percepção dos pais. Pesquisas indicam que os pais frequentemente acreditam que seus filhos com seletividade alimentar estão abaixo do peso, embora essa situação seja pouco comum na realidade.¹²

Manejo

Os dois principais objetivos do manejo da seletividade alimentar são melhorar os padrões alimentares e apoiar o crescimento e o ganho de peso adequados. Isso pode ser alcançado da seguinte forma:



As estratégias comportamentais podem incluir orientar os cuidadores a comerem o mesmo alimento que a criança, pois isso demonstrou aumentar a probabilidade de as crianças experimentarem alimentos diferentes e comerem mais, além de comerem com menos atraso.¹³ Os profissionais de saúde devem encorajar os pais a experimentar uma abordagem que priorize o alimento, juntamente com estratégias comportamentais para melhorar os hábitos alimentares. Se esse tipo de abordagem não funcionar isoladamente, o aconselhamento nutricional, juntamente com suplementos nutricionais orais (SNO), é uma forma eficaz de atender às necessidades nutricionais da criança, tranquilizando o cuidador e auxiliando no ganho de peso (conforme indicado).^{14, 15}

Enriquecer alimentos caseiros com SNO é outra opção para fortalecer a dieta da criança para atender às suas necessidades nutricionais. A duração da SNO deve ser determinada pelo profissional da saúde, com base nos requisitos individuais da criança. Para crianças com FG, isso pode se dar até que alcance o crescimento normal. Para crianças com ingestão alimentar abaixo do ideal relacionada à baixa variedade e qualidade da dieta, o objetivo pode ser a melhora suficiente da ingestão alimentar oral, para atender às suas necessidades nutricionais.

5 dicas importantes para profissionais da saúde – como lidar com a seletividade alimentar durante uma consulta com os cuidadores

Chris Smith, Senior Pediatric Dietitian



LIMITE O TEMPO DA REFEIÇÃO

Se o horário da refeição demorar mais de 20-30 minutos, a criança provavelmente comerá menos, exibirá comportamentos mais defensivos e causará mais estresse para as famílias. O progresso será subseqüentemente mais lento.



OFEREÇA UM TAMANHO DE PORÇÃO ADEQUADA À CRIANÇA

Educar os cuidadores sobre tamanhos de porções apropriados significa que as crianças terão mais probabilidade de administrar a porção que recebem. Isso reduz o estresse para a criança e dá às famílias a oportunidade de reforçar positivamente o comportamento dela, o que, por sua vez, melhora a confiança da criança em relação à comida.



MODELE O COMPORTAMENTO E SEJA RESPONSIVO

Cuidadores que comem com a criança e consomem os mesmos alimentos que ela têm mais probabilidade de incentivar a criança a comer. Ao se sentar com a criança, não force a alimentação. Em vez disso, reconheça seus sinais de apetite.



USE REFORÇO POSITIVO

Use reforço positivo, como “se você experimentar esta comida, podemos ler um livro juntos”, no lugar de abordagens pouco produtivas, como “se você não experimentar esta comida, não poderá assistir TV/jogar no computador”.



FINALIZE COM UMA OBSERVAÇÃO POSITIVA

Escolha algo positivo na hora da refeição para encorajar e tranquilizar a criança, por exemplo, “parabéns por usar bem os talheres hoje”.

Resumo

- A seletividade alimentar abrange um amplo espectro e não existe uma abordagem única para o manejo adequado.
- A seletividade alimentar **pode afetar a ingestão de nutrientes e o crescimento.**
- **Os profissionais de saúde desempenham um papel importante no manejo da seletividade alimentar**, incluindo a avaliação e o acompanhamento do crescimento, ingestão nutricional e comportamento alimentar.
- Os profissionais de saúde devem oferecer orientações baseadas em evidências e centradas no paciente, que busquem **educar, tranquilizar e capacitar os cuidadores.**

Referências:

1. Samuel T et al. Nutrients. 2018;10(12):1992.
2. Ekstein S et al. Clinical Pediatrics. 2009;49(3):217-220.
3. Taylor C et al. Appetite. 2015;95:349-359.
4. De Barse L et al. Appetite. 2017;114:374-381.
5. Schwartz C et al. Appetite. 2011;57(3):796-807.
6. Emmett P et al. Appetite. 2018;130:163-173.
7. Smith A et al. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017;58(2):189-196.
8. Shloim N et al. Frontiers in Psychology. 2015,6.
9. Gregory J et al. Appetite. 2010;54(3):550-556.
10. De Barse L et al. Archives of Disease in Childhood. 2016;101(6):533-538.
11. Gregory J et al. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2010;7:55.
12. Li Z et al. Appetite. 2017;108:456-463.
13. Addressi E et al. Appetite. 2005;45(3):264-271.
14. Sheng X et al. Nutrition and Metabolic Insights. 2014;7:85-94.
15. Alarcon P et al. Clinical Pediatrics. 2003;42(3):209-217.