

Dificuldades alimentares em pré-escolares de uma escola de educação infantil

Maria Eduarda Trivisio¹  Marina dos Santos²  Shanda de Freitas Couto³  Joice Trindade Silveira² 

¹Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA. Uruguaiana/RS, Brasil.

²Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA. Itaqui/RS, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Maria – UFSM-PM. Palmeira das Missões/RS, Brasil.

E-mail: dudattrivisio@gmail.com

Resumo

Dificuldade alimentar é todo problema que afeta negativamente o processo dos pais ou cuidadores de suprirem alimento ou nutrientes à criança. O objetivo deste trabalho foi investigar as dificuldades alimentares em pré-escolares de uma escola municipal de educação infantil de Uruguaiana/RS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e realizado entre outubro e novembro de 2022. Foram convidadas a participar da pesquisa todos os pais ou responsáveis das crianças (n=70) que frequentavam a escola, na faixa etária de 4-5 anos. Todos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o questionário de pesquisa. O instrumento utilizado foi a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI), que possui 14 perguntas referentes à alimentação das crianças. Foi realizada estatística descritiva, em termos de frequência e realizada análise de variância (ANOVA) para comparações entre os sexos ($p < 0,05$). Foram obtidas 31 respostas dos pais relativas à alimentação das crianças. Os dados revelaram que 9,68% (n=3) possuíam algum grau de dificuldade alimentar, sendo 3,33% (n=1) com grau severo e 6,45% (n=2) com grau moderado. As demais crianças (n=28) também apresentaram comportamentos relacionados às dificuldades alimentares, porém, sem pontuação suficiente para serem classificadas com dificuldade alimentar. Os comportamentos mais frequentemente descritos foram: o responsável usar distrações ou ir atrás da criança para que ela coma, tempo de a alimentação em torno de 31-60min ou mais, criança que nauseaia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento e a influência negativa da alimentação nas relações familiares. Desta forma, observou-se um baixo percentual de dificuldades alimentares na população estudada, de acordo com a literatura estudada.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar. Seletividade Alimentar. Pré-Escolar. Nutrição da Criança.

INTRODUÇÃO

Entende-se por dificuldade alimentar (DA) todo problema que afeta negativamente o processo dos pais ou cuidadores de suprirem alimento ou nutrientes à criança¹. Estima-se que as dificuldades alimentares podem ocorrer em 20–35% da população pediátrica em geral com desenvolvimento neurotípico². Na população pré-escolar, foram observados valores entre 14

e 50% de dificuldades alimentares³. Porém, há diferença entre a criança ter alguma dificuldade alimentar e estar classificada em dificuldades alimentares; por esse motivo, a Sociedade Brasileira de Pediatria descreve que apenas 1 a 5% das crianças atendem aos critérios definidos para dificuldade alimentar⁴.

A DA está dividida em dois grandes grupos

de acordo com a sua origem: 1) Orgânica - relacionada à alergia alimentar, doença celíaca, doença do refluxo gastroesofágico, e 2) Comportamental - dividida em três categorias: criança que come pouca quantidade, que come pouca variedade e/ou que tem medo de comer em decorrência de um evento traumático vivido⁵. Identificá-las o quanto antes pode evitar diversos problemas, visto que a longo prazo pode acarretar consequências negativas para a criança, impactando assim no desenvolvimento cognitivo, nutricional e emocional⁶.

As crianças que possuem DAs podem apresentar consequências diversas, incluindo peso para idade abaixo do ideal, redução da velocidade de ganho de peso ou até mesmo perda de peso, perdas cognitivas, redução da massa óssea e distúrbios metabólicos⁷. Outras consequências encontradas em crianças com idade entre 4 e 8 anos que possuem DAs foram prevalências elevadas de inadequações de cálcio, ferro, zinco e vitamina A, podendo levar também a prejuízos imunológicos e à anemia⁷.

Os estudos sobre as dificuldades alimentares incluem investigações nas áreas de neofobia alimentar, que envolve a resistência em consumir ou a falta de vontade de experimentar alimentos desconhecidos⁸, bem como aspectos que melhoram a ingestão dos alimentos em crianças com seletividade alimentar⁹ e também sobre a influência familiar no consumo da criança¹⁰. Tais estudos são importantes e estão relacionados aos diferentes aspectos e abordagens

que envolvem as dificuldades alimentares.

Para investigar as dificuldades alimentares, foi desenvolvida no Canadá a escala *Montreal Children's Hospital Feeding Scale* (MCH-FS) que passou por adaptação transcultural para o Brasil e foi intitulada Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI), desenvolvida para crianças entre seis meses e seis anos e onze meses de idade². A validação mostrou bom nível de confiança e boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,79). A escala tem sido utilizada em diferentes países, como Tailândia¹¹ e Polônia¹², mas, ainda não foram encontrados estudos que utilizem a escala para avaliar as dificuldades alimentares em crianças no Brasil.

A escala MCHS-FS foi validada em diferentes populações infantis. Van Dijk¹³ observou que crianças com transtorno do espectro autista (TEA) possuíam mais sintomas relacionados às dificuldades alimentares do que a população infantil em geral. Uma das características é o tempo de refeição, que costuma ser mais curto¹⁴. Em crianças com síndrome de Down, a pesquisa realizada com os pais mostrou maiores valores de recusa alimentar e afeto negativo durante as refeições¹⁵.

Até o momento não existem dados publicados sobre dificuldades alimentares com utilização da escala EBAI no Brasil. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi investigar as dificuldades alimentares em pré-escolares de uma escola municipal de educação infantil de Uruguaiana/RS.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo descritivo, quantitativo, que investigou a prevalência de dificuldades alimentares em crianças de uma escola pública infantil de Uruguaiana/RS. A pesquisa foi realizada através de um questionário auto preenchível pelos pais/cuidadores destas crianças. O período de coleta de dados foi entre outubro e novembro de 2022.

A escolha do local deu-se, em primeiro lugar, por ser uma escola de educação infantil peque-

na, com somente 70 alunos, todos entre faixa etária de 4 a 5 anos. Houve um elemento de conveniência e interesse pessoal, pois a pesquisadora de campo estudou nesta escola no passado. A população alvo para o desenvolvimento da pesquisa foram pais/cuidadores das crianças que frequentavam a escola. Foram convidados a participar todos os pais/cuidadores dos alunos que frequentam a escola. Foram excluídos os pais que não conseguiam responder por di-

ficuldades cognitivas, e/ou não sabiam ler ou escrever. No período da coleta de dados não havia crianças com TEA e/ou com patologias que poderiam interferir no comportamento alimentar, porém, em caso de presença, não seriam incluídos no estudo.

Inicialmente foi realizada uma primeira conversa com a diretora/coordenação da escola para apresentar a pesquisa e fazer o convite à participação. Após o aceite da escola foram agendadas datas para a abordagem aos pais, nos horários de entrada e/ou saída das crianças da escola. Neste momento era realizada uma breve apresentação da pesquisadora, uma explicação sobre o estudo e feito o convite para que os pais participassem da pesquisa.

Os pais/cuidadores que concordaram em participar receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para assinatura. Após a devolução do TCLE assinado, cada pessoa recebeu o questionário da pesquisa. Os participantes puderam responder o questionário assim que o receberam, ou puderam respondê-lo em casa. Neste caso, o prazo para devolução do questionário respondido era de 3 dias.

O instrumento da pesquisa foi a EBAI², que possui 14 perguntas referentes ao comportamento alimentar da criança na hora das refeições. Ela deve ser respondida pelos pais/cuidadores da criança, e inclui questões sobre

tempo de duração das refeições, as habilidades de mastigação ou sucção da criança, a relação dos pais/cuidadores com a criança na hora das refeições e preocupação dos pais referente a alimentação deles. Cada pergunta do questionário possui uma escala com 7 variações de resposta, sendo numeradas de 1 a 7. Para cada resposta há uma pontuação/score que, ao final, classifica o indivíduo no grau de dificuldade alimentar (DA). Scores iguais ou inferiores a 60 não são considerados como DA. Scores entre 61-65 são interpretados como DA leve, entre 66 e 70 como DA moderada e acima de 70 como dificuldade severa¹⁶.

Para análise estatística foi utilizado o *software Microsoft Office Excel*, versão 16.66.1 para Mac. Foi realizada estatística descritiva, com os dados apresentados em termos de frequência e realizada análise de variância (ANOVA) para comparações entre os sexos, com nível de significância de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Pampa. (CAAE: 56691922.0.000.5323). Ao final da pesquisa, os participantes receberam orientações escritas sobre alimentação saudável infantil e sobre o manejo de dificuldades alimentares. O material foi elaborado pela equipe de pesquisa e distribuído aos pais pela direção da escola.

RESULTADOS

Dos 70 alunos matriculados, foi possível entregar o questionário a 62 pais ou responsáveis. Destes, retornaram preenchidos 35 questionários. Não houve recusas explícitas em relação à pesquisa, porém, 27 pais levaram os questionários para casa e não os devolveram, talvez por esquecimento, desinteresse ou até ausência das crianças à escola nos dias da coleta de dados. A pesquisadora de campo permaneceu na entrada e na saída da escola por 3 dias para incentivo e recebimento das respostas. Das respostas, ainda houve 4 perdidas devido à ausência de assinatura dos pais

ou responsáveis. Dessa forma, foram incluídos na pesquisa as respostas de 31 pais ou responsáveis. A faixa etária das crianças envolvidas indiretamente no estudo foi de 4-5 anos. Do total de crianças, 21 (67,74%) do sexo feminino e 10 (32,26%) do sexo masculino.

A Figura 1 mostra o escore dos 31 pré-escolares incluídos na pesquisa. Observou-se que a prevalência de dificuldades alimentares – escore igual ou superior a 61 – foi de 9,68%. Dentre as crianças que não foram classificadas com DA – escore igual ou inferior a 60 – observou-se que 64,5% (n=20) ficaram entre o score 50-57.

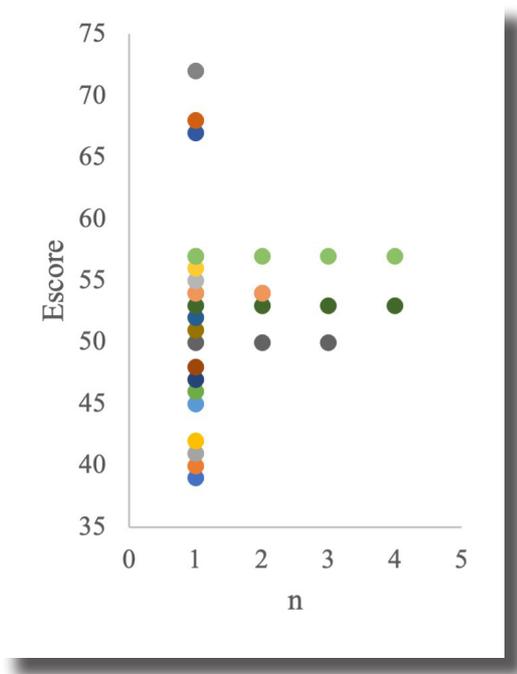


Figura 1 - Escore de pontuação de pré-escolares (n=31) de uma escola de educação infantil de Uruguaiana, RS, Brasil, na Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) - 2022.

A classificação dos graus de dificuldades alimentares de acordo com o sexo encontra-se na Tabela 1. Entre as meninas, 6,45% apresentaram

DA moderada e, entre os meninos, 3,22% apresentaram DA severa. Não foi observada diferença significativa entre ambos ($p>0,05$).

Tabela 1 - Grau de dificuldades alimentares de pré-escolares (n=31) de uma escola de educação infantil de Uruguaiana, RS, Brasil, de acordo com a EBAI - 2022.

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Não apresentou dificuldades	19 (61,29)	9 (29,03)	28 (90,32)
Dificuldade Moderada	2 (6,45)	0 (0)	2 (6,45)
Dificuldade Severa	0 (0)	1 (3,22)	1 (3,22)
Total (%)	21 (67,74)	10 (32,26)	31 (100%)

As descrições das características das dificuldades observadas nas crianças que possu-

am grau moderado ou severo estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Dificuldades alimentares observadas pelos pais de crianças em idade pré-escolar com grau moderado e severo de dificuldade alimentar (n=3) de uma escola em Uruguaiana, RS. Brasil, 2022.

Dificuldade alimentar	Moderada (n)	Severa (n)
Recusa alimentar no início das refeições	2	1
Nauseia, cospe ou vomita algum tipo de alimento	2	1
O responsável precisa ir atrás da criança ou usar distrações	2	1
A habilidade da criança de mastigação ou sucção é muito ruim	2	1
A alimentação da criança influencia de forma negativa as suas relações familiares	2	1
A criança fica com a comida parada na boca sem engolir	1	1
O responsável precisa forçar a criança a comer ou beber	1	1
Alimentação em torno de 31- 60min ou mais	1	0
A criança faz birra, bagunça, manha durante as refeições	1	1
Tempo de 11-20min para realizar as refeições	1	1

Observou-se que a criança com dificuldade alimentar severa possuía 10 comportamentos relacionados às dificuldades alimentares, e as crianças com dificuldades alimentar moderada apresentaram 7 e 9.

Embora mais de 90% das crianças não

tenham sido classificadas com portadora de dificuldades alimentares, os relatos dos familiares demonstraram que há alguns comportamentos/situações relacionados às dificuldades alimentares na hora das refeições, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Principais dificuldades alimentares mais frequentes observadas pelos pais de pré-escolares (n=31) de uma escola em Uruguaiana, RS. Brasil, 2022.

Dificuldade alimentar	n	%
O responsável precisa ir atrás da criança ou usar distrações	15	48,39
Alimentação em torno de 31-60min ou mais	11	35,48
Nauseia, cospe ou vomita algum tipo de alimento	11	35,48
A alimentação da criança influencia de forma negativa as suas relações familiares	11	35,48
Preocupação do responsável em relação a alimentação da criança	10	32,26

continua...

...continuação Tabela 03

Dificuldade alimentar	n	%
Comportamento da criança durante a refeição	8	25,81
A alimentação da criança influencia a sua relação com ela	8	25,81

No total, 30 (96,77%) dos pais ou responsáveis relataram um ou mais comportamentos característicos das dificuldades alimentares, especialmente o uso de distrações na hora das refeições, o tempo excessivo na mesa, a rejeição

das crianças à alimentos específicos e a influência negativa da alimentação nas relações familiares. Os resultados encontrados serão apresentados à escola com disponibilidade de orientações aos pais sobre o manejo dos comportamentos.

DISCUSSÃO

Foi observada uma baixa prevalência de DAs conforme a EBAI. Estima-se que de 8 a 50% das crianças possuam DA, e mais da metade dos pais descrevem que seus filhos são seletivos ou comem pouco¹⁷. Embora a maioria dessas crianças seja levemente afetada pelas DAs⁴, uma pequena porcentagem apresenta um distúrbio alimentar grave¹⁸. Já foram observados, entretanto, percentuais mais elevados de dificuldades alimentares, como no estudo de Diniz² que encontrou DA leve em 27,9% dos casos, moderada em 17,6% e grave em 33,8%. Porém, neste trabalho, a amostra era composta por pais/cuidadores de crianças que estavam em tratamento para DA ou que haviam sido encaminhadas para avaliação fonoaudiológica por esse motivo². Devido a este viés, era esperado que a prevalência de DAs fosse mais elevada do que na população em geral. Já foi descrito, por exemplo, que crianças com TEA têm uma probabilidade cinco vezes maior de ter problemas de alimentação quando comparadas com crianças com desenvolvimento neurotípico¹⁹.

Em geral, crianças com dificuldades alimentares apresentam diversos comportamentos característicos em conjunto, como pouco apetite, recusa alimentar, desinteresse pelos alimentos, birras para comer, exigência de rituais à mesa e refeições com longo tempo de duração²⁰⁻²¹. Além disso, se consideramos

que em média as crianças recebem 4 refeições ao dia, o conjunto comportamentos relacionados às DAs aliado à frequência de manifestações podem tornar o convívio familiar durante as refeições bastante desafiador e desencadear uma insatisfação materna com a alimentação dos filhos²⁰⁻²¹.

Para dificuldades alimentares comportamentais, o manejo deve incluir tanto questões comportamentais quanto ambientais. Condutas já descritas na literatura como pressão exercida pela família para que a criança coma ou substituições das refeições, podem interferir de forma ainda mais negativa na relação da criança com a alimentação, aumentando a aversão aos alimentos ou gerando ansiedade ao momento das refeições²⁰⁻²³. O ambiente doméstico, que inclui os alimentos disponíveis para consumo, também influencia na alimentação das crianças⁷⁻²⁴. Na conduta, é necessário que haja um acolhimento da família seguido de orientações sobre a condução das refeições, como propiciar momentos agradáveis, em ambientes tranquilos e em companhia, a fim influenciar de forma positiva o consumo dos alimentos⁷.

Embora mais de 90% das crianças que participaram da pesquisa não tenham sido classificadas como portadoras de dificuldades alimentares, os relatos dos familiares demonstraram que há alguns comportamentos/situações relacio-

nados às dificuldades alimentares presentes na hora das refeições. Quase 50% (48,39%) dos pais ou responsáveis precisam ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma. O momento da alimentação deve ser sem distrações²⁵, de forma que os pais/cuidadores estejam envolvidos com o ato de alimentar, dando modelo adequado e incentivando a criança a alimentar-se sozinha de forma saudável. Sobre o uso de telas, em 2019 a OMS elaborou um guia no qual a recomendação de telas (televisão, videogame e outros) é de no máximo 1 hora por dia para crianças de 2 a 5 anos, porém, elas não devem ser usadas no momento das refeições, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria²⁶. Além disso, o uso da televisão parece influenciar o consumo de alimentos mais calóricos e menos nutritivos, podendo levar tanto ao excesso de peso quanto à prejuízos no fornecimento de nutrientes que são essenciais para o desenvolvimento e crescimento adequado das crianças²⁷.

A escala brasileira de alimentação infantil (EBAI) caracteriza como dificuldade alimentar refeições com um tempo mais longo, de 31min ou mais². Neste trabalho, mais de 35% dos pais ou responsáveis identificaram este problema nas crianças. Um trabalho realizado em Portugal observou que crianças entre os seis meses e os seis anos de idade apresentaram inicialmente sinais de apetite e, depois de iniciarem a refeição, apresentaram recusa - provavelmente relacionada à saciedade - entre 21 a 31 minutos após o início da refeição²⁸, indicando, de certa forma, esse seria o tempo limite para uma refeição de crianças desta faixa etária. Nas situações em que o tempo de refeição está excessivo, a orientação é de que as refeições sejam estruturadas ao longo do dia - de modo que promovam fome antes de comer e a consequente satisfação após comer - e com um tempo limitado a 15 minutos para o início da refeição e mais 20 minutos após a criança começar a comer; caso ela não coma neste período a refeição

deve ser removida²⁹.

Outro comportamento relatado pelos pais foi de que a criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento na hora das refeições. Em alguns casos a náusea pode estar relacionada a algum evento traumático anterior com a alimentação, como a criança ter sido forçada a comer algo que não gostaria ou comer mais do que o necessário²⁹. A conduta nestes casos é de retirar o alimento causador das náuseas de perto da criança, e testar outras possibilidades, como servir uma quantidade mínima no prato e oferecer alimentos mais semelhantes aos alimentos que a criança conhece e gosta²⁹. Uma técnica que pode auxiliar neste processo é a de food chaining, que consiste na introdução de novos alimentos através de alimentos aceitos pela criança com o objetivo de promover experiências prazerosas com a alimentação³⁰. Deve-se evitar o uso de pressão e/ou coerção para a criança comer, pois, além de prejudicar a relação familiar²⁹, pode impedir o desenvolvimento dos sinais de fome e saciedade³¹⁻³².

É importante saber que as dificuldades alimentares são comuns em crianças pequenas e podem persistir por toda a infância, mas se bem conduzidas podem ser superadas⁷. A compreensão dos pais sobre as fases do desenvolvimento infantil, o temperamento da criança e as preferências alimentares podem influenciar tanto o relacionamento entre ambos quanto as refeições em si³¹⁻³². Algumas atitudes dos pais como dar exemplo, comer o mesmo que é oferecido a criança, tornar a comida acessível, promover o contato com os alimentos saudáveis fora da mesa, disponibilizar alimentos menos aceitos nas refeições juntamente com alimentos preferidos, repetir a oferta de alimentos em momentos e preparações diferentes, realizar refeições em família, bem como entender que as vezes a criança pode estar sem fome ou indisposta para comer e aceitar variações na quantidade de costume podem incentivar a aceitação de novos alimentos^{5,33}.

CONCLUSÃO

Foi encontrada uma baixa prevalência de dificuldades alimentares nos pré-escolares de uma escola pública de Uruguiana, de acordo com a Escala Brasileira de Alimentação Infantil, sem diferença significativa entre meninas e meninos. As maiores dificuldades relatadas pelos pais referiram-se ao uso de distrações para que a criança coma, presença de náuseas e/ou vômitos durante as refeições, o tempo excessivo

na mesa e a influência negativa da alimentação nas relações familiares.

As limitações deste estudo referem-se ao fato de incluir uma população de uma região específica e um baixo número de participantes, que não representa a totalidade de crianças desta faixa etária. Mesmo assim, o trabalho é relevante pois reflete a situação desta população específica.

Declaração do autor CREdiT

Conceituação: Trivisiol, ME; Silveira, JT. Metodologia: Trivisiol, ME; Silveira, JT; Santos, M; Couto, SF. Validação: Trivisiol, ME; Silveira, JT; Santos, M; Couto, SF. Análise estatística: Silveira, JT. Análise formal: Silveira, JT; Santos, M; Couto, SF. Investigação: Trivisiol, ME; Silveira, JT. Recursos: Trivisiol, ME; Silveira, JT. Escrita-elaboração do rascunho original: Trivisiol, ME; Silveira, JT. Redação-revisão e edição: Trivisiol, ME; Silveira, JT; Santos, M; Couto, SF. Visualização: Trivisiol, ME; Silveira, JT; Santos, M; Couto, SF. Orientação: Silveira, JT. Administração do projeto: Trivisiol, ME; Silveira, JT.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Maranhão HS et al. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares progressas e estado nutricional. *Revista Paulista de Pediatria*, 2017; 36: 45-51.
2. Diniz PB, Fagundes SC, Ramsay M. Adaptação transcultural e validação da Montreal Children's hospital feeding scale para o português falado no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 2021; 39: 2
3. Dubois L, Fazendeiro A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda, F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2007; 4: 1-10.
4. Barreto J. Classificação das dificuldades alimentares. In: Guia de orientações - Dificuldades alimentares/ Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 2022.
5. Petty ML, et al. Nutrição comportamental no atendimento de crianças e adolescentes. In: *Nutrição comportamental*. Editora Manole, 2015; 17: 443.
6. Siqueira BNF. Dificuldades alimentares entre pré-escolares e fatores associados. São Cristóvão. Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Sergipe, 2018.
7. Nogueira ACA. Quais as possíveis complicações da criança que não come? Riscos de curto e longo prazos. In: Guia de orientações - Dificuldades alimentares/ Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 2022.
8. Pliner P. Development of measures of food neophobia in children. *Appetite*, 1994; 23:147-163.
9. Maier-nöth A, et al. The lasting influences of early food-related variety experience: a longitudinal study of vegetable acceptance from 5 months to 6 years in two populations. *PLoS one*, 2016; 11: 3.
10. Howard AJ, et al. Toddlers' food preferences. The impact of novel food exposure, maternal preferences and food neophobia. *Appetite*, 2012; 59: 3. 818-825.
11. Benjasuwantep B, Rattanamongkolgul S, Ramsay M. The Thai version of the montreal children's hospital feeding scale (MCH-FS): psychometric properties. *J Med Assoc Thai*, 2015; 9: 2,163.
12. Bbik K, et al. The Polish version of the Montreal Children's Hospital Feeding Scale (MCH-FS): translation, cross-cultural adaptation, and validation. *Pediatr Pol*, 2019; 94: 299-305.
13. Van Dijk MWG, Buruma ME, Blijd-hoogewys EMA. Detecting Feeding Problems in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 2021; 1- 13.
14. Anglesea MM, Hoch H, Taylor BA. Reducing rapid eating in teenagers with autism: Use of a pager prompt. *Journal of applied behavior analysis*, 2008; 41:1:107-111.

15. Van dijk M, Lipke-steenbeek, W. Measuring feeding difficulties in toddlers with Down syndrome. *Appetite*, 2008;126: 61-65.
16. Ramsay M, et al. The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics & child health*, 2011;16: 3: 147-17.
17. Maranhão HS, et al. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares progressas e estado nutricional. *Revista Paulista de Pediatria*, 2017;36: 45-51.
18. Kerzner B, Milano K, MacLean WC. Berall G: Stuart S: Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015; 135:344-53.
19. Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL. The autism MEAL plan: A parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism*. 2013;18(6):712-722.
20. Siqueira BNF. Dificuldades alimentares entre pré-escolares e fatores associados. São Cristóvão. Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Sergipe, 2018:13.
21. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford, JCG. Food neophobia and "picky/fussy" eating in children: a review. *Appetite*. 2008. 50(2-3):181-93.
22. Van HK. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite*. 2012. 58(2): 567-74.
23. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. "Finish your soup": counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*. 2006;46(3):318-23.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: ministério da saúde, 2014.
25. Melchior AF, et al. Análise comparativa das funções de deglutição e mastigação em crianças de 3 a 9 anos com autismo e com desenvolvimento típico. *Distúrbios da Comunicação*, 2019;31:4:585- 596.
26. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação: menos telas mais saúde. 2019.
27. Feitosa IC, Zanella PB. Impacto do consumo de alimentos em frente à televisão e sua relação com a obesidade infantil. *Brazilian Journal of Health Review*, 2022; 5: 2404-2415.
28. Santos M. Escala de alimentação do Hospital pediátrico de Montreal: contributo para a validação do instrumento em Portugal Continental. Tese de Doutorado. 2016;48.
29. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clinical pediatrics*. 2009. 48(9), 960-965.
30. Fraker C et al. Food chaining: The proven 6-step plan to stop picky eating, solve feeding problems, and expand your child's diet. Da Capo Lifelong Books, 2009.
31. Foman SJ. Paying attention to your baby's appetite to avoid overfeeding or underfeeding: part 1. Establishing habits of eating in moderation. *Pediatr Basis* 1994; 69:8-11.
32. Manikam R, Perman, JA. Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2000; 30(1): p 34-46.
33. Wardle J. Modificando as preferências alimentares das crianças: os efeitos da exposição e recompensa na aceitação de um vegetal desconhecido. *Jornal europeu de nutrição clínica*. 2003; 57:2 341-348.

Recebido: 18 setembro 2023.
Aceito: 31 janeiro 2024.
Publicado: 07 fevereiro 2024.