

DIFICULDADES ALIMENTARES EM PRÉ-ESCOLARES, PRÁTICAS ALIMENTARES PREGRESSAS E ESTADO NUTRICIONAL

Feeding difficulties in preschool children, previous feeding practices, and nutritional status

Hélcio de Sousa Maranhão^{a,*}, Renata Cunha de Aguiar^a, Débora Teixeira Jales de Lira^a, Mônica Úrsula Figuerêdo Sales^a, Nathalia Ávila do Nascimento Nóbrega^a

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de dificuldade alimentar (DA) em pré-escolares, sua associação com fatores epidemiológicos e práticas alimentares pregressas, bem como sua repercussão sobre o estado nutricional.

Métodos: Estudo transversal com aplicação de questionário às mães de 301 crianças de dois a seis anos de creches públicas e privadas em Natal, Rio Grande do Norte, em 2014 e 2015. Identificou-se DA segundo critérios de Kerzner, incluindo os perfis de “ingestão altamente seletiva”, “criança agitada com baixo apetite”, “fobia alimentar” e “criança com distúrbio psicológico ou negligenciada”. As variáveis de associação analisadas por regressão logística foram: tempo de aleitamento materno, idade de introdução de leite de vaca e da alimentação complementar, faixa etária, renda familiar, tipo de escola, perfil das mães (responsivas ou não responsivas) e índice de massa corpórea (IMC).

Resultados: DA foi encontrada em 37,2% dos casos analisados, com predomínio de “ingestão altamente seletiva” (25,4%). Não houve associação entre DA e práticas alimentares na fase de lactente, renda familiar e tipo de escola. Não houve diferença entre as médias de escore Z IMC para os grupos com e sem DA (1,0±1,5DP e 1,1±1,4DP, respectivamente). A faixa etária de cinco a seis anos apresentou maior ocorrência de DA (OR 1,8; IC95% 1,1–2,9) e filhos de mães com perfil responsivo tiveram menores chances de apresentar DAs (OR 0,4; IC95% 0,2–0,8).

Conclusões: DA foi de alta prevalência. Não houve repercussão sobre o estado nutricional nem associação às práticas alimentares pregressas. O perfil responsivo das mães é fator protetor para as DAs e reforça a importância da natureza comportamental e da interação mãe-filho.

Palavras-chave: Hábitos alimentares; Pré-escolar; Aleitamento materno; Estado nutricional.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of feeding difficulties in preschoolers, its association with epidemiological factors and previous eating habits, and repercussion on nutritional status.

Methods: Cross-sectional study with a questionnaire given to the mothers of 301 children aged 2-6 years enrolled in public and private kindergartens in Natal, Northeast Brazil, conducted in 2014–2015. Feeding difficulty was assessed according to Kerzner’s criteria, resulting in the profiles “highly selective intake”, “active child with small appetite”, “fear of feeding”, and “child with psychological disorder or neglected”. Association with the following independent variables was analyzed by logistic regression: breastfeeding time, age of cows’ milk and complementary feeding introduction, age range, family income, type of school, mothers’ profile (responsive or nonresponsive), and body mass index (BMI).

Results: Feeding difficulty was found in 37.2% of cases, with predominance of “highly selective intake” (25.4%). It was not associated with infancy feeding practices, family income or type of school. There were no differences between the BMI Z score means for the groups with and without feeding difficulty (1.0±1.5 SD and 1.1±1.4 SD, respectively). The five-to-six age range had more occurrences (OR 1.8; 95%CI 1.1–2.9). Children of responsive mothers were less likely to have feeding difficulties (OR 0.4; 95%CI 0.2–0.8).

Conclusions: Feeding difficulties were very frequent. Nutritional status was not impacted by it, and infancy eating habits were not associated with it. Responsive mothers’ profile is a protective factor against eating difficulties and reinforces the importance of behavioral factors and mother-child interaction.

Keywords: Eating habits; Preschool child; Breast feeding; Nutritional status.

*Autor correspondente. E-mail: hmaranhao@ufrnet.br (H.S. Maranhão).

^aUniversidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Recebido em 26 de outubro de 2016; aprovado em 24 de março de 2017; disponível on-line em 17 de outubro de 2017.

INTRODUÇÃO

Entende-se por dificuldade alimentar (DA) todo problema que afeta negativamente o processo dos pais ou cuidadores de suprirem alimento ou nutrientes à criança. Esse termo é usado como “guarda-chuva” para diversos distúrbios alimentares, com distintos níveis de gravidade, com possibilidade de repercussão no estado nutricional, na relação entre pais e filhos e na interação com os pares.^{1,2} Estima-se que de 8 a 50% das crianças possuam DA, a depender dos critérios diagnósticos utilizados,³ e mais da metade dos pais descrevem que seus filhos são seletivos ou comem pouco.⁴

Boas ou más práticas alimentares, principalmente nos primeiros mil dias, que vão desde a gestação até os dois anos de idade, têm repercussões por toda a vida. Apesar de estar bem estabelecido que o leite materno é suficiente como única fonte alimentar até os seis meses de idade,⁵ pesquisa do Ministério da Saúde, em 2009, demonstrou que a duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 1,8 meses no país.⁶ Porém, nos últimos anos, fortes investimentos e iniciativas de incentivo, apoio e proteção melhoraram progressivamente os indicadores e fizeram com que o Brasil fosse considerado referência em aleitamento materno em 2016.⁷

Da mesma forma, a introdução adequada da alimentação complementar a partir dos seis meses é fator incontestável para a manutenção do estado nutricional e de saúde da criança.⁵ Há relatos da associação entre duração reduzida do aleitamento materno e introdução precoce de alimentação complementar com o desenvolvimento de seletividade alimentar na infância, mais conhecido como *picky eating*.^{8,9} Shim et al.⁹ encontraram que a combinação entre o aleitamento materno exclusivo por seis meses e a introdução da alimentação complementar após essa idade reduz as chances de a criança desenvolver comportamento alimentar seletivo na fase de dois a três anos. Em contraste, Finistrella et al.¹⁰ não encontraram associação entre a duração do aleitamento materno e a neofobia alimentar, definida como a falta de interesse em comer novos alimentos.

Da mesma forma, há evidências da associação entre dados sociodemográficos, sobretudo a escolaridade materna, e o consumo de uma alimentação de boa qualidade.^{11,12} A família exerce influência decisiva no autocontrole da ingestão alimentar e na formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não.¹³

Embora a queixa “meu filho não come” seja frequente nos consultórios pediátricos, o reconhecimento das DAs não é fácil, em virtude dos poucos estudos sobre o tema, da falta de padronização na nomenclatura para os distintos perfis clínicos, do controle inadequado das variáveis sociodemográficas e da utilização de dados retrospectivos fornecidos pelos pais expostos ao viés de memória.^{1,2,14,15}

Apesar do maior conhecimento acerca do perfil de seletividade, a relação entre práticas alimentares na primeira infância e a ocorrência de DAs futuras é ainda objeto de esclarecimento. Da mesma forma, ainda não se tem muito bem estabelecido se tais DAs comprometeriam a longo prazo o estado nutricional. Tais constatações estimularam a realização do presente estudo, a fim de identificar a ocorrência de DA em pré-escolares, sua associação a fatores epidemiológicos e práticas alimentares pregressas, ou seja, quando lactentes, e sua repercussão no estado nutricional.

MÉTODO

Realizou-se estudo transversal com amostra de conveniência composta por 301 crianças de dois anos completos a seis anos incompletos, matriculadas em quatro centros municipais de educação infantil e três escolas privadas distribuídas nas quatro zonas da cidade de Natal, Rio Grande do Norte (norte, 19,9%; sul, 30,2%; leste, 39,9%; e oeste, 10%), no período compreendido entre outubro de 2014 e abril de 2015. Adotaram-se como critérios de exclusão a ocorrência de doenças orgânicas ou sinais de alerta para tais doenças, como falta de ar ou engasgo ao engolir, diarreia, vômito, asma, placas vermelhas na pele (urticária ou eczema), alergia a alimento, sangue nas fezes, perda de peso, infecções frequentes e atraso no desenvolvimento.²

Após a sensibilização dos familiares acerca da importância do projeto, as mães foram convidadas a responder a um questionário de autoperenchimento, com 26 perguntas objetivas e de fácil entendimento, divididas em quatro blocos: dados sociodemográficos da mãe e da criança, antecedentes alimentares da criança, comportamento alimentar atual da criança (ocorrência ou não de DA) e perfil comportamental da mãe diante da alimentação da criança.

A despeito da falta de ferramentas validadas para o diagnóstico das DAs, Kerzner propôs, em 2009, classificação baseada em características clínicas e apresentada em sete perfis:

1. Interpretação equivocada dos pais;
2. Ingestão altamente seletiva (seletividade ou *picky eating*);
3. Criança agitada com baixo apetite;
4. Fobia alimentar;
5. Presença de doença orgânica;
6. Criança com distúrbio psicológico ou negligenciada;
7. Choro que interfere na alimentação.¹

Assim, adotou-se esse instrumento na presente análise, considerando as características de cada perfil apresentadas em blocos distintos, nos quais as mães identificariam as manifestações mais representativas do comportamento alimentar de suas crianças (Quadro 1). Desses perfis, dois foram excluídos: “choro que

interfere na alimentação”, por comprometer faixa etária distinta da casuística, e “presença de doença orgânica”, cuja DA poderia ser decorrente de enfermidades. Os perfis 2, 3, 4 e 6 foram analisados no grupo com DAs. O perfil 1 foi analisado junto ao grupo sem DAs. Além disso, a presença de DA foi também avaliada isoladamente, segundo a percepção materna de sua ocorrência.

Foram avaliadas retrospectivamente as seguintes práticas alimentares na fase de lactente: tempo de aleitamento materno exclusivo, idade de introdução de leite de vaca e idade de introdução de outros alimentos. O perfil das mães foi categorizado em responsivas e não responsivas, este último incluindo mães controladoras, passivas e indulgentes.¹⁶ As características sociodemográficas analisadas foram: idade materna; escolaridade materna; estado civil materno; ordem de filiação; idade da criança; peso ao nascer; duração de uso de chupeta; escola pública ou privada; e renda familiar mensal.

O peso e a estatura foram aferidos pelos autores da pesquisa, previamente treinados quanto à padronização das técnicas, por meio de balança portátil digital calibrada (com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g) e antropômetro portátil, fixo adequadamente em parede. O estado nutricional foi avaliado por meio do índice de massa corpórea (IMC) para idade, por ser este um bom e preciso indicador da composição corporal e de amplo uso, utilizando os programas Anthro e Anthro plus (Organização Mundial da Saúde — OMS, Genebra, Suíça).^{17,18}

Aplicaram-se os testes do qui-quadrado, para variáveis categóricas, e *t* de Student, para variáveis numéricas que obedeceram à curva de normalidade. Para observação dos fatores associados às DAs, considerou-se como nível de significância $p < 0,05$, com

análise de *Odds Ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para o ajuste das variáveis de confusão, realizou-se regressão logística para a variável dependente “DAs”, utilizando-se aquelas significantes encontradas na análise univariada.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CAAE: 37228914.8.0000.5292). Todas as crianças participantes tiveram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelas mães ou pelos responsáveis.

RESULTADOS

A média de idade das crianças foi de $53,4 \pm 13,7$ meses. Do total, 54,6% apresentavam eutrofia, 19,8%, risco de sobrepeso, 13,2%, sobrepeso, 8,4%, obesidade, e 4%, obesidade grave. Nenhuma criança apresentou magreza. Praticamente metade das crianças foi amamentada exclusivamente até os quatro meses (49,7%) e 6,7% nunca receberam leite materno.

Até os 12 meses de idade, 20,9% já faziam consumo de refrigerante, 38,0%, de sorvete, 33,1%, de biscoito recheado, 35,3%, de doces/chocolates, 12,2%, de mortadela, 14,2%, de salsicha, e 27,7%, de salgados industrializados, com aumento de, no mínimo, duas vezes até os 24 meses de idade para todos os percentuais.

A ocorrência de DA nas crianças foi referida por 25,1% das mães. Por outro lado, perfis específicos de DA foram identificados em 37,2% das crianças (Tabela 1).

Na análise univariada, os fatores associados às DAs foram: crianças de cinco a seis anos, de escolas privadas, que fizeram uso

Quadro 1 Perfis de dificuldades alimentares na infância, segundo Kerzner,¹ e suas características.

Perfis	Características
Interpretação equivocada dos pais	Era pequeno ao nascer ou prematuro Tem um ou ambos os pais que são pequenos ou cresceram lentamente Parece saudável e ativo
Ingestão altamente seletiva	Come um número limitado de alimentos Recusa alimentos por causa de cheiro, gosto, textura, temperatura e/ou aparência Só aceita alimentos preparados de uma forma específica Reluta em experimentar novos alimentos
Criança agitada com baixo apetite	Não demonstra interesse em comida Para de comer após algumas colheradas Constantemente tenta sair do cadeirão ou da mesa Gosta de brincar ou interagir com pessoas as quais está familiarizado
Fobia alimentar	Chora ao ver o alimento ou objetos relacionados à alimentação É intensamente resistente à alimentação Começou a recusar comida após experiência ruim com alimento, como vômito ou asfixia É ou foi alimentado por sonda e sente medo de comer
Criança com distúrbio psicológico ou negligenciada	É arreadio, arisco e se irrita facilmente Balbúcia, fala pouco, não sorri Mostra pouco interesse em brincar

de chupeta por mais de 12 meses, com renda familiar mensal superior a dois salários mínimos. Porém, somente a faixa etária e o perfil das mães permaneceram significantes na análise multivariada. A faixa etária de cinco a seis anos demonstrou duas vezes mais chances de apresentar DAs. Por outro lado, o perfil de mães responsivas demonstrou ser fator de proteção (Tabela 2).

As práticas alimentares no período de lactente não estiveram associadas à DA atual (Tabela 3). Não houve diferença significativa entre as médias de escore Z IMC do grupo com DA ($1,01 \pm 1,54$ DP) e sem DA ($1,13 \pm 1,40$; $p=0,13$).

DISCUSSÃO

A maioria das crianças desta casuística não fez uso de aleitamento materno exclusivo conforme as recomendações da OMS,⁵ que preconiza o uso de alimentação exclusiva pelo seio até os seis meses de vida. Os dados reforçam a prática inapropriada do desmame e demonstram que a introdução de outros alimentos que não o leite materno em momento tão precoce é muito frequente, como aponta estudo nacional.⁶ Além disso, o consumo excessivo de produtos industrializados, como os embutidos, presumidamente com alto teor de sódio e açúcar, nos primeiros dois anos de vida é alarmante, devido às crescentes evidências da importância de se evitar esses alimentos para formação de

hábitos alimentares saudáveis e, conseqüentemente, prevenção contra doenças crônicas não transmissíveis.

Vários estudos mostram a relação de desmame precoce com o risco de enfermidades futuras, tais como hipertensão, dislipidemias, síndrome metabólica, diabetes melito e até mesmo alguns tipos de câncer,¹⁹ apesar de o conhecimento sobre as conseqüências diretas do consumo de alimentos industrializados por lactentes ainda ser incipiente.²⁰ Dessa forma, é necessário focar na educação dos pais e das crianças no sentido de se promover hábitos saudáveis de alimentação.

O melhor conhecimento sobre DAs na infância é relevante e prioritário, tanto por serem desordens cada vez mais frequentes quanto pela necessidade de maior aprofundamento sobre suas inter-relações com fatores alimentares ou dietéticos, epidemiológicos e clínicos. Os profissionais envolvidos na saúde da criança devem estar atentos ao reconhecimento desses processos e de seus diferentes perfis, a fim de não minimizar o diagnóstico,² visto que o seu desconhecimento pode levar a atitudes investigativas desnecessárias na intenção de detectar processos orgânicos. Porém, admite-se que, para possibilidades de validação, as ferramentas para a detecção dessa desordem precisam ser mais criteriosas e menos subjetivas. Essa lacuna traz limitações aos estudos vigentes,^{9,10,14,15,21-23} embora não os desvalorize em virtude de serem estudos preliminares que apontam o direcionamento para investigações futuras.

Tabela 1 Características clínico-epidemiológicas, práticas alimentares progressas e avaliação nutricional de 301 pré-escolares de rede pública e privada de ensino em Natal, Rio Grande do Norte.

Características	n avaliado	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Uso de chupeta por mais de 12 meses	300	110	36,7
Categoria escolar	301		
Pública		188	62,5
Privada		113	37,5
Perfis de dificuldade alimentar	287		
Ingestão altamente seletiva		73	25,4
Criança agitada com baixo apetite		33	11,5
Fobia alimentar		1	0,3
Interpretação equivocada dos pais		7	2,4
Sem dificuldade alimentar		172	59,9
Aleitamento materno exclusivo (<6 meses)	290	206	71,0
Idade de introdução do leite de vaca (≤ 6 meses)	296	167	56,4
Idade de introdução de outros alimentos (≤ 6 meses)	297	189	63,6
Estado nutricional	227		
Eutrofia		122	54,2
Risco de sobrepeso/sobrepeso		75	33,3
Obeso/obeso grave		28	12,4

Em 2013, Benjasuwantep et al.,¹⁵ utilizando a referência de Kerzner,¹ apontaram prevalência de DAs em 26,9% da casuística analisada, com predomínio dos perfis “ingestão altamente seletiva” e “criança agitada com baixo apetite”, cujos resultados se aproximam daqueles encontrados na casuística ora apresentada. Ainda não são encontrados outros estudos nacionais sobre tal temática. Em revisão publicada em 2015, Taylor et al.

descreveram percentuais de seletividade das crianças que variaram de 5,6 a 50%, sugerindo que essa oscilação decorre de diferentes definições e métodos diagnósticos.¹⁴

Com o decorrer do crescimento, o apetite torna-se mais sensível às influências ambientais extradomiciliares e o prazer e o interesse da criança pelo alimento diminuem.²⁴ Esses fatores podem contribuir para a maior prevalência de DAs em crianças

Tabela 2 Ocorrência de dificuldade alimentar de acordo com faixa etária, uso de chupeta, categoria escolar, renda familiar e perfil das mães de 301 pré-escolares das redes pública e privada de ensino em Natal, Rio Grande do Norte.

	Dificuldade alimentar				Análise univariada	Análise multivariada
	Sim		Não		p-valor	p-valor
	n	%	n	%	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Faixa etária (anos)						
2 a 4	58	32,4	121	67,6	0,02 1,79 (1,09–2,94)	0,01 1,98 (1,15–3,40)
5 a 6	49	46,2	57	53,8		
Duração do uso de chupeta (meses)						
>12	37	12,4	72	24,2	<0,01 2,04 (1,20–3,48)	0,13 0,66 (0,38–1,13)
≤12	38	12,8	151	50,7		
Categoria escolar						
Pública	53	30,5	121	69,5	<0,01 2,09 (1,28–3,41)	0,14 0,47 (0,18–1,27)
Privada	54	47,8	59	52,2		
Renda familiar mensal (salários mínimos)						
<2	42	29,6	100	70,4	<0,01 1,94 (1,18–3,21)	0,84 0,91 (0,34–2,42)
≥2	58	45,0	71	55,0		
Perfil das mães						
Responsiva	71	33,2	143	66,8	<0,01 0,45 (0,22–0,85)	<0,01 0,40 (0,22–0,73)
Não responsiva	35	52,2	32	47,8		

OR: *Odds Ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3 Ocorrência de dificuldade alimentar de acordo com as práticas alimentares progressas de 301 pré-escolares das redes pública e privada de ensino em Natal, Rio Grande do Norte.

	Dificuldade alimentar				Teste do qui-quadrado p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Tempo de aleitamento materno exclusivo (meses)					
≤6	72	36,2	127	63,8	0,58
>6	31	39,7	47	60,3	
Idade de introdução de leite de vaca (meses)					
≤6	63	38,9	99	61,1	0,59
>6	44	35,8	79	64,2	
Idade de introdução de outros alimentos (meses)					
≤6	71	39,4	109	60,6	0,28
>6	34	33,0	69	67,0	

de maior faixa etária. Diante disso, Caton et al. sugerem que, quanto mais precoce é a exposição a novos alimentos, melhor é a aceitação, desde que em momento apropriado.²⁵ Por outro lado, não se descarta a possibilidade de as crianças já apresentarem essas queixas em momento anterior, sendo a maior prevalência resultante do efeito cumulativo.

É interessante ressaltar a relação encontrada entre o uso de chupeta por mais de um ano e a ocorrência de DA, tendo em vista que alguns estudos relacionam o seu uso com desmame precoce e com alteração sensitiva e motora oral. O uso prolongado de chupeta levaria à alteração maxilar com mordida aberta, sendo fator de risco para desenvolvimento de distúrbios alimentares em crianças.²⁶ Apesar disso, a falta de reprodução dessa relação na análise multivariada sugere que outros fatores consequentes ao uso da chupeta, como a má oclusão dentária, podem ser os mais decisivos para a ocorrência do problema, embora não tenham sido avaliados na pesquisa.

Em países em desenvolvimento, supõe-se que a situação de escassez de recursos no grupo de menor renda pode contribuir para uma aceitação mais ampliada dos alimentos que chegam à mesa, o que minimizaria a ocorrência de DAs, conforme demonstrado neste estudo. Porém, tais achados divergem daqueles encontrados por Tharner et al.,²³ na Holanda: os autores observaram a associação entre seletividade alimentar e crianças de menor renda familiar. Conjectura-se que as diferenças do poder aquisitivo e do perfil social entre as famílias consideradas de baixa renda de países desenvolvidos e de países em desenvolvimento sejam fatores contribuintes para essa disparidade.

A maior ocorrência de DAs em filhos de mães com perfil controlador, indulgente ou passivo aponta para a necessidade de os pais adotarem atitudes favoravelmente responsivas em relação à alimentação de suas crianças, tendo em vista que essa postura as protege do problema.⁴ Almeja-se, com isso, evitar a restrição de alimentos, posto que o comportamento impositivo dos pais não prediz mudança de comportamento das crianças em médio a longo prazo²⁷ e a pressão exercida diminui ainda mais o prazer dos filhos durante as refeições.²³

É provável que o aleitamento materno forneça um efeito protetor contra o desenvolvimento de um comportamento alimentar seletivo na infância, visto que estimula o lactente a reconhecer os sabores dos alimentos consumidos pela mãe.²⁸ Porém, há divergência na literatura sobre a associação de DAs e práticas alimentares no período de lactente. Essa relação pode ser mais verdadeira quando vista em perfis específicos, como a seletividade,^{8-10,14} contudo, não é observada quando os distintos perfis são analisados em conjunto, conforme aqui demonstrado.

Quanto ao estado nutricional, ressalta-se a ausência de baixo peso ou magreza, uma vez que a amostra foi composta

por crianças de distintos níveis econômicos. Por outro lado, excesso de peso, representado pelos altos percentuais de sobrepeso e obesidade, torna-se uma realidade preocupante, demonstrando a franca transição nutricional já estabelecida na população infantil do Nordeste.²⁹

Embora haja alguma tendência para baixo peso e menor percentual de massa livre de gordura em crianças com perfis específicos, como *fussy eater* e *picky eater*,^{28,30} não foram encontradas diferenças significativas no estado nutricional entre as crianças com ou sem DAs, o que reforça os achados de Svensson et al.²⁴ e Tharner et al.²³ Assim, deduz-se que estudos longitudinais são necessários para entender a influência dos comportamentos alimentares no desenvolvimento da fome oculta e das repercussões sobre o estado nutricional, que podem variar desde déficits até excessos, como a obesidade.

Admite-se que a natureza do estudo transversal impõe limitações para avaliar a relação de causa e efeito entre as variáveis. A falta de perspectiva longitudinal também aumenta a chance de ocorrer viés de memória relativo às informações retrospectivas das práticas alimentares, já que essas dependem fortemente da lembrança dos pais. Além disso, não foram avaliados objetivamente o comportamento e a ingestão alimentar das crianças por meio de registros alimentares, mas sim por dados de observação materna, como acontece na maioria dos estudos sobre o tema. Por fim, a análise de conveniência deve ser vista levando-se em consideração suas próprias limitações, mas acredita-se na confiabilidade dos resultados em virtude do tamanho amostral adequado e da coleta de dados em creches/escolas públicas e privadas com distintos perfis socioeconômicos, o que permitiu o alcance dos objetivos específicos da pesquisa na sua multiplicidade.

DAs são de alta prevalência em pré-escolares. Não houve associação às práticas alimentares na fase de lactente nem repercussão posterior sobre o estado nutricional. Renda familiar, tipo de escola e uso de chupeta, apesar da associação preliminar às DAs, demonstraram ser variáveis de confusão que não se mantiveram importantes na análise final. Entre os pré-escolares, a faixa etária de cinco a seis anos detém os maiores percentuais desse transtorno. O perfil responsivo das mães diante da alimentação da criança é fator protetor para as DAs e revela a importância do comportamento materno e da interação mãe-filho sobre a ocorrência das dificuldades alimentares.

Financiamento

Recursos próprios.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Kerzner B. Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48:960-5.
2. 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.
3. Almeida CA, Mello ED, Maranhão HS, Vieira MC, Barros R, Barreto JR, et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Pediatria Moderna*. 2012;48:24-6.
4. Micali N, Simonoff E, Elberling H, Rask CU, Olsen EM, Skovgaard AM. Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: association with psychopathology and parentally perceived impairment. *J Dev Behav Pediatr*. 2011;32:572-80.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387:30:491-50.
8. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in Young girls. *J Am Diet Assoc*. 2003;103:692-8.
9. Shim JE, Kim J, Mathai RA, STRONG Kids Research Team. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *J Am Diet Assoc*. 2011;111:1363-8.
10. Finistrella V, Manco M, Ferrara A, Rustico C, Presaghi F, Morino G. Cross-sectional exploration of maternal reports of food neophobia and pickiness in preschooler-mother dyads. *J Am Coll Nutr*. 2012;31:152-9.
11. Northstone K, Emmett P. The associations between feeding difficulties and behaviours and dietary patterns at 2 years of age: the ALSPAC. *Matern Child Nutr*. 2013;9:533-42.
12. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc*. 2004;104(1 Suppl 1):S57-64.
13. Morrison H, Power TG, Nicklas T, Hughes SO. Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating. *Appetite*. 2013;63:77-83.
14. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*. 2015;95:349-59.
15. Benjasuwantep B, Chaithirayanon S, Eiamudomkan M. Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatr Rep*. 2013;5:38-42.
16. Hughes SO, Cross MB, Hennessy E, Tovar A, Economos CD, Power TG. Caregiver's Feeding Styles Questionnaire: Establishing cutoff points. *Appetite*. 2012;58:393-95.
17. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.
18. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007;85:660-7.
19. Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016;28:7-14.
20. Frazier JP, Land M, Hsieh PH, Barratt MS. Junk food seen at pediatric clinic visits: is it a problem? *Clin Pediatr (Phila)*. 2014;53:320-5.
21. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav*. 2010;11:253-7.
22. Barse LM, Tiemeier H, Leermakers ET, Voortman T, Jaddoe VW, Edelson LR, et al. Longitudinal association between preschool fussy eating and body composition at 6 years of age: The Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12:153.
23. Tharner A, Jansen PW, Jong JCK, Moll HA, Ende JV, Jaddoe VW, et al. Toward an operative diagnosis of fussy/picky eating: a latent profile approach in a population-based cohort. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:14.
24. Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight-factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8:134.
25. Caton SJ, Blundell P, Ahern SM, Nekitsing C, Olsen A, Hausner H, et al. Learning to Eat Vegetables in Early Life: The Role of Timing, Age and Individual Eating Traits. *PLoS One*. 2014;9:e97609.
26. Maia-Nader M, Figueiredo CS, Figueiredo FP, Silva AA, Thomaz EB, Saraiva MC, et al. Factors associated with prolonged non-nutritive sucking habits in two cohorts of Brazilian children. *BMC Public Health*. 2014;14:743.
27. Gregory JE, Paxton SJ, Brozovic AM. Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7:55.
28. Beauchamp GK, Menella JA. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;48(Suppl 1):S25-30.
29. Ramos CV, Dumith SC, César JA. Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91:175-82.
30. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *J Am Diet Assoc*. 2005;105:541-8.