

DIFICULDADES ALIMENTARES DE CAUSA NÃO ORGÂNICA NA INFÂNCIA: DETERMINANTES, IMPACTO NA SAÚDE E INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

NON-ORGANIC FEEDING DIFFICULTIES IN EARLY CHILDHOOD: DETERMINANTS, IMPACT ON HEALTH AND NUTRITIONAL INTERVENTION

A.R.
ARTIGO DE REVISÃO

¹ Clínica Pediátrica de Braga,
Rua Sá de Miranda, n.º 248,
4715-132 Braga, Portugal

² Centro da Criança e do Adolescente do Hospital CUF Porto,
Estrada da Circunvalação,
n.º 14341,
4100-180 Porto, Portugal

³ Instituto de Nutrição Integrativa, MS Medical Institutes,
Avenida da República,
n.º 43,
1050-158 Lisboa, Portugal

⁴ Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa,
Rua Diogo Botelho, n.º 1327,
4169-005 Porto, Portugal

*Endereço para correspondência:

Inês Tomada
Centro da Criança e do Adolescente do Hospital CUF Porto,
Estrada da Circunvalação,
n.º 14341,
4100-180 Porto, Portugal
inestomada@gmail.com

Histórico do artigo:

Recebido a 13 de maio de 2024
Aceite a 16 de junho de 2025

Vera Sá¹  ; Inês Tomada^{1,4*} 

RESUMO

As Dificuldades Alimentares na infância caracterizam-se por alterações do comportamento alimentar que variam desde recusa alimentar, ingestão seletiva, diminuição da quantidade de alimentos ingerida, a aversão a alimentos. Na maioria dos casos, as dificuldades alimentares manifestam-se até aos 6 anos de idade e podem apresentar-se como um problema isolado e transitório. Contudo, o subdiagnóstico e/ou a ausência de intervenção apropriada são preditores da sua persistência durante a infância e, eventualmente, ao longo da adolescência e vida adulta.

Esta revisão, tem como principal objetivo, a caracterização das Dificuldades Alimentares de causa não-orgânica mais frequentes na infância, designadamente *Picky Eating*, Neofobia Alimentar e Seletividade Alimentar, e a compreensão dos seus determinantes. Pretende-se também alertar para importância da sua identificação precoce e da implementação de critérios de classificação, diagnóstico e tratamento. Sucintamente, descreve-se o impacto das Dificuldades Alimentares na saúde da criança, e apresentam-se algumas propostas de intervenção nutricional. Para o efeito, realizou-se uma revisão da literatura que pretendeu identificar artigos publicados em inglês e português através das bases de dados MEDLINE (Pubmed), Elsevier e Google Scholar. Foram selecionados 23 artigos, publicados entre 2008 e 2024. Apesar da inexistência de critérios de classificação e diagnóstico bem definidos, as manifestações clínicas das três dificuldades alimentares mais frequentes na infância são distintas. Enquanto a neofobia alimentar se caracteriza pela rejeição alimentos novos ou desconhecidos, o *picky eating* e a seletividade alimentar caracterizam-se pela limitação da aceitação e ingestão de alimentos, de forma mais severa e persistente na seletividade alimentar. Porém, todas elas cursam com compromisso na aquisição de hábitos alimentares nas crianças, impactando a qualidade da alimentação e, por conseguinte, a sua saúde a curto e a longo prazos.

Conclui-se que, devido ao impacto das Dificuldades Alimentares na saúde infantil, é essencial estabelecer critérios de diagnóstico claros. A sensibilização dos profissionais de saúde para medidas preventivas, como o aleitamento humano e a educação alimentar desde idades precoces, contribui para um desenvolvimento saudável e uma relação equilibrada com a alimentação. Dada a complexidade do tema, é necessária mais investigação que permita a definição de estratégias de intervenção nutricional.

PALAVRAS-CHAVE

Comportamento alimentar, Criança, Distúrbios alimentares da infância, Infância, Idade pré-escolar, Neofobia alimentar, *Picky eating*, Preferências alimentares, Seletividade alimentar

ABSTRACT

Feeding Difficulties in childhood are characterized by changes in eating behavior that range from food refusal, selective intake, decreased amount of food ingested, to aversion to food. In most cases, Feeding Difficulties are more frequent up to 6 years of age and may present as an isolated and transient problem. However, underdiagnosis and/or lack of appropriate intervention are predictors of its persistence during childhood and, eventually, throughout adolescence and adulthood.

This review's main objective is to characterize the most frequent Feeding Difficulties of non-organic cause in childhood, such as Picky Eating, Food Neophobia and Food Selectivity, and to understand their determinants. It is also intended to raise awareness of the importance of early identification and the implementation of classification, diagnosis and treatment criteria. Briefly, the impact of Feeding Difficulties on children's health is described, and some proposals for nutritional intervention are presented.

The different clinical manifestations of non-organic Feeding Difficulties do not all represent the same severity. While food neophobia is characterized by the rejection of new or unknown foods, picky eating and food selectivity are characterized by the limitation of food acceptance and intake, in a more severe and persistent way in food selectivity. However, all of them involve a commitment to acquiring eating habits in children, impacting the quality of their diet and, consequently, their health in the short and long term.

It is concluded that, due to the impact of Feeding Difficulties on children's health, it is essential to establish clear diagnostic criteria. Raising awareness among health professionals about preventive measures, such as breastfeeding and nutritional education from an early age, contributes to healthy development and a balanced relationship with food. Given the complexity of the topic, more research is needed to define nutritional intervention strategies.

KEYWORDS

Feeding behavior, Child, Feeding and eating disorders of childhood, Childhood, Preschool, Food neophobia, Picky eating, Food preferences, Food selectivity

INTRODUÇÃO

As Dificuldades Alimentares (DAs) na infância caracterizam-se por alterações do comportamento alimentar, entre as quais, recusa alimentar, ingestão alimentar seletiva, diminuição da quantidade de alimentos ingerida, aversão a alimentos e compromisso da aquisição de competências de auto-alimentação (1-6). A criança pode manifestar vômitos, dor abdominal, irritabilidade, rotação da cabeça quando lhe é oferecida comida (comportamento de oposição), autoindução do vômito, e engasgos com a comida ou simplesmente quando vê os alimentos, a colher ou o biberão (5). As DAs podem apresentar-se como um problema isolado, na sua maioria devido a fatores comportamentais (causa não orgânica), ou como comorbilidade de uma doença orgânica, anomalia estrutural ou perturbações do neurodesenvolvimento (1-5).

Estima-se que as DAs ocorram em cerca de 45% das crianças saudáveis, 30% das que nasceram prematuras e 80% daquelas com doenças neurológicas ou do desenvolvimento (2). Embora as últimas apresentem por si só um maior risco de má progressão ponderal e de compromisso do crescimento, as DAs ocorrem de forma independente à evolução do crescimento e desenvolvimento, bem como do estado nutricional prévio da criança (7).

Na maioria dos casos, as DAs manifestam-se até aos 6 anos de idade e representam um problema leve e transitório. Porém, o subdiagnóstico e/ou a ausência de intervenção apropriada são preditores da sua persistência durante a infância, mas também ao longo da adolescência e da vida adulta (2, 8).

Até ao momento, não existe consenso acerca da nomenclatura das DAs, motivo pelo qual são usados vários termos para as descrever, por vezes de forma errónea, dificultando o diagnóstico e estimativa da sua prevalência (5, 7, 9). *Picky eating*, neofobia alimentar, seletividade alimentar, aversão alimentar, medo de comer e/ou, de forma genérica, DA, indicam que existe alguma dificuldade na ingestão e/ou no comportamento alimentar da criança (5). Para os pais/cuidadores, todos estes termos se traduzem em "o meu filho/a não come", causando grande ansiedade e preocupação, levando-os a adotar práticas persuasivas, que são contraproducentes e que perpetuam a situação. Porém, é de salientar que estas designações não representam todas o mesmo quadro clínico nem a mesma gravidade, e são muito mais do que o simples facto de a criança não comer (10, 11).

Esta revisão tem como principal objetivo a caracterização das DAs de causa não-orgânica mais frequentes na infância, designadamente *Picky Eating*, Neofobia Alimentar e Seletividade Alimentar, e a compreensão dos seus determinantes. Pretende-se também alertar para importância da sua identificação precoce e da necessidade da implementação de critérios de classificação e diagnóstico, que permitam o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes. Sucintamente, descreve-se o impacto das DAs na saúde da criança, e apresentam-se algumas propostas de intervenção nutricional, as quais devem ocorrer, idealmente, em contexto de abordagem multidisciplinar.

METODOLOGIA

A pesquisa pretendeu a identificação de artigos publicados em inglês e português através das bases de dados MEDLINE (Pubmed), Elsevier e Google Scholar. Os termos de pesquisa inseridos, incluíram: "child", "child, preschool", "feeding behavior", "food preferences", "food fussiness", "picky eating", "food selectivity", "food neophobia", "feeding and eating disorders of childhood". Foram priorizadas publicações entre 2008 e 2024. Inicialmente os artigos foram selecionados pelo título e, posteriormente, pela leitura do resumo. Os artigos considerados

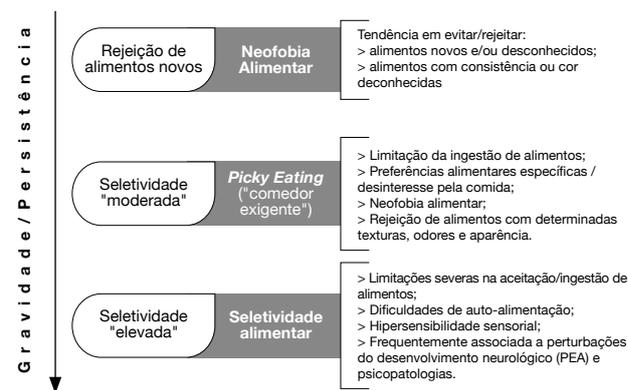
pertinentes para o tema foram lidos na íntegra, tendo sido incluídos 23 artigos.

Dificuldades Alimentares Mais Frequentes na Infância

As DAs em idade pediátrica apresentam grande variedade e complexidade, não existindo até ao momento um sistema de classificação e de diagnóstico universalmente aceite (4, 9). Vários autores realçam a importância da existência de um sistema de classificação e diagnóstico que considere a interação entre estes fatores e que seja útil na prática clínica (4, 7). Na Figura 1, é apresentado um esquema que pretende, de forma resumida, clarificar e distinguir as DAs de causa não orgânica explanadas neste artigo.

Figura 1

Resumo das dificuldades alimentares de causa não orgânica



Neofobia Alimentar

A neofobia alimentar caracteriza-se pela tendência da criança em evitar e/ou rejeitar a ingestão de alimentos novos ou desconhecidos. Esta rejeição pode também aplicar-se a alimentos já consumidos anteriormente que, quando servidos com uma apresentação diferente podem parecer novos. A criança pode manifestar medo em provar novos alimentos e resistência para experimentar alimentos com consistência ou cor desconhecidas (8, 9, 12, 13).

A neofobia alimentar manifesta-se frequentemente entre os 18 meses e os 6 anos de idade, com maior intensidade e incidência entre os 18 e os 24 meses, coincidente com o desenvolvimento da autolocomoção e da autonomia da criança (8, 13). Estima-se que a prevalência da neofobia alimentar nas crianças seja entre 40 e 60% (9, 14). No entanto, estes dados podem não ser precisos, uma vez que a neofobia alimentar pode ser parte integrante de outras DAs, nomeadamente do *picky eating* (8, 13).

Quando analisada sob o ponto de vista de evolução da espécie, a neofobia alimentar está associada a um mecanismo de sobrevivência, atuando como um fenómeno protetor ao envenenamento ou intoxicação acidental. A preferência inata pelos sabores doce e salgado, e a aversão aos sabores amargo e ácido, percecionados como um alerta contra um potencial envenenamento, apresentam-se como dos argumentos que explicam este mecanismo (13). Este comportamento é considerado típico do desenvolvimento normal e, por isso, transitório. Porém, a sua intensidade, duração e persistência pode ser determinada por fatores biológicos, psicológicos e ambientais (8, 13).

Picky Eating

O termo *Picky Eating* ("comedor exigente", em tradução literal) descreve um espectro de características da criança com base na análise da história alimentar reportada pelos pais/cuidadores (15).

As crianças apresentam grande limitação do tipo e quantidade de alimentos consumidos, preferências alimentares específicas (incluindo alimentos de elevada densidade energética), falta de interesse em experimentar novos alimentos (neofobia alimentar) ou mesmo alimentos já conhecidos, rejeição de alimentos com base nas suas características sensoriais, falta de foco durante as refeições, ritmo de alimentação lento, desinteresse pela comida, recusa em alimentar-se, e solicitação de métodos específicos de preparação de alimentos (9, 14, 16). Esta postura corresponde a uma seletividade alimentar moderada, cuja remissão ocorre na maioria das crianças, sendo por isso considerado um problema transitório da criança em idade pré-escolar (9, 14).

A prevalência de *picky eating* varia em função da metodologia dos estudos, oscilando entre os 14 e os 60% em crianças em idade pré-escolar (14). A sua incidência máxima ocorre entre os 2 e os 3 anos de idade, diminuindo por volta dos 4-5 anos de idade (9, 14). Na maioria dos casos, após correção da alimentação, estas crianças crescem e desenvolvem-se adequadamente. Porém, cerca de 20% das crianças entre os 8 e os 12 anos de idade mantêm o comportamento, o qual pode persistir na idade adulta (14).

Seletividade Alimentar

O termo seletividade alimentar é usado com frequência para definir um quadro de *picky eating*. No entanto, a seletividade alimentar propriamente dita é considerada mais grave, na medida em que se manifesta de forma mais extrema e persistente, com limitações mais severas na aceitação de alimentos, incluindo compromisso do aporte energético (14).

As crianças com seletividade alimentar podem apresentar ingestão seletiva de alguns grupos de alimentos, recusa alimentar, ritmo de ingestão alimentar lento, aceitação de 10 ou menos alimentos ao longo de pelo menos 2 anos e aversão consistente a alimentos com determinados sabores, texturas, odor e aparência (hipersensibilidade sensorial) (14). Para além disso, podem manifestar maior resistência e dificuldade na transição para a auto-alimentação e na utilização de talheres, o que contribui para uma baixa aceitação de alimentos (7). De referir que a hipersensibilidade sensorial não se restringe à comida, sendo muito comum coexistir, por exemplo, maior sensibilidade ao ruído, dificuldade em sujar as mãos ou de sentir areia nos pés (7, 14). Tanto a seletividade alimentar como a hipersensibilidade sensorial em si, estão frequentemente associadas a perturbações do desenvolvimento neurológico, de que são exemplo as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) e algumas psicopatologias, tais como perturbação de ansiedade, depressão e perturbação obsessivo-compulsiva (7, 14, 17). Estima-se que 26% das crianças em idade pré-escolar apresentem seletividade alimentar. Nas crianças em idade pré-escolar com PEA, a prevalência é de 46%, enquanto naquelas com outros distúrbios do desenvolvimento (não incluindo as PEA) a prevalência é de 31% (18).

Determinantes das Dificuldades Alimentares de Causa Não-Orgânica

Os determinantes das DAs de causa não orgânica na infância, são similares entre as DAs e, resultam da interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e ambientais, alguns dos quais potencialmente modificáveis (8, 12, 13, 19, 20).

As evidências sugerem que desde fases muito precoces da vida, o ser humano desenvolve preferências pelos sabores com os quais esteve em contato através líquido amniótico e, posteriormente, via leite humano (19). Reconhece-se que o aleitamento humano em exclusivo pelo período de pelo menos 6 meses, é um dos fatores

protetores da ocorrência de DAs (12-14). Constituem também fatores protetores, a idade de introdução de alimentos complementares ao leite humano (vulgo início da diversificação alimentar, a qual não deverá ocorrer antes dos 4 meses, nem muito após o 6º mês de vida) e uma oferta alimentar variada e consistente (12-14). O primeiro ano de vida é determinante para a manifestação de DAs, na medida em que a recetividade para provar novos alimentos é maior até aos 12 meses (12-14). Ainda assim, podem ser necessárias 10 a 15 exposições (ou mais) ao mesmo alimento até à sua completa aceitação, sendo que a desistência após as primeiras tentativas e/ou a introdução tardia de novos alimentos contribui para uma maior relutância em provar alimentos desconhecidos (12-14). Quer a introdução tardia dos alimentos sólidos (mastigáveis), quer a evolução de texturas dos mesmos, que idealmente deve ocorrer entre os 8-10 meses de idade, estão também associadas a DAs (12-14).

O comportamento parental controlador e/ou autoritário, caracterizado pelo recurso a alimentos como forma de recompensa ou punição, e a pressão para que a criança coma ou, em oposição, um comportamento permissivo onde se satisfazem as vontades da criança de modo a evitar conflitos, estão associados ao aumento da probabilidade da ocorrência de DAs. Já um comportamento parental responsivo, em que são realizadas refeições em família e há envolvimento da criança na preparação de refeições, apresenta-se como uma atitude que minimiza o risco de DAs (14).

Vários estudos demonstram a importância dos pais/cuidadores, enquanto modelos de comportamentos e reações, na formação de hábitos alimentares saudáveis nas crianças (12-14). O comportamento alimentar saudável dos pais/cuidadores, particularmente o da figura materna, tem vindo a ser frequentemente associado como protetor de DAs. Se os pais/cuidadores apresentarem alguma DA, por si só, pode contribuir para a sua manifestação na criança, quer pela observação do comportamento parental, quer pela vulnerabilidade genética que lhe parece estar associada (14, 16, 20). Características da personalidade da criança (timidez, ansiedade, etc.) podem também associar-se a DAs (14, 21).

As perturbações do neurodesenvolvimento, concretamente as PEA, e algumas psicopatologias, como a perturbação de ansiedade, depressão e perturbação obsessivo-compulsiva, estão associadas à manifestação de DAs, particularmente de seletividade alimentar. No entanto, a presença daquelas perturbações não implica obrigatoriamente a manifestação de seletividade alimentar (7, 14, 21).

Impacto das Dificuldades Alimentares na Saúde da Criança

O impacto na saúde é, de modo genérico, similar nas diferentes DAs, e está maioritariamente relacionado com a alimentação desequilibrada e monótona, com risco de baixo consumo de alimentos ricos em ácidos gordos essenciais e em micronutrientes como o ferro, o cálcio, o zinco, e as vitaminas A e D, durante uma fase crítica de desenvolvimento (14, 22). De uma forma geral, a ingestão de alimentos ricos em fibra (proveniente de hortofrutícolas e cereais integrais) é reduzida, favorecendo a obstipação (16). Simultaneamente, nestas crianças observa-se uma tendência para uma ingestão proteica excessiva proveniente de fontes lácteas. O consumo liberalizado de leite e iogurte, ao contribuir para o aumento da saciedade da criança limita a ingestão de outros alimentos, nomeadamente sólidos (11, 23). Estima-se que a má progressão ponderal, esteja presente em 40 a 50% dos casos de crianças com DAs. Embora o crescimento linear (comprimento/estatura) e o perímetro cefálico sejam menos afetados que o peso, pode verificar-se atenuação do crescimento secundária ao baixo aporte energético, na ausência de doença orgânica, incluindo

anomalias dos mecanismos da deglutição (3, 22). No entanto, se a criança tiver preferência por alimentos altamente energéticos, apesar da diversidade de alimentos ser limitada, pode levar a excesso de peso, ou mesmo obesidade, e outras doenças concomitantes (22). Em alguns casos, pode haver compromisso na aquisição de algumas aptidões alimentares quando são oferecidos apenas alimentos de textura macia (por exemplo, purés) (7). Paralelamente, a existência de ansiedade durante as refeições pode resultar em reações fisiológicas tais como, vômitos, engasgos e perda de apetite que podem levar à intensificação das DAs através da recusa em voltar a experimentar os alimentos com os quais tiveram experiências negativas (14). O desenvolvimento social e emocional é igualmente afetado. Os conflitos relacionados com a comida e com o momento da refeição levam à diminuição do prazer da realização de refeições em família tanto para a criança como para a família. A criança poderá ter dificuldade em lidar com ambientes sociais que envolvam comida fora do ambiente familiar, incluindo alimentar-se na escola ou com os pais (7, 14).

Intervenção Nutricional e Abordagem Multidisciplinar

As DAs de causa não-orgânica representam 80% dos casos de DAs. Estas podem ser superadas através de intervenção nutricional, tendo como objetivo a reabilitação nutricional e a modificação do comportamento alimentar, bem como a (re)educação dos pais/cuidadores e a monitorização do crescimento e do estado nutricional (3, 4, 6, 7).

Ainda que a maioria das crianças seja saudável e apresente um crescimento e desenvolvimento adequados à idade, o seu comportamento alimentar é causador de grande ansiedade e preocupação para os pais/cuidadores (11, 17). Além disso, a recusa à ingestão de determinados alimentos e a variação do apetite da criança ao longo do(s) dia(s) é, por vezes, erradamente interpretada como um problema alimentar, quando na realidade são expectativas não correspondidas face à alimentação da criança (11, 17). Perante este cenário, é importante que o profissional de saúde, nomeadamente o Nutricionista, esclareça e distinga os comportamentos expectáveis e fisiológicos característicos do normal desenvolvimento da criança (por exemplo, anorexia fisiológica do 2.º ano de vida e neofobia alimentar), dos preocupantes e patológicos (por exemplo, seletividade alimentar), incluindo os casos em que ocorre ausência de ganho de peso e/ou diminuição do ritmo de crescimento (9, 11). O profissional de saúde deverá estar atento a eventuais desvios não esperados na trajetória individual de crescimento, competindo-lhe alertar os pais/cuidadores face a eventuais repercussões no desenvolvimento da criança de forma clara e objetiva (11).

A avaliação do crescimento da criança através do peso e comprimento/estatura, e do estado nutricional determinado em parte pela interpretação da relação do peso/comprimento até aos 2 anos de idade e, posteriormente, do Índice de Massa Corporal, são alguns recursos simples e práticos a utilizar (11). Para além disso, é fundamental a avaliação dos hábitos alimentares da criança (incluindo número, horário e local das refeições, alimentos preferidos e rejeitados, como e por quem os alimentos são oferecidos, e sua aceitação), assim como a análise da adequação nutricional, após a recolha da história alimentar tão precisa quanto possível e respetiva quantificação. A recolha destes dados é fundamental para uma intervenção nutricional adequada às características da criança e da família (9, 11).

Nos casos mais severos e/ou persistentes, ou quando há suspeita de possíveis causas orgânicas, perturbações do neurodesenvolvimento ou perturbações do comportamento alimentar, incluindo crianças que

preenchem os critérios de diagnóstico de Perturbação da Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva ou as que têm necessidades dietéticas especiais devido a doenças crónicas, para melhor identificação e intervenção a nível de todos os fatores envolvidos, poderá ser necessário o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar, que inclua, para além do Nutricionista, Pediatra, Gastroenterologista, Pedopsiquiatra, Psicólogo, Terapeuta da fala e Terapeuta ocupacional (3, 7, 20, 22).

A (re)educação alimentar dos pais/cuidadores é fundamental, devendo ser fornecidas orientações e recomendações práticas focadas na promoção de um comportamento mais responsivo e menos controlador e autoritário relativamente à alimentação da criança (3, 4, 7). Estes devem ainda ser alertados para o facto de que a adoção de uma atitude mais assertiva e responsável em relação à alimentação da criança não é sinónimo de permissividade ou negligência (3, 4, 7).

ANÁLISE CRÍTICA

As DAs interferem de forma significativa na aquisição de hábitos alimentares das crianças, impactando a qualidade da sua alimentação, a relação com os pais/cuidadores e, por conseguinte, a sua saúde no futuro.

As práticas alimentares, principalmente nos primeiros mil dias de vida (desde a conceção até completar dois anos de idade), têm repercussões ao longo da vida. A promoção do aleitamento humano, o início da alimentação complementar em idade adequada, a evolução das texturas dos alimentos, a oferta alimentar variada e as práticas parentais adequadas, são variáveis que exercem um efeito protetor da manifestação de DAs de causa não-orgânica. Paralelamente, o ambiente social representa um fator determinante no comportamento alimentar das crianças, incluindo não só pais/cuidadores, mas também os irmãos e os familiares, os educadores/professores e os pais.

A maior incidência de DAs em crianças com pais/cuidadores com perfil autoritário/controlador, permissivo ou negligente evidencia a necessidade de (re)educação alimentar e da adoção de comportamentos responsivos em relação à alimentação das crianças prevenindo a sua intensidade e persistência. Tendo em conta que o comportamento inadequado dos pais/cuidadores é motivado pela preocupação com a saúde da criança e por desconhecimento de causa, estas questões devem ser consideradas ao orientar os pais, com empatia e sem culpabilização. A presença do Nutricionista como parte integrante de uma abordagem multidisciplinar é fundamental para transmitir segurança através de uma avaliação nutricional minuciosa. Atualmente, a estimativa da prevalência das DAs, o seu diagnóstico preciso e o reconhecimento de todas as suas particularidades, é condicionado pela inexistência de critérios de classificação e de diagnóstico bem definidos e consensualmente aceites. Inevitavelmente, esta limitação compromete o desenvolvimento com rigor de recomendações de conduta profissional perante uma queixa de DA de novo ou persistente, independentemente de exclusão prévia de causa orgânica. À data, tanto quanto é do nosso conhecimento e de acordo com a pesquisa efetuada, a literatura existente na área das DAs na infância de causa não-orgânica, é escassa e maioritariamente restrita a estudos de caso. Assim, torna-se imperativa uma maior investigação em torno das DAs, de forma a definir estratégias úteis e consensuais para as identificar e avaliar, tendo em vista o seu tratamento eficaz.

As DAs na infância poderão também ter várias implicações para a Saúde Pública, na medida em que, quando são não atempadamente tratadas, poderão afetar o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional das crianças não só no momento, mas também com repercussões a longo prazo, inclusivamente no comportamento

alimentar ao longo da vida. Não pode ser descurado que as crianças com DAs, independentemente de se tratar de *Picky Eating*, Neofobia ou Seletividade alimentar, apresentam risco de deficiências nutricionais, as quais impactam não só no seu crescimento e saúde óssea, mas também na sua imunidade, desenvolvimento cognitivo e rendimento escolar. Para além disso, comportamentos restritivos e/ou seletivos podem levar a comportamentos compensatórios com alimentos densamente energéticos, contribuindo assim para o aumento da obesidade em idade pediátrica. De salientar que estas crianças desenvolvem com frequência ansiedade em relação à alimentação, com impacto na sua qualidade de vida e no seu relacionamento com os pais. Mitigar o impacto decorrente das DAs na infância requer uma abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais de saúde de diferentes especialidades, tão precoce quanto possível.

Assim, conclui-se que perante o impacto significativo das DAs na saúde das crianças, é premente a definição de critérios de classificação e de diagnóstico que permitam de uma forma inequívoca a sua identificação precoce e a implementação de estratégias de intervenção nutricional específicas e eficazes. A sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância deste tema dotá-los-á de uma maior atenção para a promoção de medidas preventivas, de que são exemplo o aleitamento humano, a educação alimentar desde a introdução dos primeiros alimentos e a criação de ambientes positivos durante as refeições. Todas estas abordagens irão favorecer o desenvolvimento saudável da criança, promovendo uma relação equilibrada com os alimentos e com a alimentação, e prevenindo repercussões futuras. Dada a complexidade e pertinência do tema, e pelo facto das DAs na infância representarem um desafio em termos clínicos e de saúde pública, mais estudos são necessários para aprofundar o conhecimento de todos os fatores envolvidos para assim desenvolver planos eficientes de intervenção a nível individual e na comunidade.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum dos autores reportou conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR PARA O ARTIGO

VS, IT: Conceção e planeamento; VS: Pesquisa; VS, IT: Análise e interpretação;

VS, IT: Redação e revisão; VS, IT: Revisão final.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dijk MV. A complex dynamical systems approach to the development of feeding problems in early childhood. *Appetite*. 2021;157:104982.
2. Rybak A. Organic and Nonorganic Feeding Disorders. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(5):16-22.
3. Romano C, Hartman C, Privitera C, Cardile S, Shamir R. Current topics in the diagnosis and management of the pediatric non organic feeding disorders (NOFEDs). *Clin Nutr*. 2015 Apr;34(2):195-200.
4. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*. 2010 Mar;43(2):98-111.
5. Levy Y, Levy A, Zangen T, Kornfeld L, Dalal I, Samuel E, Boaz M, Ben David N, Dunitz M, Levine A. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009 Mar;48(3):355-362.
6. Silverman AH. Behavioral Management of Feeding Disorders of Childhood. *Ann Nutr Metab*. 2015;66 Suppl 5:33-42.
7. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015 Feb;135(2):344-353.
8. Bialek-Dratwa A, Szczepańska E, Szymańska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Kowalski O. Neophobia-A Natural Developmental Stage or Feeding Difficulties for Children? *Nutrients*. 2022 Apr 6;14(7):1521.

9. Saure C, Zonis LN, González Sanguineti X, Kovalskys I. Feeding difficulties in childhood: A narrative review. *Arch Argent Pediatr*. 2024 Oct 1;122(5).
10. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009 Nov;48(9):960-965.
11. Tomada I, Ferreira R, Rêgo C. Diminuição do apetite de causa não orgânica na primeira infância. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2015(01):10-14.
12. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2008 Mar-May;50(2-3):181-193.
13. Łoboś P, Januszewicz A. Food neophobia in children. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2019;25(3):150-154.
14. Johnson SL, Moding KJ, Bellows LL. Children's challenging eating behaviors: Picky eating, food neophobia, and food selectivity. In: *Pediatric Food Preferences and Eating Behaviors*. Academic Press; 2018. p. 73-92.
15. Boquin MM, Moskowitz HR, Donovan SM, Lee, S. Defining perceptions of picky eating obtained through focus groups and conjoint analysis. *J Sens Stud*. 2014;29:126-138.
16. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*. 2015 Dec;95:349-359.
17. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019 Aug 23;21(10):51.
18. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak S, Evans EW, Scampini R, Maslin M, Must A. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J Pediatr*. 2010 Aug;157(2):259-264.
19. Lafraire J, Rioux C, Giboreau A, Picard D. Food rejections in children: Cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite*. 2016 Jan 1;96:347-357.
20. Taylor CM, Emmett PM. Picky eating in children: causes and consequences. *Proc Nutr Soc*. 2019 May;78(2):161-169.
21. Chilman L, Kennedy-Behr A, Frakking T, Swanepoel L, Verdonck M. Picky Eating in Children: A Scoping Review to Examine Its Intrinsic and Extrinsic Features and How They Relate to Identification. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 27;18(17):9067.
22. Maximino P, Machado R, Junqueira P, Ciari M, Tosatti A, Ramos C, Fisberg M. How to monitor children with feeding difficulties in a multidisciplinary scope? Multidisciplinary care protocol for children and adolescents – Pilot study. *J Hum Growth Dev*. 2016;26(3):331-340.
23. Morris N, Knight RM, Bruni T, Sayers L, Drayton A. Feeding Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017 Jul;26(3):571-586.