

Seletividade alimentar e o papel da escola: crianças que frequentam regularmente a escola apresentam maior repertório alimentar?

Mariana Correia Stevenson Braga¹ , Luana Romão Nogueira² , Arissa Matsuyama Okuizumi³ ,
Nilvane Oliveira Rocha¹ , Andrea Romero de Almeida¹ , Priscila Maximino² , Mauro Fisberg² 

RESUMO

Objetivo: Comparar o número de alimentos aceitos por crianças de 0 a 5 anos com seletividade alimentar que frequentam ou não a escola. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com dados de 94 crianças de 0 a 5 anos diagnosticadas com seletividade alimentar atendidas em um centro de referência. O diagnóstico do paciente é baseado na classificação de Kerzner e o repertório alimentar foi avaliado por meio do inventário alimentar. A frequência da criança à escola ou não foi autorreferida pelo responsável da criança. Para os testes de diferenças utilizou-se o qui-quadrado e o T de student, dependendo da natureza da variável. Para todas as análises, considerou-se nível de significância menor que 5%. **Resultados:** No presente estudo, a maioria das crianças era do sexo masculino (64,9%), com mais de 2 anos (78,7%), eutrófica de acordo com IMC para idade (86,0%), seletivo regular (77,7%) e sem doença orgânica associada (63,7%). O número médio de alimentos aceitos pela amostra foi de $19,2 \pm 7,7$ alimentos. Em relação a frequentar a escola ou não, 67,0% frequenta a escola regularmente. Apesar de haver valor médio menor de alimentos quando não se frequenta a escola ($17,8 \pm 7,3$ vs $20,8 \pm 7,8$, quando frequenta), não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,074$). De modo geral, foram encontradas médias maiores quando há a frequência na escola. Crianças com risco de sobrepeso/sobrepesas ou que foram amamentadas exclusivamente até os 6 meses e que frequentam a escola apresentam maior média de alimentos aceitos quando comparadas às que não frequentam ($p=0,002$ e $p=0,046$, respectivamente). **Conclusão:** Crianças altamente seletivas vão menos à escola do que os seletivos regulares. Crianças com risco de sobrepeso e sobrepesas que não frequentam a escola apresentam seletividade mais severa.

Palavras-chave: Seletividade alimentar, Alimentação infantil, Consumo alimentar.

1. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, (SP), Brasil

2. Instituto PENSI - Hospital Infantil Sabará/Fundação José Luiz Egydio Setúbal, São Paulo, (SP), Brasil

3. Universidade Federal de São Paulo, (SP), Brasil



INTRODUÇÃO

A formação de hábitos alimentares se inicia na infância, desde o aleitamento materno¹, apesar do caráter instável e modificável no decorrer da vida^{2,3}. Esse processo é influenciado por fatores genéticos e ambientais, e com o tempo, leva ao reconhecimento das preferências alimentares¹. A escolha alimentar, por sua vez, é determinada por inúmeros fatores biológicos, econômicos, físicos, sociais e psicológicos⁴⁻⁶. Tendo em vista isso, a aceitabilidade de determinado alimento pode sofrer influência de inúmeras variáveis, como a familiaridade com o mesmo, sendo necessário repetidas exposições até a aceitação por parte da criança^{5,6}.

A recusa alimentar é considerada um comportamento comum na infância, e pode ser resultado de experiências negativas com alimentos específicos⁷, do receio implícito nos alimentos ainda desconhecidos⁸ e de condições orgânicas como deficiências neuromotoras, prematuridade, doença do refluxo gastroesofágico^{9,10}, por exemplo. Nesse contexto, surge o termo dificuldade alimentar (DA), usado para descrever qualquer problema que causa impacto negativo e que interfira na ingestão alimentar, podendo afetar o estado nutricional e as relações sociais⁹.

Entre os tipos de DA, a seletividade alimentar é muito comum em crianças pré-escolares¹¹, podendo persistir até a vida adulta¹². A seletividade alimentar pode ser classificada de acordo com a sua causa e com o seu grau de gravidade. É considerada leve quando uma criança experimenta novos alimentos, mas gosta apenas de um conjunto restrito, além de apresentar desenvolvimento adequado em relação à idade. Enquanto o indivíduo altamente seletivo apresenta aceitação alimentar que se traduz em 10 a 15 alimentos, o que é considerado grave, pois pode comprometer ou atrasar as funções motoras orais normais⁹.

Estudos apontam que a família¹³, professores e outras crianças¹⁴, por vezes descritas como “pares”, influenciam o desenvolvimento de padrões, escolhas e preferências alimentares em crianças. A aprendizagem social, através da observação de

um modelo é uma das maneiras mais comuns das crianças modificarem seus hábitos¹⁵.

Dessa forma, a escola possui o papel de controle social através da influência do comportamento humano, tal como convívio social e o hábito alimentar^{7,15,16}. A literatura mostra que intervenções conduzidas no ambiente escolar apresentam resultados positivos¹⁷ e grande aceitabilidade por parte dos estudantes¹⁸. Por isso, destaca-se a importância da escola nesse contexto.

Considerando os aspectos expostos, o objetivo do presente estudo é comparar o número de alimentos aceitos por crianças de 0 a 5 anos com seletividade alimentar que frequentam ou não a escola.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, com dados de 94 crianças de 0 a 5 anos diagnosticadas com seletividade alimentar atendidas em um centro de referência no atendimento de DA localizado no município de São Paulo – SP. Foram incluídos dados de crianças com seletividade alimentar atendidas de agosto de 2014 a dezembro de 2019, com até 5 anos e que apresentaram o inventário alimentar preenchido. Foram excluídos do estudo pacientes com 6 anos ou mais, com diagnóstico de DA que não seja seletividade alimentar, ou cujo diagnóstico estivesse em aberto.

As consultas do serviço em questão são realizadas por equipe multiprofissional, composta por médico pediatra, fonoaudiólogo e nutricionista. Para conclusão do diagnóstico e definição de plano de tratamento são realizadas reuniões multidisciplinares, a fim de se definir a melhor conduta. O protocolo de atendimento pode ser verificado em publicação prévia¹⁹.

O diagnóstico do paciente é baseado na classificação de Kerzner¹⁰ com adaptações, já que não há instrumentos validados para tal função. Os perfis de DA na infância, segundo Kerzner¹⁰ são: interpretação equivocada dos pais, seletividade, agitação com apetite limitado, fobia alimentar, presença de doença orgânica, crianças com distúrbio

psicológico ou negligenciada e choro que interfere na alimentação. O centro de referência considera os seguintes perfis de DA: seletividade alimentar, fobia alimentar e apetite limitado. No presente estudo, foram utilizados os dados apenas dos pacientes diagnosticados com seletividade alimentar.

Os dados foram obtidos com base na entrevista realizada com o responsável pela criança durante o primeiro atendimento multiprofissional, após análise de prontuários. Um dos instrumentos utilizados pelo serviço é o inventário alimentar (IA) que avalia o repertório alimentar da criança. No IA são descritos pelos responsáveis os alimentos que a criança aceita, alimentos que deixou de aceitar e alimentos que rejeita totalmente²⁰. Posteriormente, o IA é revisado e completado em consulta pela nutricionista por meio de checagem de todos os possíveis alimentos – em todas as diversas formas de apresentação – que fazem parte da rotina alimentar da criança.

A frequência da criança à escola ou não foi autorreferida pelo responsável da criança após questionamento da equipe.

As variáveis a seguir foram coletadas dos prontuários e incluídas no presente estudo:

- Sexo (feminino; masculino);
- Faixa etária (≤ 2 anos; > 2 a ≤ 5 anos);
- Classificação do índice de massa corporal (IMC) para idade (magreza; eutrofia; risco de sobrepeso ou sobrepeso) de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria²¹;
- Classificação da seletividade alimentar (altamente seletivo – até 15 alimentos aceitos; seletivo regular – mais de 15 alimentos aceitos);
- Doença orgânica associada (sim; não);
- Fase de aparecimento da queixa de DA (aleitamento materno; alimentação complementar; alimentação da família);
- Tempo de aleitamento materno exclusivo (AME) (menos de 6 meses; 6 meses);
- Frequenta a escola (sim; não).

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e analisados no *Stata* 13.0. As variáveis qualitativas foram demonstradas por meio de frequências em número e porcentagem e apresentadas em tabelas. As variáveis quantitativas tiveram média e desvio padrão calculados. Para os

testes de diferenças utilizou-se o qui-quadrado e o T de *student*, dependendo da natureza da variável. Para todas as análises, considerou-se nível de significância menor que 5%.

Todos os pacientes apresentaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo responsável legal. O uso dos dados de prontuários foi previamente aprovado (registrado sob CAAE 32939314.0.0000.5567) e o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 28256720.9.0000.5567).

RESULTADOS

A maioria da amostra era do sexo masculino (64,9%), com mais de 2 anos (78,7%), eutrófica de acordo com IMC para idade (86,0%), seletivo regular (77,7%) e sem doença orgânica associada (63,7%). A fase mais comum de aparecimento da queixa foi a alimentação da família (50,0%), além de ser mais frequente o AME por menos de 6 meses (67,4%) (Tabela 1). O número médio de alimentos aceitos pela amostra foi de $19,2 \pm 7,7$ alimentos. Em relação a frequentar a escola ou não, 67,0% frequenta a escola regularmente, sendo que destes, 66,7% estuda meio período.

Na Tabela 1, as variáveis de interesse também estão descritas de acordo com a frequência ou não à escola. Houve diferenças estatisticamente significativas para as variáveis de faixa etária ($p=0,000$) e classificação da seletividade alimentar ($p=0,032$). Crianças mais novas frequentam menos a escola (70,0%) do que crianças com mais de 2 anos (23,0%). Ademais, 52,4% das crianças classificadas como altamente seletivas não frequentam a escola, enquanto apenas 27,4% das crianças seletivas regulares também não frequentam.

Sobre a média de alimentos aceitos, apesar de haver valor médio menor de alimentos quando não se frequenta a escola ($17,8 \pm 7,3$ vs $20,8 \pm 7,8$ quando frequenta), não houve diferença estatisticamente significativa na análise ($p=0,074$).

A Tabela 2 apresenta os valores de média e desvio padrão do número de alimentos aceitos pela amostra de acordo com as variáveis de interesse do estudo. De modo geral, foram encontradas médias

Tabela 1 - Distribuição das variáveis qualitativas segundo frequência à escola. São Paulo, 2019.

	Total	Frequenta a escola		Valor de p*
	n(%) ou média±DP	Sim n(%) ou média±DP	Não n(%) ou média±DP	
<i>Alimentos aceitos</i>	19,2±7,7	20,8±7,8	17,8±7,3	0,074
<i>Sexo</i>				
Feminino	33(35,1)	19(57,6)	14(42,4)	0,152
Masculino	61(64,9)	44(72,1)	17(27,9)	
<i>Faixa etária (anos)</i>				
≤2 anos	20(21,3)	6(30,0)	14(70,0)	0,000
>2 a ≤5 anos	74(78,7)	57(77,0)	17(23,0)	
<i>Classificação IMC/ Idade</i>				
Magreza	1(1,1)	1(100)	-	0,776
Eutrofia	80(86,0)	53(66,3)	27(33,7)	
Risco de sobrepeso ou sobrepeso	12(12,9)	8(66,7)	4(33,3)	
<i>Classificação da seletividade alimentar</i>				
Altamente seletivo	21(22,3)	10(47,6)	11(52,4)	0,032
Seletivo regular	73(77,7)	53(72,6)	20(27,4)	
<i>Doença orgânica associada</i>				
Não	58(63,7)	38(65,5)	20(34,5)	0,478
Sim	33(36,3)	24(72,7)	9(27,3)	
<i>Fase de aparecimento da queixa alimentar</i>				
Aleitamento materno	4(4,3)	2(50,0)	2(50,0)	0,053
Alimentação complementar	43(45,7)	24(55,8)	19(44,2)	
Alimentação da família	47(50,0)	37(78,7)	10(21,3)	
<i>Tempo de AME</i>				
Menos de 6 meses	62(67,4)	41(66,1)	21(33,9)	0,710
6 meses	30(32,6)	21(70,0)	9(30,0)	

*Qui-quadrado ou T de Student

maiores quando há a frequência na escola. Crianças com risco de sobrepeso/sobrepesas ou que foram amamentadas exclusivamente até os 6 meses que frequentam a escola apresentam maior média de alimentos aceitos quando comparadas às que não frequentam ($p=0,002$ e $p=0,046$, respectivamente).

DISCUSSÃO

A maioria das crianças com seletividade alimentar frequenta a escola e é classificada como seletiva regular. Crianças altamente seletivas vão menos à escola do que os seletivos regulares, além disso, uma média menor de número de alimentos

Tabela 2 – Análise quantitativa do número de alimentos aceitos de acordo com variáveis de interesse e segundo frequência à escola. São Paulo, 2019.

	Frequenta a escola		Valor de p*
	Sim média (DP)	Não média (DP)	
<i>Sexo</i>			
Feminino	22,4(9,1)	19,4(7,3)	0,362
Masculino	20,2(7,2)	16,5(7,3)	0,079
<i>Faixa etária (anos)</i>			
≤2 anos	22,0(6,7)	17,9(6,2)	0,198
>2 a ≤5 anos	20,8(8,0)	17,8(8,3)	0,191
<i>Classificação IMC/Idade</i>			
Magreza	8(0,0)	-	-
Eutrofia	21,1(8,1)	18,9(7,0)	0,238
Risco de sobrepeso ou sobrepeso	21,8(4,2)	10,5(4,8)	0,002
<i>Doença orgânica associada</i>			
Não	20,7(8,1)	19,7(6,5)	0,462
Sim	19,1(8,0)	19,8(6,8)	0,118
<i>Fase de aparecimento da queixa alimentar</i>			
Aleitamento materno	18,3(6,1)	13,0(0,0)	0,184
Alimentação complementar	19,3(8,3)	18,1(6,4)	0,846
Alimentação da família	20,7(8,2)	24,5(4,0)	0,101
<i>Tempo de AME</i>			
Menos de 6 meses	19,9(7,4)	20,4(6,7)	0,525
6 meses	21,0(9,2)	17,8(5,5)	0,046

*T de Student,

aceitos foi encontrada quando não se frequenta a escola. Ademais, crianças com risco de sobrepeso ou sobrepesas e crianças amamentadas exclusivamente até os seis meses que vão à escola apresentam maior média de alimentos aceitos quando comparadas às que não frequentam.

Não foram encontrados estudos com análises semelhantes para comparação. No entanto, diversos trabalhos tratam do papel da escola como formadora e modificadora de hábitos alimentares^{7,16,22,23}.

O ambiente escolar é importante no cenário de seletividade alimentar, pois possibilita a autonomia²² e um contato com maior variedade de alimentos^{18,22}. Raulio, Pietikäinen e Prättälä²⁴, avaliando os hábitos

alimentares de pré-escolares finlandeses durante o período letivo demonstrou que o consumo do almoço na escola estava associado ao maior consumo de vegetais, frutas, pão, leite e derivados. Enquanto o não consumo do almoço estava relacionado ao maior consumo de batata frita, chips de batata, hambúrgueres, tortas de carne, sorvete, doces e chocolate.

Staiano e colaboradores²⁵ analisaram a influência de um modelo em vídeo na aceitação alimentar de 42 crianças pré-escolares e mostraram que crianças que são expostas a um comportamento têm maior chance de repeti-lo. De forma semelhante, Birch²⁶, expôs crianças-alvo à crianças-modelo que

selecionavam e comiam alimentos classificados entre os não-preferidos da criança-alvo por quatro dias. A experiência foi suficiente para produzir a escolha do alimento inicialmente não-preferido pela criança-alvo, sugerindo que a exposição rotineira a crianças com preferências diferentes das próprias poderia induzir à aceitação de um leque maior de alimentos.

Horne e colaboradores²⁷ utilizaram intervenções baseadas em modelos de pares e recompensas na escola primária. Obtiveram como resultado maior consumo de frutas e vegetais na escola e posteriormente, em casa, indicando a mudança de comportamento, mesmo quando retiradas as intervenções inicialmente oferecidas. Estudos demonstram que as intervenções mais benéficas envolvem todos os componentes, incluindo as crianças, os pais, os professores, os familiares e as instituições públicas^{28,29}. Desta forma, é importante a necessidade de sensibilizar a comunidade escolar acerca do papel de cada membro no processo de educação por uma alimentação saudável. Do mesmo modo, é preciso reavaliar a formação de nível fundamental em relação às múltiplas dimensões do ato alimentar, ultrapassando a visão dos aspectos biológicos, reavaliando as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas, assim como a bibliografia utilizada como referência³⁰.

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é uma estratégia efetiva tanto para a prevenção e controle dos problemas alimentares e nutricionais atuais quanto para promoção da alimentação adequada e saudável. A EAN deve se basear nos princípios propostos pelos guias alimentares nacionais^{31,32}, com a finalidade de conscientizar pais e filhos sobre o significado da refeição e a importância de se ter uma alimentação variada e saudável. Em estudo realizado por Glaglianone e colaboradores³³, foi observado que a educação nutricional nas escolas pode ter um impacto positivo, mesmo que pequeno, na base de preferências e conhecimentos dos alunos.

Em 2018 foi implementada a Lei 13.666/2018, determinando a inclusão da EAN no currículo escolar do ensino fundamental e médio³⁴. Assim sendo, a referida lei passa a ser um caminho para que as escolas comecem a entregar maior conhecimento sobre alimentação para as crianças. Apesar de já estar em vigor, a implantação dessa lei ainda é muito recente e não foi possível avaliar seus efeitos.

De acordo com Kupolati e colaboradores³⁵, a escola pode influenciar no comportamento e na escolha alimentar dos estudantes, principalmente quando a EAN é abordada de modo efetivo, com participação e apoio dos alunos, professores e direção. É importante destacar que o comportamento alimentar é caracterizado por um componente afetivo, não cognitivo que independe da informação²⁶, a decisão sobre a escolha alimentar envolve também o ambiente³⁶ e por vezes a percepção e pressão de colegas¹⁸.

Além disso, Brown, Mellveen e Strugnell³⁷ referem que alguns alunos têm consciência nutricional, mas apresentam uma lacuna entre a teoria e a prática. O aluno tendo conhecimento e colocando-o em prática, se torna um agente de mudança na própria vida e na comunidade.

Apesar disso, é necessário considerar que, em alguns casos, o ambiente de alimentação na escola pode dificultar a alimentação de crianças com DA. Fatores como tempo limitado para a realização da refeição, sobrecarga sensorial e numerosas distrações dificultam a tarefa e devem ser considerados pelos pais e escola de modo a se minimizar os efeitos negativos.

No presente estudo, foi evidenciado que crianças sobrepesas ou com risco de sobrepeso que frequentam a escola aceitam o dobro de alimentos diferentes quando comparadas às que não frequentam. Esse achado se mostra interessante, uma vez que, com o aumento do repertório, é possível que alimentos de melhor qualidade nutricional sejam inseridos na alimentação da criança. Carter³⁸ destaca que o ambiente escolar com programas de incentivo a atividade física e de alimentação escolar apresenta-se como potencial influência para as crenças e atitudes de estudantes a respeito da nutrição e do controle de peso, e consequente impacto nos determinantes do excesso de peso.

Por outro lado, um estudo realizado na Coreia do Sul³⁹ entrevistou 15 crianças com excesso de peso e seus pais sobre as dificuldades na adesão da alimentação saudável. Questões em relação às escolas, como um ambiente não prazeroso para refeições, atitudes de professores, educação nutricional ineficaz e um ambiente de alimentação não-saudável ao redor da escola foram levantadas como barreiras. Desse modo, a atenção à saúde no ambiente escolar envolve inúmeros fatores e deve ser bem trabalhado.

Em relação ao AME, é importante destacar que a literatura considera que a amamentação facilita a inserção de novos alimentos. O leite humano tem características sensoriais que o fazem mudar de acordo com o consumo alimentar da mãe, o que possibilita o lactente experimentar variados sabores e odores^{40,41}.

Por fim, o estudo de Taylor e Emmett⁴² concluiu que a seletividade alimentar tende a se resolver de forma espontânea, no entanto, não se sabe ao certo de que forma. Os autores supõem que uma possível justificativa envolve a exposição a uma maior variedade de alimentos por estarem gradualmente mais ativos socialmente no ambiente escolar e por conhecerem cada vez mais colegas com crescente independência e autonomia, o que reforça o papel da escola no manejo da seletividade alimentar.

O estudo apresenta algumas limitações: (i) foi avaliado apenas o número de alimentos aceitos; (ii) a EAN é uma prática que necessita de ações contínuas e regulares e que demanda tempo. Como a amostra foi composta por crianças de 0 a 5 anos, talvez os impactos na alimentação com a inserção na escola não tenham sido mensurados, pois irão aparecer mais futuramente. Apesar dessas limitações, o presente estudo possui caráter inovador visto que não foram encontrados trabalhos que avaliaram o número de alimentos aceitos por crianças com seletividade alimentar relacionado à inserção e papel da escola. Além disso, a investigação foi realizada em um centro de referência no atendimento às DA que conta com equipe multidisciplinar e protocolos de atendimento e de pesquisa.

CONCLUSÃO

Crianças altamente seletivas vão menos à escola do que os seletivos regulares. Crianças com risco de sobrepeso e sobrepeso que não frequentam a escola apresentam seletividade mais severa. Futuras investigações longitudinais são importantes para melhor elucidação do papel da escola na seletividade alimentar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2Ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015. 184p.
2. Raulio S, Roos E, Prättälä R. School and workplace meals promote healthy food habits. *Public Health Nutrition*. 2010;13(6A):987-992.
3. Casey R, Rozin P. Changing children's food preferences: parent opinions. *Appetite*. 1989;12:171-182.
4. Rawlins E. Choosing Health? Exploring Children's Eating Practices at Home and at School. *Antipode*. 2009;41(5):1084-1109.
5. Sperandio N, Priore SE. Inquéritos antropométricos e alimentares na população brasileira: importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(2):499-508.
6. Ulin PR, Robbison ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington: OPAS/OMS; 2006.
7. Hursti UKK. Factors influencing children's food choice. *Annals of Medicine*. 1999;31(1):26-32.
8. Hendy HM, Raudenbush B. Effectiveness of teacher modeling to encourage food acceptance in preschool children. *Appetite*. 2000;34:61-76.
9. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-353.
10. Kerzner, B. Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009;48(1):960-5.
11. Maranhão HS, Aguiara RC, Liraa DTJ, Salesa MUF, Nóbrega NAN. Feeding difficulties in preschool children, previous feeding practices, and nutritional status. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(1):45-51.
12. Cole NC, An R, Lee SY, Donovan SM. Correlates of picky eating and food neophobia in young children: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev*. 2017;75(7):516-532.
13. Delormier R, Frohlich KL, Potvin L. Food and eating as social practice – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009;31(2):215-228.
14. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. NY: Freeman & Company. 1997. 604p.
15. Viana V, Santos PL, Guimaraes MJ. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psic., Saúde & Doenças*. 2008;9(2):209-231.
16. Cervato-Mancuso AM, Westphal MF, Araki EL, Bógus CM. O papel da alimentação escolar na formação dos hábitos alimentares. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31(3):324-330.
17. Sacchetti R, Dallolio L, Musti MA, Guberti E, Garulli A, Beltrami P et al. Effects of a school based intervention

- to promote healthy habits in children 8-11 years old, living in the lowland area of Bologna Local Health Unit. *Ann Ig.* 2015;27:432-446.
18. McEvoy CT, Lawton J, Kee F, Young IS, Woodside JV, McBratney J. Adolescents' view about a proposed rewards intervention to promote healthy food choice in secondary school canteens. *Health Education Research.* 2014;29(5):799-811.
19. Maximino P, Machado RHV, Junqueira P, Ciari M, Tosatti AM, Ramos CdC, et al. How to monitor children with feeding difficulties in a multidisciplinary scope? Multidisciplinary care protocol for children and adolescents. *J Hum Growth Dev.* 2016;26(3):327.
20. Ribeiro LW, Ricci R, Maximino P, Machado RHV, Bozzini AB, Claudia CR, et al. Clinical use of a food inventory to identify maternal underreport on children's food intake: experience of a reference center in Brazil. *Nutr. Clín. Diet. Hosp.* 2018;38(1):81-89.
21. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente: Manual de Orientação. Rio de Janeiro. 2009, p.45.
22. Schmitz BAS, Recine E, Cardoso GT, da SILVA JRM, Amorim FA, Bernardon R, et al. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. *Cadernos de Saúde Pública.* 2008;24(2): 312-322.
23. Burke L. Healthy eating in the school environment – a holistic approach. *International Journal of Consumer Studies.* 2002;26(2):159-163.
24. Raulio S, Pietikäinen M, Prättälä R. Ruokapalveluiden seurantaraportti 2: Suomalaisnuorten kouluikäinen ateriointi (Food Services Monitoring Report 2: Finnish youth school meals). Helsinki: National Public Health Institute. 2007.
25. Staiano AE, Marker AM, Frelie JM, Hsia DS, Martin CK. Influence of Screen-Based Peer Modeling on Preschool Children's Vegetable Consumption and Preferences. *J Nutr Educ Behav.* 2016;48(5):331-335.
26. Birch LL. Effects of Peer Models' Food Choices and Eating Behaviors on Preschoolers' Food Preferences. *Child Development.* 1980;51(2):489-496.
27. Horne PJ, Tapper K, Lowe CF, Hardman CA, Jackson MA, Woolner J. Increasing children's fruit and vegetable consumption: a peer-modelling and rewards-based intervention. *Eur J Clin Nutr.* 2004;58(12):1649-1660.
28. Morris JG, Gorely T, Sedgwick MJ, Nevill A, Nevill ME. Effect of the great activity programme on healthy lifestyle behaviours in 7-11 years old. *J Sport Sci.* 2013;31(12):1280-1293.
29. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;12:CD001871.
30. Camozzi ABQ, Monego ET, Menezes IHCF, Silva PO. Promoção na Alimentação Saudável na Escola: realidade ou utopia?. *Cad. Saúde Colet.* 2015;23(1):32-37.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamentos de Promoção da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 2019: 265 p.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2014: 165 p.
33. Gaglianone CP, Taddei JAAC, Colugnati FAB, Magalhães CG, Davanço GM, de Macedo L, et al. Nutrition education in public elementary schools of São Paulo, Brazil: the Reducing Risks of Illness and Death in Adulthood project. *Revista de Nutrição.* 2006;19(3): 309-320.
34. Brasil. Lei nº 13.666/2018, de 17 de maio de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13666.htm. Acesso em 1 de abril de 2020.
35. Kupolati MD, Gericke GJ, Macintyre UE. Teachers' perceptions of school nutrition education's influence on eating behaviours of learners in the Bronkhorstspuit District. *S. Afr. J. Educ.* 2015;35(2):1-10.
36. Birch LL. A call for the explicit recognition of affect in models of human eating behavior. *J Nutr Educ.* 1981;13:49-53.
37. Brown K, Mellveen H, Strugnell C. Young consumers' food preference within selected sectors of the hospitality spectrum. *Journal of Consumer Studies and Home Economics.* 2000;24(2):104-112.
38. Carter RC. The Impact of Public Schools on Childhood Obesity. *JAMA.* 2002;288(17):2180.
39. Kim HS, Park J, Ma Y, Im M. What Are the Barriers at Home and School to Healthy Eating?: Overweight/Obese Child and Parent Perspectives. *Journal of Nursing Research.* 2019;27(5):e48.
40. De Cosmi V, Scaglioni S, Agostoni C. Early taste experiences and later food choices. *Nutrients.* 2017;9(2):107.
41. Dunn RL, Lessen R. The Influence of Human Milk on Flavor and Food Preferences. *Current Nutrition Reports.* 2017;6(1):134-140.
42. Taylor CM, Emmett PM. Picky eating in children: causes and consequences. *Proceedings of the Nutrition Society.* 2019;78(2):161-169.

Autor Correspondente:
Luana Romão Nogueira
luanarnog@gmail.com

Editor:
Prof. Dr. Marcelo Riberto

Recebido: 27/07/2020
Aprovado: 15/03/2021
