



Nutrição infantil

Atualização Outubro 2011

Índice

Síntese	5
<hr/>	
Habilidades de alimentação, apetite e comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico	8
MARIA RAMSAY, PHD, DEZEMBRO 2004	
<hr/>	
Comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança	17
YI HUI LIU, MD MPH, MARTIN T. STEIN, MD, SETEMBRO 2005	
<hr/>	
Comportamento alimentar e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança. Comentários sobre Ramsay, e Liu e Stein	25
ROBERT F. DREWETT, D.PHIL., C. PSYCHOL., FRCPCH, SETEMBRO 2005	
<hr/>	
Ajudando as crianças a desenvolver hábitos saudáveis de alimentação	29
MAUREEN M. BLACK, PHD, KRISTEN M. HURLEY, PHD, AGOSTO 2007	
<hr/>	
Avaliação e tratamento de distúrbios alimentares pediátricos	39
CATHLEEN C. PIAZZA, PHD, TAMMY A. CARROLL-HERNANDEZ, PHD, MARÇO 2004	
<hr/>	
Crianças pequenas e comportamentos alimentares. Comentários sobre Piazza e Carroll-Hernandez, Ramsay e Black	47
KATHLEEN BURKLOW, PHD, OUTUBRO 2004	
<hr/>	
Serviços e programas comprovadamente eficazes no manejo de comportamentos alimentares de crianças pequenas (do nascimento aos 5 anos de idade) e seu impacto sobre seu desenvolvimento social e emocional. Comentários sobre Piazza e Carroll-Hernandez, Ramsa	54
DIANE BENOIT, MD, FRCPC, OUTUBRO 2004	

Tema financiado por:



Síntese

Qual é sua importância?

Os primeiros anos de vida caracterizam-se por *mudanças rápidas no desenvolvimento* em relação à alimentação. As crianças passam de uma postura supina ou semirreclinada para a posição sentada e do mecanismo básico de sugar-engolir para o de mastigar-engolir, aprendem a alimentar-se sozinhas e fazendo a transição para a dieta e os modelos alimentares da família.

Problemas alimentares moderados e transitórios ocorrem em 25% a 35% das crianças pequenas, enquanto problemas alimentares graves e crônicos ocorrem em 1% a 2% dos casos. As condições mais comuns incluem comer demais, comer mal, problemas comportamentais relacionados à alimentação e preferências alimentares incomuns ou pouco saudáveis. O problema parece ser mais prevalente em crianças com *deficiência no desenvolvimento*, com uma prevalência estimada de dificuldades relativas às refeições da ordem de 33%.

Em crianças saudáveis, os problemas alimentares são, em sua maioria, temporários e de fácil solução. No entanto, problemas alimentares persistentes podem comprometer o crescimento da criança, assim como as relações com cuidadores, levando a problemas de saúde no desenvolvimento a longo prazo. Geram mais preocupação os numerosos casos de crianças pequenas em risco de nutrição deficiente devido à ingestão de dietas pobres e à dependência de alimentos com altos teores de açúcar e gorduras e de carboidratos refinados. Esses padrões nutricionais deficientes – alto teor de gordura, açúcar e carboidratos refinados; bebidas doces; e poucas frutas, verduras e legumes – aumentam a probabilidade de deficiências de micronutrientes – por exemplo, anemia por deficiência de ferro – e de excesso de peso na infância.

O que sabemos?

Os *padrões e as preferências alimentares* das crianças estabelecem-se cedo. As crianças aceitam ou rejeitam alimentos com base nas qualidades sensoriais do alimento, como gosto, textura, cheiro, temperatura ou aparência. Fatores ambientais também desempenham um papel. O contexto em que o alimento é apresentado, assim como a presença de outras pessoas e as consequências esperadas do comer ou não comer contribuem para as reações das crianças aos

alimentos.

Durante a refeição, bebês e cuidadores estabelecem uma parceria na qual reconhecem e interpretam reciprocamente seus sinais de comunicação verbal e não verbal. Isto constitui a base de um vínculo emocional, ou apego.

Os problemas alimentares são provocados pela *interação de fatores biológicos e psicológicos* diversos, e frequentemente é difícil definir suas contribuições específicas. Fatores biológicos podem incluir experiências iniciais, tais com procedimentos médicos, hospitalização crônica ou problemas médicos que provocam dor em decorrência da alimentação. Além disso, é possível que a crianças tenha *deficits* motores orais – por exemplo, dificuldade de engolir – que dificultam a alimentação.

Quando as habilidades relacionadas à alimentação estão prejudicadas, e/ou quando a criança tem pouco apetite, podem ocorrer comportamentos alimentares problemáticos, como recusar-se a comer. A *recusa a comer* pode levar a déficit de crescimento. Ironicamente, essa condição contribui para as deficiências em habilidades alimentares, uma vez que crianças mal-nutridas não têm energia suficiente para alimentar-se de forma competente. Assim, estabelece-se um ciclo vicioso, no qual a criança recusa o alimento, não consegue aprender que comer já não provoca dor, perde oportunidades de exercitar e desenvolver habilidades motoras orais, e não consegue ganhar peso.

Em crianças essencialmente saudáveis, a questão que leva algumas crianças a ter preferências alimentares seletivas (crianças “enjoadas” para comer) vem-se tornando uma área importante de estudo, uma vez que, em nações desenvolvidas, está relacionada à obesidade epidêmica. No processo de transição para a alimentação familiar, as pistas reguladoras internas relativas à fome e à saciedade são frequentemente sobrepujadas por padrões familiares e culturais. Hábitos dietéticos pouco saudáveis na família e a exposição frequente a lanchonetes tendem a estabelecer padrões alimentares negativos, e colocam muitas crianças pequenas em risco de deficiências nutricionais e de excesso de peso.

O que pode ser feito?

Alimentar-se é uma habilidade que se desenvolve no processo do crescimento. Uma abordagem em múltiplos níveis – que leve em consideração fatores ambientais, familiares e individuais – e as

intervenções para promoção de padrões alimentares saudáveis em crianças provavelmente é a estratégia mais eficaz. As dificuldades de alimentação requerem a *combinação de conhecimentos* de terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos comportamentais, nutricionistas e uma variedade de especialidades médicas reunidas em clínicas multidisciplinares.

No nível ambiental, os restaurantes são encorajados a oferecer às crianças opções de alimentos nutritivos. No nível familiar existem diretrizes para educar as famílias sobre necessidades nutricionais e para oferecer estratégias para o estabelecimento de comportamentos alimentares saudáveis. Para criar e modificar padrões alimentares das crianças é fundamental a *participação e orientação dos cuidadores*. Eles precisam garantir a oferta de alimentos saudáveis para as crianças, em um esquema temporal previsível e em um contexto agradável. Crianças criadas por cuidadores que apresentam modelos de comportamentos alimentares saudáveis tendem a estabelecer preferências e hábitos alimentares saudáveis. *Diretrizes educacionais* para ensinar profissionais clínicos e pais devem incluir informações sobre *necessidades nutricionais e estratégias* para a promoção de comportamentos alimentares saudáveis – apresentando modelos positivos de comportamento alimentar, e oferecendo rotinas consistentes e previsíveis de refeições, oferecendo alimentos nutritivos e balanceados, em um ambiente positivo no momento das refeições.

Intervenções eficazes para crianças que apresentam problemas alimentares graves, frequentemente associados a problemas médicos e *deficits* de crescimento, são tratamentos de administração de contingências, que utilizam reforçamento positivo para respostas alimentares adequadas e ignoram ou orientam respostas inadequadas. *Instrumentos de detecção* de comportamentos alimentares problemáticos ajudam a identificá-los precocemente.

Indo mais adiante, seriam desejáveis mais pesquisas sobre os fatores fisiológicos e ambientais que afetam comportamentos alimentares problemáticos. Bem como sobre os determinantes individuais, interativos e ambientais de estilos de alimentação, e sobre a relação entre estilos de alimentação e o comportamento alimentar e o ganho de peso em crianças.

* NT: Na literatura da área, a expressão “Failure to thrive” tem sido traduzida por “falhas do crescimento” ou “falhas no crescimento”. Refere-se a peso baixo para a idade ou taxa baixa de aumento de peso para a idade. Falhas ou déficit de crescimento durante um determinado tempo, geralmente durante o primeiro ano de vida, refere-se a redução da velocidade de ganho de peso e do comprimento para a idade.

Habilidades de alimentação, apetite e comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico

Maria Ramsay, PhD

McGill University, Canadá

Dezembro 2004

Introdução

Tal como outras habilidades sensoriomotoras, a alimentação é uma habilidade que amadurece durante o processo de desenvolvimento ao longo dos dois primeiros anos de vida. Trata-se de um processo sensoriomotor altamente complexo, com estágios de desenvolvimento baseados em maturação neurológica e experiências de aprendizagem.¹⁻⁴ No entanto, a alimentação, diferentemente de outras habilidades sensoriomotoras, é muito dependente, desde o nascimento, de movimentos internos de incentivo ou motivação para iniciar a ingestão (choro de fome),⁵ e é essencial para a sobrevivência do recém-nascido. Assim, o ato de alimentar tem alta carga emocional para a mãe, cuja responsabilidade primária, aos olhos da família, da sociedade e da cultura que a cercam, é garantir o crescimento e o bem-estar inicial de seu bebê. Portanto, a relação de alimentação entre a mãe e o bebê é influenciada, desde os primeiros momentos de vida, tanto por fatores fisiológicos como por forças interacionais em múltiplos níveis.

Do que se trata

Quando as habilidades relativas à alimentação estão íntegras e o apetite é adequado, os momentos de alimentação e, posteriormente, a hora das refeições são fontes de socialização prazerosa, que resultam em ingestão adequada de nutrientes e crescimento adequado.⁶ Solicitar alimento a intervalos regulares, sugar, comer e beber em um ritmo satisfatório, experimentar novos sabores e texturas de alimentos, e expressar satisfação ao final da refeição são considerados comportamentos alimentares adequados pela família e pela sociedade. Esses comportamentos propícios à alimentação provocam elogios e interações alimentares positivas e, dessa forma, reforçam o sentimento de autodomínio da criança pequena, e promovem a aceitação continuada do alimento e o desenvolvimento de comportamento alimentar

independente.

No entanto, quando as habilidades alimentares estão prejudicadas (por exemplo, dificuldade de sucção ou reflexo de vômito) e/ou há falta de apetite (sinais inadequados de fome/saciedade).⁷⁻¹³ Essas condições manifestam-se em comportamentos alimentares problemáticos, como não sinalizar a fome, sugar ou comer devagar demais, ter ânsia de vômito, curvar e sacudir a cabeça à vista do alimento e não aceitar a comida na boca. Além disso, o condicionamento associativo a sinais gastrointestinais (tanto prazerosas quanto dolorosas) é particularmente poderoso em bebês, e também se manifesta em comportamentos alimentares problemáticos.¹⁴⁻¹⁸ As características de temperamento e as capacidades de regulação do bebê também podem modular esses comportamentos alimentares.¹⁹⁻²⁰

As tentativas da mãe de aumentar a ingestão de nutrientes pelo bebê alimentando-o mais frequentemente ou durante mais tempo tendem a resultar em experiências estressantes para ambos.²¹ Embora esses esforços possam inicialmente funcionar bem para a manutenção de um bom ganho de peso,²²⁻²³ tendem a tornar-se ineficazes com o tempo, e passam a prevalecer interações desajustadas e manejo inadequado do comportamento nas situações de refeição. As características da mãe e da família e as expectativas sociais sobre o tamanho da criança e o tipo de alimento ingerido exercem ainda outras pressões sobre uma relação alimentar já estressada.^{17,}

²⁴⁻²⁶

Problemas

Dificuldades de alimentação são um dos distúrbios mais comuns de desenvolvimento em bebês e crianças pequenas, saudáveis em outros aspectos, e resultam freqüentemente em crescimento inadequado e déficit de crescimento. Segundo o relato dos pais, estima-se que 25% a 28% dos bebês com menos de 6 meses de idade, 24% das crianças de 2 anos de idade e 18% das de 4 anos de idade manifestem problemas na alimentação.²⁷⁻³¹ Clinicamente, muitas vezes nem a mãe nem o pediatra sabem determinar as razões subjacentes aos comportamentos alimentares problemáticos. Assim, as reações da mãe a um filho que se alimenta mal podem estar sujeitas a críticas familiares implícitas ou explícitas, o que muitas vezes resulta em insegurança da mãe sobre sua capacidade de cuidar da criança.³²⁻³⁴ Do ponto de vista das políticas de saúde, a falta de conhecimento dos profissionais e dos pais jovens a respeito da alimentação como uma habilidade de desenvolvimento altamente variável, motivada por ciclos de fome/saciedade e condicionada por reações dos pais, pode resultar em crescimento deficiente, comportamentos alimentares

problemáticos, interações estressantes e conflitos familiares no momento das refeições.

Contexto de pesquisa

Os estudos clínicos transversais têm sido os mais utilizados para examinar a relação entre dificuldades alimentares e apego,³⁵⁻³⁶ características maternas,³⁷⁻³⁹ dinâmica familiar⁴⁰⁻⁴² e práticas de alimentação.^{22,43,44} Esses estudos transversais foram realizados retrospectivamente – isto é, depois que as crianças foram diagnosticadas com baixa taxa de crescimento –, e são de natureza correlacional, o que dificulta interpretações causais. São muito poucos os estudos observacionais que focalizaram interações na hora da alimentação e comportamentos alimentares problemáticos.⁴⁵⁻⁴⁶ Outros estudos foram realizados no contexto de intervenções comportamentais para comportamentos alimentares problemáticos em lactentes doentes.⁴⁷⁻⁵⁰ Poucos psicólogos que atuam na área do desenvolvimento têm manifestado interesse pelo desenvolvimento da alimentação e de padrões de aceitação do alimento.⁵¹⁻⁵³ Mais recentemente, vem aumentando o número de pesquisadores que focalizam possíveis fisiopatologias do crescimento deficiente e de comportamentos alimentares problemáticos (variabilidade de taxa cardíaca, equilíbrio hormonal).⁵⁴⁻⁵⁵

Questões-chave para pesquisa

A extensa investigação na área de problemas alimentares e deficiências de crescimento pode ser dividida em três questões para pesquisa: 1) De que forma características maternas e familiares (habilidades cognitivas, distúrbios de personalidade, status psicológico e história precoce de apego) influenciam o crescimento e os comportamentos alimentares? 2) Qual é a eficácia das intervenções comportamentais para problemas graves de comportamento alimentar em crianças doentes? (ver a revisão de Kerwin sobre esse amplo conjunto de estudos na literatura) 3) De que forma as características do bebê (habilidades alimentares, apetite, temperamento e outras características fisiológicas) desencadeiam ou influenciam o crescimento, os comportamentos alimentares e a interação nas situações de refeição?

Resultados de pesquisas recentes

Serão resumidas aqui apenas as pesquisas que abordam a terceira questão. Em um estudo populacional recente, cobrindo uma extensa população sobre crescimento e desenvolvimento de crianças, verificou-se que uma parte significativa (17 em 47) das crianças diagnosticadas com déficit de crescimento apresentavam dificuldades motoras orais. Os autores sugeriram que algumas crianças são, biologicamente desde o nascimento, mais vulneráveis do que outras a

problemas de alimentação.⁵⁷ Um outro estudo mostrou que crianças pequenas com refluxo gastro-esofágico tinham probabilidade significativamente maior do que os sujeitos-controle de apresentar atrasos nas habilidades alimentares e na disponibilidade para a ingestão de sólidos.⁵⁸ Em um estudo prospectivo de um grupo de bebês saudáveis e a termo (n=330), aqueles que, com uma semana de vida e aos 2 meses de idade, apresentavam sucção ineficiente exigiam de suas mães esforços significativamente maiores na alimentação do que bebês que sugavam de maneira eficiente.²³

Diversos estudos mostraram que crianças abaixo de 3 ou 4 anos de idade comem primariamente em resposta ao apetite ou a sinais de fome, enquanto que a alimentação de crianças mais velhas é influenciada por uma diversidade de fatores ambientais (maior disponibilidade de alimentos) e sociais.⁵⁹⁻⁶² Um conjunto de estudos demonstrou que, diferentemente dos sujeitos-controle, crianças com déficit no crescimento ao final de primeiro ano de vida respondem igualmente bem a sinais prazerosos (soluções açucaradas) como os controles.⁶³ Em outro estudo a ingestão de alimentos com alto teor calórico foi significativamente mais baixa para o grupo de 1 ano com déficit do crescimento do que os controles. Os autores concluíram que essas crianças não apresentavam as respostas normais a sinais internos de fome/saciedade.⁶⁴ Da mesma forma, observou-se que crianças com deficit de crescimento recusavam mais frequentemente o alimento oferecido e alimentavam-se com frequência significativamente menor do que os controles.⁶⁵ Outros trabalhos mostraram que problemas alimentares freqüentemente ocorrem simultaneamente a problemas de sono e distúrbios comportamentais (irritabilidade, dificuldade de se acalmar e intolerância à mudança), o que sugere que talvez todas essas alterações sejam sintomas de um mesmo “distúrbio constitucional de regulação” em bebês e crianças pequenas.⁶⁶⁻⁶⁹

Por fim, depois de 60 anos de estudos com animais com foco no comportamento relacionado ao apetite em nível hormonal, começaram a surgir estudos sobre comportamento alimentar e medicamentos que promovem o apetite. Diversos estudos mostraram que comportamentos apetitivos ou comportamentos propícios à alimentação aumentam em resposta à medicação com estimulantes do apetite, resultando em ganho de peso.⁷⁰⁻⁷³

Conclusões

A compreensão dos comportamentos alimentares requer o reconhecimento da alimentação como uma habilidade que amadurece no processo de desenvolvimento e que se baseia em sinais de fome/saciedade e em experiências de aprendizagem. Enquanto as habilidades relacionadas à

alimentação já estão bem estabelecidas aos 2 anos de idade, sinais de fome/saciedade passam, aos 4 ou 5 anos de idade, do controle primariamente interno para o controle externo (família, escola, sociedade). Dessa forma, embora os primeiros comportamentos alimentares problemáticos – por exemplo, virar a cabeça, inclinar o corpo ou chorar – tendem a ser reações a sinais internos, como falta de fome ou capacidade deficiente de sucção; esses mesmos comportamentos também podem ser condicionados por associação com pistas externas e sociais, como pais que os encorajam ou comerciais de televisão.

A intervenção comportamental precoce pode desempenhar um papel importante na normalização dos comportamentos alimentares e nas interações na situação de refeição, o que, por sua vez, ajuda a promover autonomia e outras habilidades de autoajuda na criança. No entanto, práticas culturais de alimentação e outras habilidades de autoajuda em crianças pequenas são muito variáveis. Um caso particular é o de pais imigrantes jovens, com pouco domínio dos idiomas inglês ou francês e que frequentemente se sentem isolados em seu novo país. Na ausência de suas próprias famílias, sentem falta de informações e de apoio. Essas questões culturais precisam ser tratadas com sensibilidade e cuidado em intervenções terapêuticas.

Implicações para políticas e serviços

A principal descoberta das pesquisas aqui resumidas é a de que a constituição fisiológica do bebê desempenha um papel importante na relação dinâmica na qual se desenvolvem os comportamentos alimentares. Este achado tem diversas implicações para políticas e serviços na área do comportamento alimentar e do crescimento.

1. É preciso elaborar diretrizes educacionais para ensinar pais e profissionais que atuam em áreas clínicas sobre a alimentação como uma habilidade que se desenvolve, assim como sobre os comportamentos alimentares como marcos de habilidades alimentares e do ciclo fome/saciedade, e também como reação às práticas de alimentação dos próprios pais.
2. É desejável que sejam desenvolvidas mais pesquisas sobre os fatores fisiológicos e ambientais dos comportamentos alimentares problemáticos.
3. Deve ser encorajada a criação de clínicas multidisciplinares especializadas em alimentação, incumbidas de abordar as dificuldades alimentares mais graves. Essas clínicas devem ser facilmente acessíveis para os pais, e oferecer intervenções comportamentais efetivas e estratégias preventivas nos estágios iniciais de identificação de comportamentos

alimentares problemáticos.

4. É preciso apoiar a capacitação de especialistas no campo de distúrbios alimentares, que deve incluir os componentes comportamentais, interacionais e de desenvolvimento dos comportamentos alimentares.
5. Deve ser promovido o desenvolvimento de um instrumento simples de detecção de comportamentos alimentares problemáticos, a ser utilizado na prática pediátrica. Esse instrumento contribuiria para a identificação e a intervenção precoce em crianças com comportamentos alimentares problemáticos e suas famílias.

Referências

1. Lewis JA. Oral motor assessment and treatment of feeding difficulties. In: Accardo PJ, ed. *Failure to thrive in infancy and early childhood: a multidisciplinary team approach*. Baltimore, Md: University Park Press; 1982:265-295.
2. Morris SE. *The normal acquisition of oral feeding skills: Implications for assessment and treatment*. Central Islip, NY: Therapeutic Media; 1982.
3. Sheppard JJ, Mysak ED. Ontogeny of infantile oral reflexes and emerging chewing. *Child Development* 1984;55(3):831-843.
4. Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America* 1991;38(6):1439-1453.
5. Bosma JF. Evaluation and therapy of impairments of suckle and transitional feeding. *Journal of Neurologic Rehabilitation* 1990;4:79-84.
6. Ramsay M. Les problèmes alimentaires chez les bébés et les jeunes enfants : Une nouvelle perspective. *PRISME* 1999;30:10-26.
7. Mathisen B, Skuse D, Wolke D, Reilly S. Oral-motor dysfunction and failure to thrive among inner-city infants. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1989;31(3):293-302.
8. Milla PJ. Feeding tasting and sucking. In: Walker WA, ed. *Pediatric gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management*. Philadelphia, Pa: B.C. Decker; 1991:217-223.
9. Evans TJ, Davies DP. Failure to thrive at the breast: an old problem revisited. *Archives of Disease in Childhood* 1977;52(12):974-975.
10. Farrell MK. Difficult feeders: intervene or watch? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1995;20(1):2-3.
11. Ramsay M. Feeding disorder and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1995;4(3):605-616.
12. Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA, Christoffel KK. Infant and toddler feeding patterns and problems: Normative data and a new direction. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1996;17(3):149-153.
13. Rudolph CD. Diagnosis and management of children with feeding disorders. In: Hyman PE, Di Lorenzo C, eds. *Pediatric gastrointestinal motility disorders*. New York, NY: Academy Professional Information Services; 1994:33-53.
14. Davidson TL. Pavlovian occasion setting: A link between physiological change and appetitive behavior. *Appetite* 2000;35(3):271-272.
15. Hamilton AB, Zeltzer LK. Visceral pain in infants. *Journal of Pediatrics* 1994;125(6):S95-S102.

16. Hyman PE. Gastroesophageal reflux: One reason why baby won't eat. *Journal of Pediatrics* 1994;125(6):S103-S109.
17. Singer L. When a sick child won't - or can't - eat. *Contemporary Pediatrics* 1990;7:60-65.
18. Skuse DH. Identification and management of problem eaters. *Archives of Disease in Childhood* 1993;69(5):604-608.
19. DeGangi GA, DiPietro JA, Greenspan SI, Porges SW. Psychophysiological characteristics of the regulatory disordered infant. *Infant Behavior and Development* 1991;14(1):37-50.
20. DeGangi GA, Porges SW, Sickel RZ, Greenspan SI. Four-year follow-up of a sample of regulatory disordered infants. *Infant Mental Health Journal* 1993;14(4):330-343.
21. Ferguson A, Blaymore Bier JA, Cucca J, Andreozzi L, Lester B. The quality of sucking in infants with colic. *Infant Mental Health Journal* 1996;17(2):161-169.
22. Ramsay M, Gisel EG. Neonatal sucking and maternal feeding practices. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1996;38(1):34-47.
23. Ramsay M, Gisel EG, McCusker J, Bellevance F, Platt R. Infant sucking ability, non-organic failure to thrive, maternal characteristics and feeding practices: A prospective cohort study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2002;44(6):405-414.
24. Budd KS, McGraw TE, Farbisz R, Murphy TB, Hawkins D, Heilman N, Werle M, Hochstadt NJ. Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *Journal of Pediatric Psychology* 1992;17(1):81-94.
25. Drotar D. Failure to thrive. In: Routh DK, ed. *Handbook of pediatric psychology*. New York, NY: Guilford Press; 1988:71-107.
26. Fosson A, Wilson J. Family interactions surrounding feedings of infants with nonorganic failure-to-thrive. *Clinical Pediatrics* 1987;26(10):518-523.
27. Beautrais AL, Fergusson DM, Shannon FT. Family-life events and behavioral-problems in preschool-aged children. *Pediatrics* 1982;70(5):774-779.
28. Forsyth BWC, Leventhal JM, McCarthy PL. Mothers' perceptions of problems of feeding and crying behaviors: A prospective-study. *American Journal of Diseases of Children* 1985;139(3):269-272.
29. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders* 1991;10(4):395-405.
30. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child: Care, Health and Development* 2000;26(1):5-16.
31. Wright C, Loughridge J, Moore G. Failure to thrive in a population context: two contrasting studies of feeding and nutritional status. *Proceedings of the Nutrition Society* 2000;59(1):37-45.
32. Heptinstall E, Puckering C, Skuse D, Start K, Zurszpiro S, Dowdney L. Nutrition and mealtime behavior in families of growth-retarded children. *Human Nutrition: Applied Nutrition* 1987;41a(6):390-402.
33. Ramsay M. Feeding disorders and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America* 1995;4:605-616.
34. Ramsay M, Gisel EG, Boutry M. Non-organic failure to thrive: growth failure secondary to feeding-skills disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1993;35(4):285-297.
35. Benoit D. Failure to thrive and feeding disorders. In: Zeanah CH Jr., ed. *Handbook of Infant Mental Health*. New York, NY: Guilford Press; 1993:317-331.
36. Chatoor I, Dickson L, Schaeffer S, Egan J. A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment. In: Drotar D, ed. *New directions in failure to thrive: implications for research and practice*. New York, NY: Plenum Press; 1985:235-258.

37. Galler JR, Harrison RH, Biggs MA, Ramsey F, Forde V. Maternal moods predict breastfeeding in Barbados. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1999;20(2):80-87.
38. Polan HJ, Kaplan MD, Kessler DB, Schindledecker R, Mewmark M, Stern D, Ward MJ. Psychopathology in mothers of children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal* 1991;12(1):55-64.
39. Ward MJ, Kessler DB, Altman SC. Infant-mother attachment in children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal* 1993;14(3):208-220.
40. Drotar D, Eckerle D. The family environment in nonorganic failure to thrive: A controlled-study. *Journal of Pediatric Psychology* 1989;14(2):245-257.
41. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Thunström M. Early food refusal: Infant and family characteristics. *Infant Mental Health Journal* 1994;15(3):262-277.
42. Satter EM. The feeding relationship. *Journal of the American Dietetic Association* 1986;86(3):352-356.
43. Parkinson KN, Drewett RF. Feeding behaviour in the weaning period. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(7):971-978.
44. Piwoz EG, Black RE, Lopez de Romana G, Creed de Kanashiro H, Brown KH. The relationship between infants' preceding appetite, illness, and growth performance and mothers' subsequent feeding practice decisions. *Social Science and Medicine* 1994;39(6):851-860.
45. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmerus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Mental Health Journal* 1996;17(4):334-347.
46. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1994;35(4):733-748.
47. Babbitt RL, Hoch TA, Coe DA, Cataldo MF, Kelly KJ, Stackhouse C, Perman JA. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994;15(4):278-291.
48. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1998;27(2):143-147.
49. Iwata BA, Riordan MM, Wohl MK, Finney JW. Pediatric feeding disorders: Behavioral analysis and treatment. In: Accardo PJ, ed. *Failure to thrive in infancy and early childhood: a multidisciplinary team approach*. Baltimore, Md: University Park Press; 1982:297-329.
50. Werle MA, Murphy TB, Budd KS. Treating chronic food refusal in young children: Home-based parent training. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1993;26(4):421-433.
51. Birch LL, Gunder L, Grimm-Thomas K, Laing DG. Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite* 1998;30(3):283-295.
52. Birch LL. Development of food acceptance patterns. *Developmental Psychology* 1990;26(4):515-519.
53. Harris G, Thomas A, Booth DA. Development of salt taste in infancy. *Developmental Psychology* 1990;26(4):534-538.
54. Shaoul R, Kessel A, Toubi E, Lanir A, Glazer O, Jaffe M. Leptin and cytokines levels in children with failure to thrive. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2003;37(4):487-491.
55. Steward DK, Moser DK, Ryan-Wenger NA. Biobehavioral characteristics of infants with failure to thrive. *Journal of Pediatric Nursing* 2001;16(3):162-171.
56. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.
57. Reilly SM, Skuse DH, Wolke D, Stevenson J. Oral-motor dysfunction in children who fail to thrive: organic or non-organic? *Developmental Medicine and Child Neurology* 1999;41(2):115-122.

58. Mathisen B, Worrall L, Masel J, Wall C, Shepherd RW. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: A controlled study. *Journal of Paediatrics and Child Health* 1999;35(2):163-169.
59. Fisher JO, Birch LL. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 year of age. *American Journal of Clinical Nutrition* 2002;76(1):226-231.
60. Rolls BJ, Engell D, Birch LL. Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2000;100(2):232-234.
61. Weingarten HP. Stimulus control of eating: implications for a two-factor theory of hunger. *Appetite* 1985;6(4):387-401.
62. Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America* 1995;42(4):931-953.
63. Kasese-Hara M, Drewett R, Wright C. Sweetness preferences in 1-year-old children who fail to thrive. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2001;19(3):253-257.
64. Kasese-Hara M, Wright C, Drewett R. Energy compensation in young children who fail to thrive. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2002;43(4):449-456.
65. Drewett RF, Kasese-Hara M, Wright C. Feeding behaviour in young children who fail to thrive. *Appetite* 2003;40(1):55-60.
66. Greenspan SI, Wieder S. Regulatory disorders. In: Zeanah CH Jr., ed. *Handbook of infant mental health*. New York, NY: Guilford Press; 1993:280-290.
67. Hofacker NV, Papousek M. Disorders of excessive crying, feeding and sleeping: The Munich Interdisciplinary Research and Intervention Program. *Infant Mental Health Journal* 1998;19(2):180-201.
68. St.James-Roberts I, Plewis I. Individual differences, daily fluctuations, and developmental changes in amounts of infant waking, fussing, crying, feeding, and sleeping. *Child Development* 1996;67(5):2527-2540.
69. Wolke D, Gray P, Meyer R. Excessive infant crying: a controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics* 1994;94(3):322-332.
70. Alyaarubi S, Ramsay M, Rodd C. Megestrol acetate promotes euglycemia and appetite in a child with persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy. *Acta Paediatrica* 2004;93(3):422-423.
71. Arumugam R, Scheimann AO, Lifschitz C, Gopalakrishna GS. Megestrol acetate treatment for anorexia and undernutrition in children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1998;27(4):476.
72. Blissett J, Harris G, Kirk J. Effect of growth hormone therapy on feeding problems and food intake in children with growth disorders. *Acta Paediatrica* 2000;89(6):644-649.
73. Lichtman SN, Maynor A, Rhoads JM. Failure to imbibe in otherwise normal infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2000;30(4):467-470.

Comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança

Yi Hui Liu, MD MPH, Martin T. Stein, MD

University of California San Diego, EUA

Setembro 2005

Introdução

A alimentação é um evento primário na vida do bebê e da criança pequena. É um foco de atenção de pais e de outros cuidadores, e fonte de interação social por meio de comunicação verbal e não verbal. A experiência de se alimentar oferece não apenas sustento, mas também oportunidade de aprendizagem. Afeta não só o crescimento físico e a saúde da criança, mas também seu desenvolvimento psicossocial e emocional. A relação alimentar é afetada pela cultura, pelo *status* de saúde e pelo temperamento.

Do que se trata

O componente essencial do comportamento alimentar na infância é a relação entre a criança e seu cuidador principal. Os três primeiros anos de vida constituem um desafio especial, uma vez que as habilidades e necessidades alimentares das crianças se modificam com o desenvolvimento motor, cognitivo e social. No primeiro estágio de autorregulação e organização – do nascimento até os 3 meses de idade –, a criança integra as experiências de fome e de saciedade, desenvolvendo padrões alimentares regulares. No segundo estágio – dos 3 aos 7 meses de idade –, o bebê e o cuidador criam um apego que lhes permite comunicar-se um com o outro, e o bebê desenvolve comportamentos confiantes e de autoapaziguamento. No terceiro estágio – dos 6 aos 36 meses de idade –, a criança aos poucos “separa-se” emocionalmente do cuidador e descobre um senso de autonomia ou independência, utilizando suas habilidades motoras e linguísticas emergentes para controlar o ambiente e estabelecer a alimentação independente.

Com a participação nas refeições familiares, expande-se o componente social da alimentação. A criança começa a imitar as escolhas de alimentos, os padrões e os comportamentos que os

membros da família lhe oferecem como modelo. A estrutura das refeições familiares estabelece limites para a criança à medida que ela desenvolve habilidades de alimentação independente. O acesso a determinados alimentos, os modelos oferecidos, a exposição aos meios de comunicação e as interações em torno da alimentação modelam o comportamento e as preferências alimentares da criança.

Os comportamentos dos cuidadores e o temperamento da criança influenciam a relação alimentar. Pais que permitem que o bebê determine o momento de se alimentar, a quantidade dos alimentos e o espaçamento entre as refeições ajudam o bebê a desenvolver autorregulação e apego seguro. Pais que permitem que a criança explore o ambiente, oferecendo-lhe uma estrutura e limites adequados, ajudam a criança a desenvolver habilidades motoras e sociais. Cuidados parentais eficazes ajustam-se e respondem ao temperamento da criança – à sua reatividade emocional, sua adaptabilidade e sua reação a mudanças. O temperamento pode afetar a maneira pela qual a criança se aproxima e reage a novos alimentos e aos padrões alimentares dos pais.

A cultura pode afetar significativamente a experiência alimentar. Pode determinar não só a escolha da alimentação do bebê (aleitamento materno ou leites substitutos), mas também comportamentos associados (o ato de dormir junto está relacionado com aleitamento materno prolongado), a duração do método de alimentação (desmame mais tardio em países em desenvolvimento e mais precoce em meio a mães trabalhadoras de países desenvolvidos), exposição a ambientes de alimentação fora do lar (creches, no caso de famílias cujas mães trabalham fora).

Problemas

Problemas alimentares moderados e transitórios ocorrem em 25% a 35% das crianças pequenas, enquanto que problemas alimentares crônicos ocorrem em 1% a 2% delas.¹ As condições mais comuns incluem comer demais, comer mal, problemas de comportamento alimentar e preferência por alimentos pouco usuais ou pouco saudáveis. Embora distúrbios médicos e seleção inadequada de alimentos possam resultar em problemas alimentares, essas condições são frequentemente afetadas por problemas na interação pais-filho nas experiências iniciais de alimentação. Pode haver influências também de problemas de autorregulação, apego, temperamento e desenvolvimento da autonomia. Uma relação frágil de apego pode resultar de abuso de drogas ou doença mental do cuidador, atraso no desenvolvimento ou uma condição

médica da criança, e conflito de personalidade/temperamento entre pais e filhos.

Embora em sua maioria os problemas alimentares de bebês e crianças pequenas sejam temporários, pode haver prejuízos para o desenvolvimento emocional e social em fases mais tardias da infância, na adolescência e na vida adulta. Obesidade, doença cardiovascular, diabetes *melitus* e problemas comportamentais são mais frequentes em crianças que tiveram problemas alimentares na primeira infância.

1. *Ingestão excessiva de alimentos.* Nos Estados Unidos, a prevalência de excesso de peso e de obesidade aumentou para 10,4% em crianças de 2 a 5 anos de idade, 15,3% em crianças de 6 a 11 anos, e 15,5% entre 12 e 19 anos.² Essas crianças não estão apenas em risco de problemas médicos – por exemplo, diabetes *melitus*, hipertensão, problemas ortopédicos, apneia obstrutiva do sono –, mas também de baixa autoestima, perturbações da imagem corporal, isolamento social, desajustamento, depressão e distúrbios alimentares. A estigmatização social já começa na pré-escola e continua ao longo da idade escolar, uma vez que os pares de idade podem rejeitar crianças com excesso de peso. As preocupações parentais com ingestão excessiva de alimentos e obesidade podem resultar em restrições inadequadas na dieta de seus filhos pequenos.
2. *Má alimentação e ganho insuficiente de peso.* Os pais podem ter uma percepção errônea de que seu filho está ingerindo menos nutrientes do que deveria quando a criança é ativa e tem mais interesse em brincar no ambiente do que em comer. Alguns pais têm expectativas inadequadas sobre porções suficientes de alimento e ganho de peso. Falhas no crescimento^a ocorrem quando a taxa de ganho de peso de uma criança baixou para o percentil três a cinco em relação ao sexo e à idade gestacional corrigida, ou quando o peso da criança diminuiu em dois percentis em uma curva padronizada de crescimento. Crianças sob esse risco podem ter prejuízos de desenvolvimento de habilidades e crescimento – por exemplo, altura, circunferência craniana –, e a longo prazo correm risco de problemas de desenvolvimento e de comportamento.
3. *Problemas de comportamento alimentar.* Os pais podem ter dificuldade ao fazer a transição entre um bebê que coopera durante sua alimentação para uma criança que está começando a andar e busca independência durante as refeições. Preferências alimentares restritas podem ser normais e temporárias nesse período, ou podem evoluir para um distúrbio comportamental. Fobias alimentares e distúrbios alimentares pós-traumáticos

podem resultar de um episódio de sofrimento – por exemplo, engasgar e sentir-se sufocado com um alimento – ou de uma experiência difícil associada a uma reação alérgica induzida por um alimento.

4. *Preferências pouco usuais.* A pica, ingestão de substâncias não nutritivas é normal em crianças com menos de 2 anos de idade, que exploram seu ambiente por meio de experiências mão-boca. Depois dos 2 anos, é uma condição comportamental mais frequente em crianças com estimulação insuficiente, distúrbios psicológicos e retardo mental.
5. *Preferências alimentares pouco saudáveis.* As preferências alimentares são estabelecidas por meio da exposição e do acesso a alimentos e modelos, e por meio de publicidade. A maioria das dietas “alternativas” não é prejudicial, embora devam ser levadas em conta algumas deficiências nutricionais específicas – por exemplo, de ferro e de vitamina B em dietas vegetarianas.

Contexto de pesquisa

As experiências de alimentação na primeira infância afetam a saúde e o bem-estar psicológico. Uma vez que muitos problemas alimentares têm suas raízes na infância, a pesquisa atual focaliza a determinação dos antecedentes desses problemas e a eficácia de procedimentos de modificação de diversos fatores.

Questões-chave de pesquisa

Quais são os antecedentes comportamentais mais significativos da obesidade infantil que afetam a alimentação? De que forma podem ser modificados? Como é possível manter as mudanças comportamentais? Quais intervenções baseadas na comunidade são mais eficazes e têm impacto sobre escolhas nutricionais otimizadas e comportamentos alimentares precoces? Quais determinantes culturais influenciam comportamentos alimentares otimizados na primeira infância? De que maneira uma melhor compreensão de valores e hábitos culturais singulares pode influenciar os programas médicos e de saúde pública de forma a melhorar a nutrição infantil?

Resultados de pesquisas recentes

A pesquisa comportamental sobre alimentação na infância focalizou o aleitamento materno

(escolha, iniciação e manutenção), informações aos pais sobre métodos de alimentação adequados a cada fase do desenvolvimento, e programas comportamentais orientados para distúrbios alimentares específicos, entre os quais obesidade, falhas do crescimento e anorexia nervosa. Em cada um desses casos, foram aplicados de maneira eficaz os princípios de modificação do comportamento, promoção da saúde e da educação.

Muitos estudos examinaram a proposta de que o aleitamento materno protege contra o desenvolvimento de obesidade na vida futura. Embora alguns tenham encontrado um efeito irrelevante^{3,4,5,6,7} outros encontraram uma relação significativa⁸ – e até mesmo uma relação proporcional ao volume do leite consumido^{9,10,11} – entre duração da amamentação e menor risco de obesidade infantil. Embora sem consenso, os benefícios do aleitamento materno – por exemplo, estabelecimento do apego, otimização da nutrição e da proteção contra certas doenças infecciosas – ainda favorecem o estímulo ao aleitamento materno sempre que possível. Com a amamentação, menor controle materno sobre a quantidade de ingestão de alimento pela criança e maior responsividade da mãe aos sinais do bebê têm efeitos benéficos sobre o estilo de alimentação do bebê e a ingestão de alimento. A amamentação permite também reconhecer a capacidade do bebê de autorregular adequadamente sua ingestão alimentar, podendo contribuir para padrões mais saudáveis de alimentação.¹²

Práticas de alimentação da criança e intervenções comportamentais podem modificar os padrões de ingestão. Uma revisão dos tratamentos pediátricos para obesidade concluiu que mudanças dietéticas acompanhadas por métodos de modificação do comportamento, exercício e envolvimento dos pais são importantes para produzir bons resultados no longo prazo.¹³ A participação e a oferta de modelos pelos pais são instrumentais no estabelecimento de mudanças nos padrões de alimentação da criança. A disponibilidade de modelos de consumo de alimentos saudáveis, como frutas, verduras e legumes, tem efeitos positivos sobre o consumo desses alimentos pela criança,¹⁴ ao passo que a oferta de modelos de comportamentos dietéticos resulta em problemas de regulação da ingestão da criança.¹⁵ A televisão tem influência poderosa sobre os alimentos pedidos pelas crianças; limitar o acesso à televisão pode reduzir a obesidade.¹⁶ Birch e Fisher produziram uma revisão excelente, que detalha os determinantes da ingestão dietética das crianças e as respostas à sua modificação.¹⁷

Conclusões

A alimentação de bebês e de crianças pequenas é um evento comportamental que influencia seu

crescimento e seu desenvolvimento. As experiências iniciais de alimentação criam o cenário para comportamentos saudáveis associados à alimentação em anos posteriores da infância e da vida adulta. A compreensão sobre o desenvolvimento de comportamentos alimentares normais em bebês e crianças pequenas torna mais fácil fazer distinção entre preocupações autolimitadas e aquelas que demandam outras intervenções. Pais e outros cuidadores precisam adquirir conhecimentos sobre conteúdos nutricionais e comportamentos alimentares adequados do ponto de vista do desenvolvimento. Uma vez que o surgimento precoce de problemas resulta em consequências mais significativas, a prevenção de distúrbios alimentares e de problemas de comportamento relacionados a eles deve voltar-se para a orientação sobre comportamentos alimentares de bebês e crianças pequenas e suas relações com pais e cuidadores no contexto da alimentação. A obesidade (principalmente em países desenvolvidos) e a subnutrição (especialmente em países em desenvolvimento) só podem ser abordadas por meio da combinação de oferta de alimentos saudáveis, aumento da compreensão sobre práticas de alimentação adequadas a cada idade e apoio à saúde emocional das famílias. Diferenças culturais e de temperamento devem ser incorporadas a quaisquer recomendações.

Implicações para políticas e serviços

1. Estabelecer diretrizes dietéticas nacionais específicas para crianças e facilmente compreensíveis e aplicáveis pelos pais.
2. Promover e apoiar o aleitamento materno. As metas do Healthy People 2010 (Pessoas saudáveis 2010) são o aumento de 75% na proporção de mães que amamentam no período imediatamente após o parto, de 50% até os 6 meses de idade e de 25% até 1 ano de idade.
¹⁸ Educar mulheres grávidas e “mães de primeira viagem” sobre as vantagens e a manutenção do aleitamento materno.
3. Defender a nutrição nas escolas. Endossar e financiar lanches e desjejuns gratuitos saudáveis nas escolas – por exemplo, o programa federal de Desjejum Escolar nos Estados Unidos.¹⁹ Retirar dos espaços escolares bebidas adoçadas, gasosas e lanches pouco saudáveis.²⁰ Dar apoio à educação nutricional nas salas de aula.
4. Exigir educação física regular nas escolas, para promover um estilo de vida saudável e ajudar a reduzir a obesidade.²¹
5. Restringir a publicidade televisiva que reforça escolhas alimentares pouco saudáveis. Utilizar os meios de comunicação para promover alimentação saudável e atividade física

regular.

6. Aumentar a disponibilidade de alimentos frescos a custo acessível, especialmente frutas, verduras e legumes, em comunidades de baixa renda.
7. Promover educação sobre hábitos alimentares saudáveis, por meio de mensagens de saúde pública e do aumento do financiamento para campanhas de saúde pública que promovam aleitamento materno, alimentação saudável e prevenção da obesidade.
8. Financiar pesquisas que investiguem a etiologia, a prevenção e o tratamento da obesidade; os fatores que influenciam a opção pelo aleitamento materno, pela ingestão de alimentos e por atividade física; e práticas de alimentação de crianças em diferentes grupos étnicos e socioeconômicos.
9. Criar parcerias público-privadas para a promoção da alimentação saudável. Coordenar esforços de formuladores de políticas, profissionais de saúde, líderes comunitários e pais.

Referências

1. Satter E. The feeding relationship: problems and interventions. *Journal of Pediatrics* 1990;117(2 Pt 2):S181-S189.
2. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2002;288(14):1728-1732.
3. Baranowski T, Bryan GT, Rassin DK, Harrison JA, Henske JC. Ethnicity, infant-feeding practices, and childhood adiposity. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1990;11(5):234-239.
4. Elliott KG, Kjolhede CL, Gournis E, Rasmussen KM. Duration of breastfeeding associated with obesity during adolescence. *Obesity Research* 1997;5(6):538-541.
5. Hediger ML, Overpeck MD, Kuczmarski RJ, Ruan WJ. Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2001;285(19):2453-2460.
6. Wolman PG. Feeding practices in infancy and the prevalence of obesity in preschool children. *Journal of the American Dietetic Association* 1984;84(4):436-438.
7. Zive MM, McKay H, Frank-Spohrer GC, Broyles SL, Nelson JA, Nader PR. Infant-feeding practices and adiposity in 4-y-old Anglo- and Mexican-Americans. *American Journal of Clinical Nutrition* 1992;55(6):1104-1108.
8. Kramer MS. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity? *Journal of Pediatrics* 1981;98(6):883-887.
9. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA Jr., Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR, Field AE, Colditz GA. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2001;285(19):2461-2467.
10. Liese AD, Hirsch T, von Mutius E, Keil U, Leupold W, Weiland SK. Inverse association of overweight and breast feeding in 9 to 10-y-old children in Germany. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2001;25(11):1644-1650.
11. von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ - British Medical Journal* 1999;319(7203):147-150.

12. Fisher JO, Birch LL, Smiciklas-Wright H, Picciano MF. Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2000;100(6):641-646.
13. Epstein LH, Myers MD, Raynor HA, Saelens BE. Treatment of pediatric obesity. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 2):554-570.
14. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102(1):58-64.
15. Johnson SL. Improving preschoolers' self-regulation of energy intake. *Pediatrics* 2000;106(6):1429-1435.
16. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1999;282(16):1561-1567.
17. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 2):539-549.
18. US Department of Health and Human Services. Maternal, infant and child health. In: *Healthy people 2010: Conference edition*. Vol 2. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000:47-48.
19. McBean LD, Miller GD. Enhancing the nutrition of America's youth. *Journal of the American College of Nutrition* 1999;18(6):563-571.
20. American Academy of Pediatrics, Committee on School Health. Soft drinks in schools. *Pediatrics* 2004;113(1 Pt 1):152-154.
21. American Academy of Pediatrics. Physical fitness and activity in schools. *Pediatrics* 2000;105(5):1156-1157.

^aNT: Na literatura da área, a expressão “*Failure to thrive*” tem sido traduzida por “falhas do crescimento” ou “falhas no crescimento”. Refere-se a peso baixo para a idade ou taxa baixa de aumento de peso para a idade.

Comportamento alimentar e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança. Comentários sobre Ramsay, e Liu e Stein

Robert F. Drewett, D.Phil., C. Psychol., FRCPCH

University of Durham, Reino Unido

Setembro 2005

Introdução

Salvo em raros contextos médicos especializados, o comportamento alimentar é a única maneira pela qual as necessidades nutricionais da criança podem ser atendidas. A relação entre necessidades nutricionais e sua satisfação por meio da ingestão de alimentos pode ficar comprometida quando as necessidades nutricionais não motivam o comportamento (problemas de falta de apetite ou anorexia), se as habilidades motoras necessárias não forem suficientes (problemas de disfunção motora oral), se outras características comportamentais interferirem com a ingestão de alimentos (por exemplo, neofobia) ou se o ambiente social ou físico não propiciar adequadamente a ingestão de alimentos (problemas de disponibilidade de comida ou de cuidado adequado). Podemos supor com relativa confiança que, se o crescimento na infância é afetado adversamente por qualquer desses problemas, o desenvolvimento cognitivo também o será.¹ Mas nossa evolução dotou-nos de recursos para o armazenamento de suprimentos energéticos para lidar com problemas de abundância e escassez, e a ingestão de energia não é regulada de maneira rígida. Um segundo conjunto de problemas está associado ao armazenamento excessivo de gorduras em comunidades nas quais o gasto energético é baixo e onde há grande disponibilidade de alimentos atrativos. Esta situação tornou-se uma questão urgente diante da crescente tendência secular de aumento da adiposidade na criança

Ramsay concentra-se em como as características das crianças desencadeiam ou influenciam comportamentos alimentares, interações na situação de refeição e o crescimento. Coloca ênfase particular em pesquisas recentes que estudam a falta de apetite da criança na etiologia de problemas de alimentação e de crescimento. Liu e Stein abrangem uma diversidade maior de tópicos antes de focalizar principalmente a obesidade e a alimentação saudável. Em conjunto, portanto, esses autores abordam essas questões de maneira abrangente.

Pesquisas e conclusões

Devido à grande amplitude das questões a serem tratadas, é impossível comentar todos os aspectos discutidos pelos autores. Começo com algumas reservas. Ramsay afirma que as dificuldades de alimentação resultam frequentemente em deficits de crescimento e falhas no crescimento^a e que, segundo relatos de pais, de 25% a 28% dos bebês com menos de 6 meses de idade, 24% das crianças de 2 anos de idade e 18% daquelas com 4 anos de idade apresentam problemas alimentares. Esses números me parecem testemunhar principalmente a extraordinária ansiedade dos pais a respeito da alimentação e do crescimento de seus filhos, mais do que qualquer problema generalizado de real bem-estar nutricional. Tal como ocorre com problemas do sono, o que é um problema para os pais talvez não seja um problema para a criança. Dahl e colegas^{2,3} acompanharam crianças que foram identificadas, tanto pelos pais quanto por enfermeiras de centros de saúde, como tendo há pelo menos um mês problemas alimentares que não estavam sendo eliminadas da assistência primária no centro de saúde. Utilizando este critério razoavelmente estrito e objetivo, 1,4% dos bebês apresentavam problemas de saúde, e para aqueles cujo problema era “recusar-se a comer” havia efeitos adversos sobre o crescimento. Liu e Stein discutem a evidência de que o aleitamento materno protege contra a obesidade em fases posteriores da vida, e referem-se a uma “relação dose-resposta entre a duração do aleitamento e o menor risco de obesidade”. A linguagem provém da farmacologia, mas não se trata aqui de farmacologia: o que é necessário é a atenção disciplinada à ordem causal que caracteriza o melhor pensamento epidemiológico, associada com o reconhecimento de que as crianças não são apenas receptoras passivas do que lhes é oferecido pela mãe. Como enfatiza Ramsay, elas controlam ativamente sua ingestão de alimentos segundo seu próprio apetite. É verdade que, quanto maior a duração do aleitamento, menor é o risco de obesidade, mas isto pode decorrer simplesmente do fato de que bebês com menos apetite sentem-se saciados durante mais tempo com o leite materno e, portanto, podem ser desmamados mais tarde (e, independentemente, são menos propensos a tornarem-se crianças obesas, novamente porque têm menos apetite).

Se eu fosse escolher um único aspecto que me parece merecer um pouco mais de ênfase, seria o problema das crianças com deficiência, especialmente os neurológicos. Embora atualmente já esteja claramente estabelecido que a desnutrição é comum em crianças com paralisia cerebral, há boas razões para imaginar que esse problema não é tratado rotineiramente de forma eficaz, ou às vezes não é tratado de forma alguma. No *Oxford Feeding Study* (Estudo Oxford sobre

Alimentação), que abordou problemas alimentares e nutricionais em crianças com danos neurológicos – 93% delas com paralisia cerebral –, a ocorrência de problemas alimentares era muito comum.⁴ No grupo analisado, 89% das crianças precisavam de ajuda para se alimentar e 56% engasgavam com a comida. Entre os pais, 28% relataram duração prolongada dos momentos de alimentação – mais de três horas por dia – e 38% achavam que os filhos estavam com baixo peso. No entanto, a maioria das crianças (64%) nunca tinha sido avaliada quanto à alimentação e nutrição.

Um segundo aspecto que merece atenção é o desenvolvimento extraordinariamente precoce de problemas de imagem corporal, que atualmente já foram identificados até mesmo em crianças de 5 anos de idade,⁵ e que constituem um dos fatores de risco mais bem-documentados para o desenvolvimento posterior de distúrbios alimentares.⁶

Implicações para perspectivas de políticas e serviços

Ramsay reivindica (1) o desenvolvimento de diretrizes educacionais e (2) maior número de pesquisas; ambos seriam muito valiosos. Sua proposta de criação de clínicas multidisciplinares especializadas em alimentação para abordar as dificuldades mais graves (3) e de capacitação de especialistas no campo dos distúrbios alimentares (4) parece-me uma excelente ideia. Diversas dificuldades alimentares requerem a combinação do conhecimento de fonoaudiólogos, psicólogos do desenvolvimento, nutricionistas e uma variedade de especialistas médicos; e embora existam nessas disciplinas especialistas em distúrbios alimentares, progressos clínicos e de pesquisa que resultariam de clínicas multidisciplinares seriam altamente desejáveis (basta lembrar dos progressos gerados por clínicas especializadas em dor). Também seria valioso o desenvolvimento de um instrumento para a detecção do comportamento alimentar problemático.

Liu e Stein reivindicam um conjunto de medidas (1-9) nas áreas de exercício e alimentação saudáveis, motivados principalmente, segundo suponho, pela necessidade de lidar com a crescente prevalência de obesidade em pessoas jovens. As medidas sugeridas refletem adequadamente a necessidade de abordar esse aspecto como uma questão social e política, e não individual e médica, e concordo com todas as suas recomendações.

Quanto às implicações principais, eu destacaria entre as propostas de Ramsay o desenvolvimento de clínicas especializadas em alimentação para tratar de dificuldades alimentares graves: muitas de suas outras propostas poderiam ser desenvolvidas no contexto desse tipo de clínica. A

principal sugestão de Liu e Stein seria o desenvolvimento de uma abordagem abrangente da obesidade na infância. Isto nunca será resolvido se for tratado apenas como um problema médico, ou mesmo apenas como um problema de pesquisa. Como refletem as recomendações dos autores, trata-se de um problema que podemos enfrentar agora, com os conhecimentos já disponíveis.

Referências

1. Corbett SS, Drewett RF. To what extent is failure to thrive in infancy associated with poorer cognitive development? A review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(3):641-654.
2. Dahl M, Sundelin C. Early feeding problems in an affluent society .1. Categories and clinical signs. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1986;75(3):370-379.
3. Dahl M, Kristiansson B. Early feeding problems in an affluent society .4. Impact on growth up to two years of age. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1987;76(6):881-888.
4. Sullivan PB, Lambert B, Rose M, Ford-Adams M, Johnson A, Griffiths P. Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2000;42(10):674-680.
5. Davison KK, Markey CN, Birch LL. Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite* 2000;35(2):143-151.
6. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research* 2002;53(5):985-993.

ª NT: Na literatura da área, a expressão “déficit de crescimento” tem sido traduzida por “falhas do crescimento” ou “falhas no crescimento”. Refere-se a peso baixo para a idade ou taxa baixa de aumento de peso para a idade.

Ajudando as crianças a desenvolver hábitos saudáveis de alimentação

Maureen M. Black, PhD, Kristen M. Hurley, PhD

University of Maryland School of Medicine, EUA

Agosto 2007, Éd. rév.

Introdução

O primeiro ano de vida caracteriza-se por rápidas mudanças no desenvolvimento relacionadas à alimentação. À medida que os bebês adquirem controle sobre o tronco, progredem da sucção de líquidos em posição supina ou semirreclinada para a ingestão de alimentos sólidos em posição sentada. As habilidades motoras orais progredem de um mecanismo básico de sugar-engolir o leite materno ou a mamadeira para um mecanismo de mastigar-engolir alimentos semissólidos, e daí para texturas mais complexas.^{1,2} À medida que adquirem controle motor fino, os bebês passam da alimentação exclusivamente ministrada por outros a uma autoalimentação, pelo menos parcial. Sua dieta amplia-se do leite materno ou em pó para cereais infantis e alimentos preparados especialmente para eles e, finalmente, para a dieta da família. Ao final do primeiro ano de vida, as crianças conseguem sentar-se independentemente, mastigar e engolir uma variedade de texturas, estão aprendendo a comer sozinhas e fazendo a transição para a dieta e os padrões alimentares da família.

Nessa etapa, a criança está pronta para a variedade – um componente essencial de uma dieta de alta qualidade. Dados sobre bebês e crianças de 6 a 23 meses de idade, obtidos em 11 países, demonstraram uma associação positiva entre dieta variada e *status* nutricional.³ Em uma amostra de famílias de classe média com padrões dietéticos saudáveis, a variedade dietética e a exposição a frutas, legumes e verduras nos primeiros anos de vida estavam associadas à aceitação posterior desses alimentos.⁴

Os padrões de alimentação e as preferências alimentares das crianças são estabelecidos no início da vida. Quando crianças recusam alimentos nutritivos como frutas ou legumes e verduras, as refeições podem transformar-se em momentos estressantes e conflituosos, e elas podem não receber os nutrientes necessários e não interagir de forma saudável e responsiva com seus cuidadores. Cuidadores inexperientes ou estressados, e aqueles que têm hábitos alimentares inadequados, podem ser os que mais precisam de ajuda para facilitar um comportamento

alimentar nutritivo e saudável para seus filhos.

Do que se trata

De 25% a 30% das crianças têm problemas associados à alimentação, principalmente quando estão adquirindo novas habilidades e são desafiadas por novos alimentos ou novas expectativas em relação às refeições.⁵ Por exemplo, os primeiros anos de vida caracterizam-se por esforços de autonomia e independência à medida que tentam fazer as coisas sozinhas. Quando se trata de comportamentos alimentares, as crianças podem tornar-se neofóbicas (hesitantes quanto a experimentar novos alimentos) e insistir em um repertório limitado de alimentos,⁶ o que as leva a serem descritas como exigentes (“enjoadas”) em relação a alimentos.

Os problemas alimentares são, em sua maioria, temporários e de fácil resolução, com pouca ou nenhuma intervenção. No entanto, problemas alimentares persistentes podem prejudicar o crescimento, o desenvolvimento e as relações das crianças com seus cuidadores, resultando em problemas de longo prazo relacionados à saúde e ao desenvolvimento.⁷ Infelizmente, os cuidadores de crianças que apresentam problemas alimentares persistentes nem sempre procuram orientação profissional até que os problemas tornem-se graves e interfiram em seu crescimento ou comportamento em outras áreas.

Problemas

Os padrões alimentares sofrem influências ambientais, familiares e de desenvolvimento. À medida que as crianças tornam-se capazes de fazer a transição para os alimentos consumidos pela família, seus sinais internos para a regulação da fome e da saciedade são frequentemente desconsiderados por padrões familiares e culturais. No âmbito familiar, filhos de cuidadores que oferecem modelos dietéticos pouco saudáveis tendem a estabelecer padrões de comportamento e de preferências alimentares que incluem quantidades excessivas de gordura e de açúcar. Em um contexto ambiental mais amplo (social), a exposição frequente das crianças a lanchonetes e outros restaurantes resultou em aumento do consumo de alimentos com alto teor de gordura, como batatas fritas, ao invés de opções mais nutritivas, tais como frutas, legumes e verduras.⁸ Além disso, os cuidadores talvez não notem que muitos produtos comerciais cujo *marketing* é dirigido a crianças – como bebidas adoçadas – podem satisfazer a fome ou a sede mas oferecem poucos benefícios nutricionais.⁹

Pesquisas nacionais relataram ingestão excessiva de calorias na primeira infância,^{10,11} e muitas

crianças continuam a consumir quantidades alarmantemente reduzidas de frutas, legumes e verduras e de micronutrientes essenciais.¹² Na escola primária, mais de 50% dos líquidos ingeridos pelas crianças são bebidas adoçadas,¹³ um padrão que, sem dúvida, se origina na primeira infância e no período pré-escolar. Esses padrões nutricionais deficientes (alto teor de gordura, açúcar e carboidratos refinados; bebidas adoçadas; e pouca quantidade de frutas, legumes e verduras) aumentam a probabilidade de deficiências de micronutrientes – por exemplo, anemia por deficiência de ferro – e de excesso de peso na infância.

Contexto de pesquisa

A alimentação é frequentemente pesquisada por meio de estudos observacionais ou de relatos dos cuidadores sobre comportamento durante as refeições. Alguns pesquisadores baseiam-se em amostras clínicas de crianças com problemas de alimentação ou crescimento, ao passo que outros recrutam crianças com padrões normativos.

Questões-chave de pesquisa

As questões-chave de pesquisa incluem progressão do comportamento alimentar nos primeiros anos de vida, métodos utilizados pelas crianças para sinalizar fome e saciedade, e motivos pelos quais algumas crianças (as “enjoadas”) são seletivas em suas preferências alimentares. As questões-chave para cuidadores e famílias referem-se às formas de promover comportamento alimentar saudável em meio a crianças pequenas, de estimular o consumo de alimentos saudáveis e de evitar problemas de alimentação.

Resultados de pesquisas recentes

Apego e alimentação

O comportamento alimentar saudável inicia-se na infância à medida que bebês e seus cuidadores estabelecem uma parceria por meio da qual reconhecem e interpretam sinais verbais e não verbais de comunicação entre si. Esse processo recíproco constitui a base para o vínculo emocional – ou apego – entre bebês e cuidadores, essencial para um funcionamento social saudável. Havendo uma ruptura na comunicação entre crianças e cuidadores, caracterizada por interações inconsistentes e não responsivas, o vínculo de apego talvez não se consolide, e a alimentação pode tornar-se uma ocasião para disputas improdutivas e perturbadoras a respeito da comida.

Bebês que não oferecem sinais claros a seus cuidadores ou não respondem no sentido de ajudá-los a estabelecer rotinas previsíveis de alimentação, sono e brincadeiras correm risco de apresentar uma variedade de problemas, inclusive problemas de alimentação.⁷ Bebês prematuros ou doentes talvez sejam menos responsivos do que bebês a termo saudáveis, e menos capazes de comunicar suas sensações de fome ou saciedade. Cuidadores que não reconhecem a sinalização de saciedade de seus bebês podem alimentá-los em excesso, fazendo com que associem sensações de saciedade com frustração e conflito.

Estilos de alimentação

Os estilos de alimentação referem-se ao padrão interacional de comportamentos entre cuidadores e crianças que ocorre durante a alimentação. Tal como outros comportamentos parentais, os estilos de alimentação estão incluídos em dimensões de estrutura e de criação.^{14,15} Há quatro estilos de alimentação incluídos nessas duas dimensões: sensível/ responsivo, controlador, tolerante e negligente (Figura 1).

Figura 1. Modelos de comportamento parental e estilos de alimentação

****TABLEAU****

Um **estilo sensível/responsivo em relação à alimentação**, muito protetor e estruturado, caracteriza cuidadores que estabelecem uma relação com a criança que envolve solicitações claras e interpretação recíproca de sinais e de pedidos na interação durante as refeições. A responsividade em si mesma pode ser ou não sensível – por exemplo, gritar com um bebê em resposta a uma recusa de alimento –, ao passo que a responsividade sensível refere-se a comportamentos interativos caracterizados por disponibilidade emocional, respostas casuais adequadas ao nível de desenvolvimento e consistentes com a sinalização da criança, e alternância fácil no processo de dar e receber.^{16,17} O estilo sensível/responsivo deriva do estilo autoritativo de comportamento parental.^{14,15}

Um **estilo controlador em relação à alimentação**, muito estruturado e pouco protetor, caracteriza cuidadores que utilizam estratégias exigentes ou restritivas para controlar as refeições. Estilos controladores em relação à alimentação estão contidos em um padrão geral de cuidados parentais autoritários e incluem comportamentos de superestimulação – como a mãe que tenta obter a atenção da criança falando alto, forçando a ingestão do alimento ou dominando a criança de outras formas.¹⁸ Pesquisas observacionais demonstraram que bebês e crianças que

têm cuidadores superestimuladores apresentam estresse e/ou esquivar-se da alimentação.¹⁸

Em meio a crianças em idade pré-escolar, técnicas rigorosas e restritivas são muitas vezes contraproducentes: crianças que são pressionadas a comer mais frutas, legumes e verduras não o fazem,¹⁹ e crianças cujos cuidadores utilizam práticas restritivas de alimentação tendem a comer excessivamente.²⁰ Quando as famílias são controladoras, principalmente em relação à alimentação, podem desconsiderar as sinalizações internas que regulam a fome e a saciedade dos filhos.²¹ A capacidade inata dos bebês de autorregular sua ingestão energética diminui no decorrer da primeira infância em resposta a padrões familiares e culturais.²² Embora os mecanismos que orientam mudanças de regulação ainda não sejam inteiramente claros, quando cuidadores não consideram os processos de regulação de seus filhos, a ingestão de alimentos pode ocorrer na ausência de fome, o que, por sua vez, está associada a rápido ganho de peso e obesidade infantil.²⁰

Um **estilo tolerante em relação à alimentação**, muito protetor e pouco estruturado, está incluído em um estilo geral de cuidados parentais tolerantes, e ocorre quando os cuidadores permitem que as crianças tomem decisões sobre as refeições – como resolver quando e o que vão comer.²³ Sem a orientação dos pais, as crianças tendem a ser atraídas por alimentos com alto teor de sal ou de açúcar, e não por uma variedade mais equilibrada de alimentos, inclusive legumes e verduras.²³ Desse modo, um estilo de alimentação tolerante pode ser problemático, tendo em vista as predisposições genéticas dos bebês para preferir sabores doces e salgados.²⁴ Foi demonstrado que crianças cujos cuidadores apresentam um estilo de alimentação tolerante são mais pesadas do que aquelas cujos cuidadores não utilizam esse estilo.

Um **estilo negligente em relação à alimentação**, pouco protetor e pouco estruturado, caracteriza frequentemente cuidadores que possuem conhecimentos limitados e que se envolvem pouco com o comportamento de seus filhos durante a refeição.²³ Esses estilos podem ser caracterizados por pouca ou nenhuma ajuda física ou verbalização durante a refeição, falta de reciprocidade entre cuidador e criança, ambiente de alimentação negativo e ausência de estrutura ou de rotina de alimentação. Esses cuidadores frequentemente ignoram as recomendações de alimentação para seus filhos pequenos e as sinalizações de fome e saciedade dadas por eles, e podem estar pouco atentos àquilo que seu filho está comendo ou ao momento em que a alimentação ocorre. Egeland e Sroufe²⁵ constataram que crianças cujos cuidadores são indiferentes ou não estão psicologicamente disponíveis estavam mais propensos a apresentar atitudes ansiosas de apego quando comparadas a crianças cujos cuidadores estavam mais

disponíveis. Um estilo negligente em relação à alimentação está incluído em um estilo geral negligente de cuidados parentais.²³

Costanzo e Woody²⁶ propõem um modelo de estilos de cuidados parentais específicos para cada domínio, no qual o comportamento parental varia conforme a situação. Propõem que cuidadores podem ser sensíveis e responsivos em um contexto ou domínio – por exemplo, durante brincadeiras –, mas não necessariamente em todos os domínios. Por exemplo, se os cuidadores percebem que seu filho tem um problema alimentar, talvez sejam controladores durante a alimentação. Nossa pesquisa encontrou apoio parcial para a especificidade de domínios quando aplicada ao comportamento controlador dos pais. Embora os cuidados parentais tenham se mostrado consistentes nos domínios de alimentação e brincadeiras, o controle parental foi consistentemente mais alto durante a alimentação do que durante brincadeiras.²⁷

Faith *et al.*²⁸ revisaram 22 estudos que analisavam estilos de alimentação. A maioria deles foi transversal^{29,2} e mediu os estilos de alimentação utilizando relatos dos pais.^{10,2} Os poucos estudos que utilizaram medidas observacionais focalizaram o comportamento alimentar da criança – por exemplo, mordidas, recusa de alimento etc. – e comportamentos parentais – por exemplo, oferecer comida, encorajar o ato de comer – em amostras relativamente pequenas de crianças,³⁰ e não focalizaram a qualidade do relacionamento em termos gerais. O resultado mais comum mostrou que cuidadores restritivos tinham filhos pesados. No entanto, uma vez que a maioria dos estudos foi transversal, não fica claro se os cuidadores reagiam ao excesso de peso da criança tentando restringir sua ingestão de alimentos ou se as crianças reagiam às restrições dos pais comendo em excesso.

Sabe-se pouco sobre estilos de alimentação no início da vida, quando as crianças estão sendo socializadas em relação à refeição familiar. Embora os ambientes familiares influenciem o comportamento alimentar das crianças – o que inclui tipos de alimentos oferecidos (composição da dieta, texturas e sabores diferentes), estilos de alimentação e modelos oferecidos em relação a comportamentos alimentares adequados e inadequados³¹ –, as correlações entre estilos de alimentação e ganho de peso, comportamento e desenvolvimento das crianças ainda não foram bem analisadas e os dados existentes continuam controversos.²⁸

Preferências alimentares

Crianças criadas por cuidadores que oferecem modelos de comportamento alimentar saudável – como uma dieta rica em frutas, legumes e verduras –, criam preferências alimentares que

incluem esses tipos de alimento.⁴

As preferências alimentares também podem ser influenciadas por condições associadas. As crianças tendem a evitar alimentos que foram associados a sintomas físicos desagradáveis, como náusea ou dor. Podem evitar também alimentos associados à ansiedade ou a sofrimento psicológico que frequentemente ocorrem durante refeições caracterizadas por discussões e confrontos.

As crianças aceitam ou rejeitam alimentos também com base em suas qualidades – tais como sabor, textura, odor, temperatura ou aspecto –, bem como em fatores ambientais – tais como contexto, presença de outros e consequências esperadas do comer ou não comer. Por exemplo, as consequências do ato de comer podem incluir alívio da fome, participação em uma situação social ou atenção dos cuidadores. As consequências do ato de não comer podem incluir mais tempo para brincar, tornar-se o foco da atenção ou ganhar petiscos em vez da refeição regular.

O aumento de familiaridade com o sabor de um alimento aumenta a probabilidade de aceitação.^{32,33} Os cuidadores podem facilitar a introdução de novos alimentos fazendo uma correspondência com os alimentos preferidos e apresentando repetidamente o novo alimento até que deixe de ser “novidade”.

Conclusões

É necessário um número maior de pesquisas que investiguem os determinantes individuais, interacionais e ambientais dos estilos de alimentação e as relações entre estilos de alimentação e comportamento alimentar e ganho de peso das crianças. São também necessárias definições consistentes de estilos de alimentação e instrumentos legitimados para medi-los.

Os comportamentos alimentares na primeira infância são fortemente influenciados pelos cuidadores e são aprendidos por meio de experiências iniciais com alimentos e o ato de comer. É necessário fortalecer a educação e o apoio oferecidos por profissionais da saúde – ou seja, enfermeiros do sistema público de saúde, médicos de família e pediatras – e os programas de nutrição, de forma a garantir que cuidadores disponham das instalações necessárias para solucionar questões relativas a comportamentos alimentares na infância.

O cuidador deve comer na companhia da criança para que sejam oferecidos modelos e as refeições sejam vistas como ocasiões sociais agradáveis. Comer junto possibilita à criança

observar o cuidador experimentando novos alimentos e contribui para a comunicação entre ambos a respeito de sua fome e sua saciedade, bem como sobre suas preferências por determinados alimentos.³⁴

Os cuidadores controlam o alimento que é oferecido e a atmosfera da refeição. Sua “tarefa” é garantir que sejam oferecidos às crianças alimentos saudáveis em horários previsíveis e em um ambiente agradável.³⁴ Ao desenvolver rotinas para as refeições, os cuidadores ensinam às crianças a prever o que vão comer. As crianças aprendem que sensações de fome são aliviadas rapidamente e que não é preciso que se sintam ansiosas ou irritáveis. As crianças não devem beliscar ou comer a qualquer hora durante o dia, para que tenham expectativas e apetite na hora das refeições.³⁵

As refeições devem ser agradáveis e centradas na família, com todos os seus membros comendo juntos e compartilhando os acontecimentos do dia. Se as refeições são curtas demais (menos de 10 minutos), as crianças podem não ter tempo suficiente para comer, principalmente quando ainda estão adquirindo as habilidades para alimentarem-se sozinhas e podem comer devagar. Por outro lado, ficar sentada por mais de 20 ou 30 minutos é, muitas vezes, difícil para a criança e a refeição pode se tornar aversiva.³⁵

Quando as refeições são caracterizadas por distrações como televisão, discussões familiares ou atividades concorrentes fica difícil para a criança concentrar-se na alimentação. Os cuidadores devem separar a hora de comer da hora de brincar e evitar o uso de brinquedos ou da televisão para distrair a criança durante as refeições. Equipamentos adequados para crianças, tais como cadeirões, babadores e utensílios pequenos podem facilitar a alimentação e permitir que as crianças aprendam a comer sozinhas.

Implicações

As implicações podem ser direcionadas aos níveis ambiental, familiar e individual. No nível ambiental, o apelo a lanchonetes e outros restaurantes para que ofereçam opções de alimentos saudáveis e saborosos que atraiam crianças pequenas pode reduzir alguns dos problemas alimentares decorrentes da exposição frequente das crianças a alimentos com alto teor de gordura, como batatas fritas, ao invés de opções mais nutritivas, como frutas, legumes e verduras. No nível familiar, as orientações sobre nutrição das crianças devem incluir informações sobre suas necessidades nutricionais e sobre estratégias para promover comportamentos alimentares saudáveis – tais como reconhecer os sinais de fome e de saciedade das crianças e

utilizar estilos de alimentação adequados, destinar um tempo para as refeições programando-as em intervalos relativamente consistentes, introduzir novos alimentos oferecendo modelos e evitando estresse e conflitos durante as refeições. No nível individual, programas que ajudem as crianças a desenvolver padrões alimentares saudáveis, ingerindo alimentos nutritivos e comendo para satisfazer a fome e não para satisfazer necessidades emocionais, podem evitar problemas posteriores de saúde e de desenvolvimento.

Refêrencias

1. Bosma J. Development and impairments of feeding in infancy and childhood. In: Groher ME, ed. *Dysphagia: Diagnosis and management*. 3rd ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1997:131-138.
2. Morris SE. Development of oral motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings *Dysphagia* 1989;3:135-154.
3. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: Evidence from 11 demographic and health surveys. *The Journal of Nutrition* 2004;134:2579-2585.
4. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler P, Reidy K. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2002;34(6):310-315.
5. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding disorders. In: Roberts MC, ed. *Handbook of pediatric psychology*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 1995:501-515.
6. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs tasting. *Appetite* 1987;9(3):171-178.
7. Keren M, Feldman R, Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):27-35.
8. Zoumas-Morse C, Rock CL, Sobo EJ, Neuhouser ML. Children's patterns of macronutrient intake and associations with restaurant and home eating. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;101(8):923-925.
9. Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics* 1994;93(3):438-443.
10. Ponza M, Devaney B, Ziegler P, Reidy K, Squatrito C. Nutrient intakes and food choices of infants and toddlers participating in WIC. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):71-79.
11. Devaney B, Kalb L, Briefel R, Zavitsky-Novak T, Clusen N, Ziegler P. Feeding infants and toddlers study: overview of the study design. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):8-13.
12. Picciano MF, Smiciklas-Wright H, Birch LL, Mitchell DC, Murray-Kolb L, McConahy KL. Nutritional guidance is needed during dietary transition in early childhood. *Pediatrics* 2000;106(1):109-114.
13. Cullen KW, Ash DM, Warneke C, de Moor C. Intake of soft drinks, fruit-flavored beverages, and fruits and vegetables by children in grades 4 through 6. *American Journal of Public Health* 2002;92(9):1475-1477.
14. Baumrind D. Rearing competent children In: Damon W, ed. *Child development today and tomorrow*. San-Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1989:349-378.
15. Maccoby EE, Martin J. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM, ed. *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development*. Vol 4. New York, NY: John Wiley; 1983:1-101.

16. Leyendecker B, Lamb ME, Scholmerich A, Fricke DM. Context as moderators of observed interactions: A study of Costa Rican mothers and infants from differing socioeconomic backgrounds. *International Journal of Behavioural Development* 1997;21(1):15-24.
17. Kivijarvi M, Voeten MJM, Niemela P, Raiha H, Lertola K, Piha J. Maternal sensitivity behaviour and infant behaviour in early interaction. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(6):627-640.
18. Beebe B, Lachman F. Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. Hillsdale, NJ: *The Analytic Press*; 2002.
19. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102(1):58-64.
20. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition* 2003;78(2):215-220.
21. Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;71(5):1054-1061.
22. Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC, Schulte MC. The variability of young children's energy intake. *New England Journal of Medicine* 1991;324(4):232-235.
23. Hughes SO, Power TG, Fisher JO, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 2005;44(1):83-92.
24. Birch LL. Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition* 1999;19:41-62.
25. Egeland B, Sroufe LA. Attachment and early maltreatment. *Child Development* 1981;52(1):44-52.
26. Costanzo PR, Woody EZ. Domain-Specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1985;3(4):425-445.
27. Black MM, Hutcheson JJ, Dubowitz H, Starr RH, Berenson-Howard J. The roots of competence: Mother-child interaction among low-income, urban, African American families. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1996;17(3):367-391.
28. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research* 2004;12(11):1711-1722.
29. Jeffrey RW. Public health strategies for obesity treatment and prevention. *American Journal of Health Behaviour* 2001;25(3):252-259.
30. Klesges RC, Woolfrey J, Vollmer J. An evaluation of the reliability of time sampling versus continuous observation data collection. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1985;16(4):303-307.
31. Black MM, Bentley ME, Le K, McNary SW. Delaying Second Births among Adolescent Mothers: A Randomized Controlled Trial of Home-Based Intervention. Paper presented at: Pediatric Academic Societies annual meeting. May, 2003. Seattle, WA.
32. Birch LL. Children's preferences for high-fat foods. *Nutrition Reviews* 1992;50(9):249-255.
33. Birch LL, Marlin DW. I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year old children's food preferences. *Appetite* 1982;3(4):353-360.
34. Satter E. *Child of mine: Feeding with love and good sense*. Palo Alto, CA: Bull Publishing; 2000.
35. Black MM, Cureton LA, Berenson-Howard J. Behaviour problems in feeding: Individual, family, and cultural influences. In: Kessler DB, Dawson P, eds. *Failure to thrive and pediatric undernutrition: A transdisciplinary approach*. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Publishing Co.; 1999:151-169.

Avaliação e tratamento de distúrbios alimentares pediátricos

Cathleen C. Piazza, PhD, Tammy A. Carroll-Hernandez, PhD

Marcus Institute, Johns Hopkins University School of Medicine, EUA, Marcus Institute and Emory University School of Medicine, EUA

Março 2004

Introdução

Identifica-se um distúrbio alimentar quando uma criança não consegue ou se recusa a comer ou beber uma quantidade ou variedade de alimentos suficientes para manter uma nutrição adequada.¹ As complicações de problemas alimentares variam de moderadas (por exemplo, não fazer uma refeição) a severas – por exemplo, desnutrição e falhas do crescimento², uma expressão utilizada para identificar crianças cujo crescimento se reduziu ao longo do tempo.²

Estima-se que ocorram dificuldades nas situações de refeição em cerca de 25% a 35% das crianças com desenvolvimento normal, e cerca de 33% daquelas que apresentam deficiência de desenvolvimento.^{3,4} No entanto, essas estimativas de prevalência devem ser analisadas com cautela, uma vez que um distúrbio alimentar pode envolver diversos problemas, como, por exemplo, recusa total do alimento, dependência de alimentação suplementar (por exemplo, por meio de um tubo gastrotômico [Tubo G] – um tubo que é inserido até o estômago pela parede abdominal para ministrar o alimento; ou um tubo nasogástrico [Tubo NG] – que é inserido pelo canal nasal), comportamentos inadequados nas situações de refeição, falhas do crescimento e seletividade em relação a tipo e textura dos alimentos, entre outros.

Do que se trata

As causas dos distúrbios alimentares são igualmente variadas. O consenso atual é de que problemas alimentares são causados pela interação de um conjunto de fatores biológicos e ambientais.^{5,6} Por exemplo, Rommel et al. avaliaram 700 crianças encaminhadas para uma equipe interdisciplinar de especialistas em alimentação, e encontraram causas combinadas para os problemas alimentares – por exemplo, problemas médicos, comportamentais, dificuldades motoras orais – em mais de 60% dos pacientes.⁶

Os fatores biológicos podem incluir experiências com procedimentos médicos no início da vida, hospitalização crônica, ou ainda problemas médicos que fazem com que a alimentação provoque dor. Além disso, as crianças podem ter *deficits* motores orais – por exemplo, dificuldade para engolir – que dificultam o ato de comer. Isto é, o ato de alimentar-se pode estar associado a consequências desagradáveis, tais como vomitar (devido ao distúrbio de refluxo gastroesofágico – uma irritação do esôfago [garganta] pelo ácido gástrico do estômago, referida algumas vezes como azia) ou engasgar (devido a dificuldades motoras orais). E essa condição pode manifestar-se em diferentes comportamentos para evitar o alimento – por exemplo, chorar, virar a cabeça. Mesmo após qualquer uma das condições médicas associadas à dor já ter sido tratada, as crianças podem continuar a recusar o alimento, uma vez que nunca ou raramente comem, e portanto não aprendem que comer já não provoca dor.

Mais especificamente, a recusa da criança a se alimentar agrava ainda mais seu insucesso no desenvolvimento de habilidades motoras orais. Isto é, as crianças não têm a oportunidade de praticar a habilidade de comer e, portanto, não desenvolvem as habilidades ou a força motora para alimentar-se de maneira competente. A recusa a comer pode levar a falhas do crescimento. Ironicamente, as *falhas do crescimento* contribuem para habilidades alimentares precárias, uma vez que crianças subnutridas não têm a energia necessária para alimentar-se adequadamente.⁷ Dessa forma, desenvolve-se um ciclo vicioso no qual a criança recusa o alimento, não aprende que comer já não provoca dor, perde oportunidades de praticar e desenvolver as habilidades motoras orais, e não consegue ganhar peso.

Mesmo quando a causa da recusa do alimento é uma condição médica dolorosa, as respostas dos cuidadores às crianças durante as refeições podem exacerbar o problema. Piazza e colegas observaram, durante as refeições, cuidadores e crianças com problemas alimentares.⁸ As observações mostraram que os cuidadores utilizavam uma variedade de estratégias para encorajar o comer, tais como distrair, persuadir e repreender; periodicamente, permitir um intervalo na tentativa de alimentação; e oferecer brinquedos ou alimentos preferidos. Todas as crianças apresentaram comportamentos de recusa e raramente ingeriam pequenas porções de alimento durante essas refeições. Quando Piazza *et al.* analisaram os efeitos do comportamento do cuidador sobre o comportamento da crianças durante as refeições, os resultados indicaram que as estratégias utilizadas pelos cuidadores para encorajar o comer – isto é, distração, persuasão, permitir intervalos ou oferecer brinquedos ou alimentos preferidos – *na verdade agravaram o comportamento* em 67% das crianças.⁸

Esses resultados não são surpreendentes quando se considera a relação entre as causas dos problemas alimentares e o comportamento do cuidador. Por exemplo, quando o comportamento das crianças durante as refeições é problemático, os cuidadores podem interromper a refeição e esperar que as crianças “se acalmem” antes de comer. Podem também dar mais atenção (por exemplo, persuadindo) ou oferecer itens preferidos (por exemplo, brinquedos) em seguida à recusa do alimento ou a comportamentos problemáticos. Do ponto de vista dos pais, estratégias como interromper a refeição ou insistir podem produzir o efeito imediato de interromper temporariamente o comportamento indesejável. Infelizmente, as crianças podem aprender que, quando choram ou batem com a colher, os cuidadores podem interromper a refeição, dar mais atenção sob a forma de persuasão e/ou tentar distrai-las com coisas de que gostam. Assim, o estudo de Piazza *et al.* sugere que, se os comportamentos de recusa são recompensados com um resultado que é agradável para as crianças, tendem a ser repetidos em refeições subsequentes. Ou seja, todas as crianças do estudo de Piazza tinham problemas alimentares sérios e persistentes.⁸

Contexto de pesquisa

A literatura sobre causas e tratamentos de problemas alimentares vem-se ampliando. Atualmente, as estratégias que têm maior suporte científico baseiam-se em terapia comportamental (também denominada manejo de contingências).⁹ Entre 1970 – 1997 Kerwin avaliou artigos publicados em revistas médicas e de psicologia revisados por especialistas objetivando o tratamento da alimentação oral de crianças.⁹ Em sua revisão, Kerwin avaliou apenas estudos que atendiam aos padrões desenvolvidos pelos cientistas para determinar se um tratamento era eficaz. Com esse critério, apenas estudos sobre intervenções comportamentais atenderam ao padrão. A eficácia de intervenções baseadas em outras estratégias não pôde ser avaliada, porque os estudos não atendiam a padrões científicos. Mais especificamente, tratamentos baseados em terapia comportamental – por exemplo, não permitir que a criança “se esquive da alimentação” – mostraram-se eficazes para produzir aumento de consumo em crianças com problemas alimentares, e podem ser mais eficazes do que outras estratégias.¹⁰⁻¹⁶ Por exemplo, Benoit *et al.* distribuíram aleatoriamente 64 crianças diagnosticadas com problemas alimentares entre um tratamento com terapia comportamental e entre uma intervenção nutricional.¹⁶ No acompanhamento realizado quatro meses e meio depois do tratamento, somente as crianças do grupo de terapia comportamental conseguiram interromper a alimentação por tubo.

Resultados de pesquisas

Uma vez que os problemas alimentares das crianças são provocados por diversas razões, o tratamento deve focalizar todos os componentes – isto é, biológico, motor oral e psicológico – que contribuem para os problemas de alimentação, e devem ser interdisciplinares. Cohen, Piazza e Riski¹⁷ descreveram um exemplo de resultados registrados sobre 50 crianças admitidas em um programa intensivo e interdisciplinar de tratamento diário no Programa de Distúrbios Alimentares em Pacientes Pediátricos do *Marcus Institute*, em Atlanta, Geórgia. A análise preliminar das medidas de resultados do programa indicou que mais de 87% dos objetivos de tratamento tinham sido atingidos por ocasião da alta hospitalar. Quando o objetivo do tratamento era o aumento na ingestão de calorias consumidas oralmente, foi atingido por 70% dos pacientes. Quando o objetivo era o aumento da ingestão de líquidos (crianças que não consumiam líquidos oralmente), foi atingido por 80% dos pacientes. Todos os demais pacientes tiveram aumento de ingestão de líquidos ou de sólidos depois da implementação do tratamento, mas não atingiram seus objetivos finais dentro do período de admissão no programa de tratamento diário. A porcentagem média de ingestão oral foi de 82% para todos os pacientes, sugerindo que, mesmo para aqueles que não atingiram 100% de seu objetivo de ingestão oral, os níveis aumentaram substancialmente e ficaram dentro da faixa de 20% do objetivo. Todos os pacientes (100%) atingiram seus objetivos de aumento da ingestão de alimentos quando considerado o aspecto da textura, redução da dependência de mamadeiras, aumento de habilidades de autoalimentação e variedade de alimentos consumidos.

O nível de dependência de alimentação por tubo – ou seja, tubos NG e G – diminuiu em todos os pacientes que recebiam nutrição dessa forma, e 70% dos pacientes atingiram seus objetivos de redução na alimentação via tubo. Pacientes que ingressaram no programa utilizando tubo NG concluíram o programa sem o tubo ou tiveram o tubo removido pouco depois da alta (100%). Portanto, foi possível evitar a colocação cirúrgica de um tubo G para todos os pacientes (100%) que ingressaram no programa como candidatos potenciais ao tubo G devido a falhas do crescimento e ao uso de um tubo NG no momento da admissão. Os objetivos de redução de comportamentos inadequados nas situações de refeição foram atingidos para 97% dos pacientes. Entre os cuidadores, 88% foram treinados para implementar os protocolos de tratamento com precisão superior a 90%, e o tratamento foi transferido com sucesso para os lares e a comunidade em 100% dos casos.

Conclusões

A análise preliminar de dados de acompanhamento indicou que a maioria dos pacientes (87%) continua a ser monitorada depois da alta do programa. Foram colhidos dados de acompanhamento aos 3, 6, 12, 18 e 24 meses depois da alta. Entre os pacientes que foram monitorados, 85% continuaram a fazer progressos na direção de uma alimentação típica para sua idade, o que inclui novos aumentos de volume de ingestão, maiores reduções na utilização e na remoção de tubo G, aumento na variedade de alimentos consumidos, progressos quanto à textura – isto é, de alimentos na forma de purê para texturas habitualmente servidas à mesa, início de ingestão de líquidos em copos e início da autoalimentação.

Byars, Burklow, Ferguson, O'Flaherty, Santoro e Kaul também apresentaram dados sobre resultados para crianças dependentes de tubo G e de fundoaplicatura à Nissen (um procedimento cirúrgico utilizado para tratamento do refluxo) em um programa intensivo e disciplinar, de base comportamental.¹⁸ Os resultados mostraram que o programa teve sucesso no aumento da ingestão e na redução da alimentação por tubo G. Irwin, Clawson, Monasterio, William e Meade mostraram que crianças com paralisia cerebral e problemas alimentares fizeram progressos quanto ao número de porções aceitas, ao peso e à altura depois de um tratamento interdisciplinar intensivo que combinava estratégias comportamentais e técnicas motoras orais.¹⁹ Esses dados sugerem que programas interdisciplinares intensivos que utilizam tratamentos de base comportamental produzem bons resultados para a maioria dos pacientes tratados. Dados preliminares sugerem que esses resultados se mantêm durante o monitoramento posterior ao tratamento.¹⁷⁻¹⁹

Implicações

Tratamentos interdisciplinares intensivos de distúrbios alimentares em pacientes pediátricos têm bons resultados na melhoria de uma grande variedade de problemas, entre os quais a dependência de alimentação suplementar – por exemplo, tubo G, dependência de mamadeira –, seletividade quanto ao tipo e à textura do alimento, comportamento inadequado nas situações de refeição, incapacidade de fazer a transição para texturas adequadas para a idade e de autoalimentação, para mencionar apenas alguns. O tratamento bem-sucedido desses problemas alimentares tem uma série de implicações importantes para crianças com problemas alimentares, para suas famílias e para a sociedade.

Problemas alimentares crônicos, de longo prazo, estão associados aos seguintes resultados:

- a. Riscos de saúde para as crianças²⁰
- b. Aumento do estresse percebido para crianças e famílias²¹
- c. Problemas de saúde mental nas famílias²²
- d. Maior risco de distúrbios alimentares, como a anorexia²³
- e. Aumento dos custos de cuidados de saúde para as crianças e as famílias.

Portanto, o tratamento de problemas alimentares em pacientes pediátricos pode resultar em:

- a. Melhor saúde na infância
- b. Melhor qualidade de vida para as crianças e as famílias
- c. Redução de problemas de saúde mental nas famílias
- d. Redução do risco de problemas alimentares de longo prazo (por exemplo, anorexia)
- e. Redução dos custos de atendimento à saúde.

Evidentemente, crianças dependentes de tecnologias como tubos G para o atendimento de suas necessidades nutricionais terão custos de saúde mais altos. Por exemplo, o custo dos cuidados de saúde de uma criança com tubo G é de aproximadamente US\$46.875,55 no primeiro ano. Em dois anos, o custo dos cuidados de saúde para essa criança é estimado em US\$80.959,10 e, depois de cinco anos, é de US\$183.209,80. Essas estimativas aplicam-se a cuidados simples – por exemplo, sem hospitalização ou outros problemas médicos significativos relacionados ao tubo G ou aos distúrbios alimentares –, e não incluem custos associados a terapias familiares ou individuais necessárias em função do aumento do estresse familiar ou de qualquer das psicopatologias que têm sido documentadas em famílias de crianças com problemas alimentares. Em última instância, os custos de saúde dessas crianças podem estender-se por muitos anos se o tubo G for necessário para a nutrição, ou caso se desenvolvam posteriormente problemas alimentares como a anorexia. O tratamento interdisciplinar e intensivo do problema alimentar pode eliminar a necessidade do tubo G e resultar em alimentação típica para a idade, o que elimina em aproximadamente dois anos a necessidade de tratamento médico. O custo estimado do tratamento intensivo para o problema alimentar é de aproximadamente US\$48 mil em dois anos. Assim, o tratamento dos problemas de alimentação resulta em uma economia de US\$32.959,10 em um período de dois anos, e de no mínimo US\$135.209,80 em cinco anos, em comparação com a utilização do tubo G para o problema.

Portanto, quando os problemas alimentares são tratados por meio de abordagens interdisciplinares, não resultam apenas melhorias óbvias na qualidade de vida das crianças com problemas alimentares e de suas famílias, mas também uma economia significativa de custos.

Referências

1. Babbitt RL, Hoch TA, Coe DA, Cataldo, MF, Kelly, KJ, Stackhouse, C, Perman, JA. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994;15(4):278-291.
2. Polan HJ, Kaplan MD, Kessler DB, Shindledecker R, Newmark M, Stern DN, Ward MJ. Psychopathology in mothers of children with failure to thrive. *Infant Mental Health Journal* 1991;12(1):55-64.
3. Gouge AL, Ekvall SW. Diets of handicapped children: Physical, psychological and socioeconomic correlations. *American Journal of Mental Deficiency* 1975;80(2):149-157.
4. Palmer S, Horn S. Feeding problems in children. In: Palmer S, Ekvall S, eds. *Pediatric nutrition in developmental disorders*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas; 1978:107-129.
5. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition* 1998;27(2):143-147.
6. Rommel N, DeMeyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2003;37(1):75-84.
7. Troughton KE, Hill AE. Relation between objectively measured feeding competence and nutrition in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2001;43(3):187-190.
8. Piazza CC, Fisher WW, Brown KA, Shore BA, Patel MR, Katz RM, Sevin BM, Gulotta CS, Blakely-Smith A. Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2003;36(2):187-204.
9. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.
10. Ahearn WH, Kerwin ME, Eicher PS, Shantz J, Swearingin W. An alternating treatments comparison of two intensive interventions for food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1996;29(3):321-332.
11. Cooper LJ, Wacker DP, McComas J, Brown K, Peck SM, Richman D, Drew J, Frischmeyer P, Millard T. Use of component analysis to identify active variables in treatment packages for children with feeding disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1995;28(2):139-153.
12. Hoch TA, Babbitt RL, Coe DA, Krell DM, Hackbert L. Contingency contacting: Combining positive reinforcement and escape extinction procedures to treat persistent food refusal. *Behavior Modification* 1994;18(1):106-128.
13. Patel MR, Piazza CC, Martinez CJ, Volkert VM, Santana CM. An evaluation of two differential reinforcement procedures with escape extinction to treat food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2002;35(4):363-374.
14. Piazza CC, Patel MR, Gulotta CS, Sevin BM, Layer SA. On the relative contributions of positive reinforcement and escape extinction in the treatment of food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2003;36(3):309-324.
15. Reed GK, Piazza CC, Patel MR, Layer SA, Bachmeyer MH, Bethke SD, Gutshall KA. On the relative contribution of noncontingent reinforcement and escape extinction in the treatment of food refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*. In press.
16. Benoit D, Wang EL, Zlotkin SH. Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatrics* 2000;137(4):498-503.

17. Cohen SA, Piazza CC, Riski JE. Pediatric feeding disorders. In: Rubin IL, Crocker AC, eds. *Developmental Disabilities: Delivery of Medical Care for Children*. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger. In press.
 18. Byars KC, Burklow KA, Ferguson K, O'Flaherty T, Santoro KA, Kaul A. A multicomponent behavioral program for oral aversion in children dependent on gastrostomy feedings. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2003;37(4):473-480.
 19. Irwin MC, Clawson EP, Monasterio E, Williams T, Meade M. Outcomes of a day feeding program for children with cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2003;84(9):A2.
 20. Berezin S, Schwarz SM, Halata MS, Newman LJ. Gastroesophageal reflux secondary to gastrostomy tube placement. *American Journal of Diseases in Childhood* 1986;140(7):699-701.
 21. Singer LT, Song L-Y, Hill BP, Jaffe AC. Stress and depression in mothers of failure-to-thrive children. *Journal of Pediatric Psychology* 1990;15(6):711-720.
 22. Duniz M, Scheer PJ, Trojovský A, Kaschnitz W, Kvas E, Macari S. Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1996;5(2):93-100.
 23. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh TB. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(12):1434-1440.
- ª NT: Na literatura da área, a expressão “déficit de crescimento” tem sido traduzida por “falhas do crescimento” ou “falhas no crescimento”. Refere-se a peso baixo para a idade ou taxa baixa de aumento de peso para a idade.

Crianças pequenas e comportamentos alimentares. Comentários sobre Piazza e Carroll-Hernandez, Ramsay e Black

Kathleen Burklow, PhD

Cincinnati Children's Hospital Medical Center and Dept of Pediatrics, University of Cincinnati College of Medicine, EUA

Outubro 2004

Comentários sobre:

1. Habilidades de alimentação, apetite e comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico – Maria Ramsay, PhD
2. Ajudando as crianças a desenvolver hábitos alimentares saudáveis – Maureen M. Black, PhD
3. Avaliação e tratamento de distúrbios alimentares em pacientes pediátricos – Cathleen C. Piazza, PhD, e Tammy A. Carroll-Hernandez, PhD

Introdução

Distúrbios alimentares ocorrem comumente em meio à população infantil, afetando tipicamente tanto crianças que vêm desenvolvendo normalmente quanto aquelas que apresentam atraso do desenvolvimento e condições médicas. Os distúrbios alimentares estão associados a múltiplos fatores e podem manifestar-se a partir de uma grande diversidade de causas, entre as quais anormalidades físicas, distúrbios do desenvolvimento neural, problemas de regulação do apetite, doenças metabólicas, defeitos sensoriais ou comportamentos aprendidos. Abrangendo uma ampla diversidade, os problemas alimentares variam desde o comer seletivo, que pode não ter impacto iminente sobre a saúde física da criança, até a total recusa de alimentos, que pode colocar a criança em risco de comprometimento nutricional. Dadas as consequências potenciais para o crescimento, o desenvolvimento cognitivo e a saúde física da criança com problemas alimentares crônicos, a compreensão sobre as formas pelas quais se desenvolvem habilidades alimentares e interações problemáticas nas situações de refeição, assim como identificar estratégias eficazes para a intervenção são questões importantes para a promoção da saúde da criança no longo prazo. Ramsay, Black, Piazza e Carroll-Hernandez fazem revisões brilhantes

sobre a pesquisa anterior e destacam seu próprio trabalho, que sublinha a importância da consideração de múltiplos fatores em interação para a compreensão, a avaliação e o tratamento de problemas alimentares em pacientes pediátricos.

Pesquisas e conclusões

Em sua revisão sobre alimentação e crescimento em crianças, Ramsay descreve a evolução das habilidades de alimentação a partir de uma perspectiva de desenvolvimento. A autora ilustra o curso inicial típico de desenvolvimento da alimentação em crianças pequenas, mobilizado, em sua origem, por pistas sinais internos de fome e habilidades motoras orais, mas modulado também pelo temperamento e pelo estilo de alimentação dos pais. Reconhecendo a complexidade da questão da aquisição de habilidades alimentares, Ramsay menciona diversas outras influências, entre as quais as expectativas sociais e as características maternas e familiares em relação ao peso da criança e ao tipo de alimento ingerido, que contribuem para o desenvolvimento de padrões alimentares negativos e crescimento deficiente da criança. Como destaca a cuidadosa revisão de Ramsay, fica claro que os problemas alimentares na infância vão além das características específicas da criança e refletem a influência de diversos fatores externos ou ambientais que afetam a criança pequena em múltiplos níveis simultaneamente. Portanto, um desafio é discernir os fatores específicos que contribuem para as dificuldades alimentares de uma criança pequena, uma vez que padrões alimentares problemáticos podem resultar de problemas fisiológicos ou funcionais da alimentação – por exemplo, falta de apetite ou sucção deficiente –, mas podem mais tarde ser condicionados por meio de aprendizagem associativa, sinais internos ou ambientais – por exemplo, as práticas e crenças dos pais relativas à alimentação. Como aponta Ramsay, todos esses fatores podem ter impacto prejudicial sobre os comportamentos alimentares, as interações nas situações de refeição e o crescimento da criança.

Ecoando os comentários de Ramsay, Black avança na ilustração do impacto da interação criança-cuidador sobre o desenvolvimento dos padrões alimentares e dos comportamentos da criança nas situações de refeição. As contribuições da criança para os problemas alimentares subsequentes podem incluir comunicação inconsistente ou disruptiva, sinais verbais e não verbais relativos à fome e saciedade. Os cuidadores, por sua vez, talvez tenham dificuldade para reconhecer ou interpretar sinais da criança, o que resulta em conflitos no momento das refeições. Black revê diversas estratégias por meio das quais os cuidadores podem promover o processo de alimentação, tais como a apresentação de modelos de comportamentos alimentares positivos, o estabelecimento de rotinas consistentes e previsíveis para as refeições, e a ênfase na

importância do oferecimento de alimentos nutricionalmente equilibrados em um ambiente positivo. No entanto, Black salienta a importância de intervenções em muitos níveis para a promoção de padrões alimentares saudáveis, o que inclui mudanças ambientais no sentido de que os restaurantes ofereçam para as crianças opções nutritivas, mas também atraentes, e educação individual e familiar para aperfeiçoar o manejo das refeições pelos pais e aumentar sua percepção a respeito de comportamento alimentar saudável. Essas intervenções são igualmente importantes para crianças que estão com baixo peso ou com excesso de peso.

Enquanto o artigo de Black oferece direções para intervenções em múltiplos níveis para a promoção do desenvolvimento de comportamentos alimentares saudáveis em todas as crianças, independentemente de seu peso, Piazza e Carroll-Hernandez focalizam sua revisão apenas nas pesquisas sobre crianças que estão abaixo do peso e/ou com falhas do crescimento.^a Tal como nas revisões de Ramsay e Black, as autoras apontam a complexidade das causas de distúrbios alimentares em pacientes pediátricos, que podem incluir tanto fatores biológicos quanto fatores culturais que podem ser ainda exacerbados pelas estratégias de manejo do cuidador. As autoras oferecem sustentação empírica para tratamentos comportamentais de problemas alimentares por meio de dados baseados em resultados, demonstrando a eficácia de serviços de tratamento diário intensivo, interdisciplinar e de base primariamente comportamental. Em seu próprio trabalho, as autoras documentam o fato de que crianças com problemas alimentares persistentes – muitas das quais precisavam receber alimentação suplementar por meio de tubos nasogástricos ou gastrotômicos – conseguiram atingir e até mesmo superar 70% de seus objetivos de alimentação oral no programa de tratamento, e em 100% dos casos foi possível transferir o tratamento para o lar e a comunidade. Dados de acompanhamento até 24 meses depois da alta do programa revelaram que 85% das crianças continuavam a progredir na direção de uma alimentação típica para a idade.

Implicações para desenvolvimento e políticas

Em conjunto, esses três artigos ilustram a complexidade do desenvolvimento da alimentação e os mecanismos pelos quais problemas alimentares se manifestam em crianças pequenas. É evidente que distúrbios alimentares em pacientes pediátricos não têm uma origem única: envolvem a interação de diversos componentes que resultam em padrões alimentares atípicos, os quais, em última instância, afetam a criança, a família e a sociedade como um todo. Dados sobre resultados são fundamentais para a compreensão das estratégias mais eficazes a serem utilizadas para a abordagem a problemas alimentares na infância, e as autoras oferecem dados

convincentes em apoio à utilização de intervenções comportamentais intensivas para a promoção do desenvolvimento alimentar em crianças com problemas crônicos de alimentação e de crescimento.

Entretanto, é necessário um número muito maior de pesquisas no contexto da criança e da família. Sob o ponto de vista da criança, há poucos dados publicados sobre os resultados médicos, psicológicos e sociais no longo prazo em crianças com falhas de crescimento nos primeiros meses de vida e que participaram de tratamento alimentar intensivo. As condições que envolvem a saúde física, o peso, o crescimento e o *status* alimentar dessa população de crianças continuam obscuras, com exceção dos resultados obtidos em estudos de acompanhamento realizados apenas nos primeiros dois anos após a alta. Não está claro, por exemplo, se as crianças que receberam o tratamento alimentar continuam a parecer significativamente diferentes em peso e altura em comparação com seus pares saudáveis no decorrer de seu crescimento, ou se deixam de parecer muito diferentes e apresentam apenas estatura mais baixa ou compleição física mais esguia. Pesquisas anteriores revelam que a inibição do crescimento e do desenvolvimento pode ser uma característica permanente em bebês com baixo peso ao nascer.¹ Persistem também questões relativas à saúde física: crianças com baixo peso são mais, menos ou igualmente saudáveis em comparação com crianças que estão entre 90% e 100% do peso corporal ideal? É importante, portanto, compreender em que ponto do desenvolvimento da criança é adequada uma preocupação maior ou menor com menor crescimento ou com o *status* do peso. Além disso, questões médicas, psicológicas ou de desenvolvimento ainda não detectadas podem vir a se revelar com a maturação de um padrão específico característico de problema alimentar, que poderia ter sido um primeiro indicador de um problema emergente diagnosticável. O esclarecimento dessas questões pode contribuir para determinar a escolha, a implementação e a intensidade do tratamento de uma criança pequena com problemas alimentares pelos provedores de serviços de saúde.

É necessária também a realização de mais pesquisas no contexto da família, especialmente quanto aos efeitos do tratamento alimentar sobre o funcionamento da família. Como ilustrado por Piazza e Carroll-Hernandez, as pesquisas que examinaram os tratamentos comportamentais de problemas alimentares demonstraram consistentemente sua eficácia na melhoria das habilidades da criança para a alimentação oral. No entanto, pouco se sabe sobre os efeitos sobre as relações familiares à medida que os cuidadores começam a transferir as estratégias comportamentais de alimentação para o contexto doméstico. Por exemplo, durante quanto tempo os cuidadores precisam fazer esforços significativos para lidar com as questões alimentares da criança – isto é,

em que momento os cuidadores podem interromper ou reduzir o emprego de estratégias estritamente comportamentais durante as refeições, e permitir à criança a liberdade de comer independentemente, sem intervenções? De que forma essas intervenções alimentares afetam a relação da criança com os irmãos/irmãs?

Da mesma forma, qual é o impacto da utilização, pelo cuidador, de estratégias alimentares comportamentais com a criança-alvo sobre os padrões alimentares e as interações nas situações de refeição das outras crianças da família que não têm problemas alimentares ou de crescimento?

No nível social mais amplo, políticas e programas públicos precisam apoiar esforços de promoção da alimentação saudável para crianças e famílias, por meio de prevenção primária, secundária e terciária de distúrbios alimentares na infância. Esforços de prevenção primária envolveriam prevenir o desenvolvimento de distúrbios alimentares nas crianças, particularmente naquelas reconhecidamente sob maior risco de desenvolvimento desses problemas, como bebês prematuros e com muito baixo peso ao nascer,²⁻³ ou de famílias que enfrentam estressores ambientais e emocionais.^{4,5} No mínimo, deve haver programas alimentares em parceria com os programas comunitários já existentes que se responsabilizam pela redução de fatores de risco na população em geral. No caso específico da alimentação e do crescimento, os programas alimentares precisam colaborar com programas comunitários que oferecem intervenções amplas e apoio à nutrição e à primeira infância. Dessa forma, todas as crianças e todos os cuidadores, especialmente nas situações de risco, podem ter acesso à educação e a programas que visam aumentar o conhecimento sobre escolhas alimentares saudáveis e comportamentos alimentares positivos e adequados à fase de desenvolvimento. E o que é muito importante: esses esforços de intervenção primária precisam ser testados empiricamente, para determinar se as crianças e as famílias de fato são beneficiadas por esses programas de apoio e educação em termos de redução da taxa de problemas alimentares na infância.

Para as crianças que já estão apresentando problemas alimentares, os esforços de prevenção secundária e terciária precisam focalizar a prevenção (secundária) e o controle (terciária) de complicações negativas e dispendiosas – por exemplo, dependência de tubo nasogástrico ou gastrotômico – dos problemas alimentares. Dada a complexidade das causas de problemas alimentares na infância, as crianças e as famílias precisam ter acesso a uma equipe interdisciplinar de especialistas capacitados na área de avaliação e tratamento pediátrico da alimentação, de forma que sejam avaliados e tratados tanto os componentes fisiológicos quanto

os componentes comportamentais e de desenvolvimento. A importância dos cuidados por uma equipe interdisciplinar tem sido fartamente descrita na literatura.^{6,7} Infelizmente, a avaliação e o tratamento interdisciplinar podem ser dispendiosos e não ser acessíveis a todas as crianças e famílias, dependendo de onde vivem e dos recursos disponíveis. Portanto, para aumentar a disponibilidade de serviços, os sistemas de atenção à saúde precisam apoiar a capacitação de provedores de atenção à saúde, para ajudá-los a aprender a identificar precocemente problemas alimentares, bem como para ajudá-los a compreender e ensinar estratégias básicas de manejo da alimentação e das refeições aos cuidadores de crianças com problemas de alimentação e de crescimento. Para crianças que requerem tratamento alimentar intensivo, será necessário explorar outros modelos. Embora seja eficaz, o tratamento alimentar comportamental é altamente individualizado, requer grande investimento de trabalho e uma equipe especializada com capacitação especial para desenvolver as intervenções.⁸ São necessárias mais pesquisas para determinar se o tratamento preferencial – isto é, intervenções comportamentais intensivas – pode ser adaptado para implementação em formato de grupo, por exemplo, ao invés do formato individualizado, de forma a reduzir os custos e aumentar a disponibilidade dos serviços de tratamento.

Se pudermos ajudar os cuidadores e os provedores de atenção à saúde a compreender de que forma se desenvolvem os problemas alimentares na infância, e qual a abordagem mais eficaz aos problemas alimentares crônicos e agudos, mais crianças poderão ser capazes de evitar a progressão rumo a padrões alimentares desajustados.

Referências

1. Fledelius HC. Inhibited growth and development as permanent features of low birth weight. A longitudinal study of eye size, height, head circumference, inter-pupillary distance and exophthalmometry, as measured at age 10 and 18 years. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1982;71(4):645-650.
2. Douglas JE, Byron, M. Interview data on severe behavioural eating difficulties in young children. *Archives of Disease in Childhood* 1996;75(4):304-308.
3. Hawdon JM, Beauregard N, Slattery J, Kennedy G. Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2000;42(4):235-239.
4. Drotar D. Failure to thrive (growth deficiency). In: Roberts MC, ed. *Handbook of Pediatric Psychology*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 1995:516-536.
5. Skuse D, Reilly S, Wolke D. Psychosocial adversity and growth during infancy. *European Journal of Clinical Nutrition* 1994;48(Suppl 1):S113-S130.
6. Lefton-Greif MA, Arvedson JC. Pediatric feeding/swallowing teams. *Seminars in Speech & Language* 1997;18(1):5-11.
7. Miller CK, Burklow KA, Santoro K, Kirby E, Mason D, Rudolph CD. An interdisciplinary team approach to the management of

pediatric feeding and swallowing disorders. *Children's Health Care* 2001;30(3):201-218.

8. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.

^a NT: Na literatura da área, a expressão “déficit de crescimento” tem sido traduzida por “falhas do crescimento” ou “falhas no crescimento”. Refere-se a peso baixo para a idade ou taxa baixa de aumento de peso para a idade.

Serviços e programas comprovadamente eficazes no manejo de comportamentos alimentares de crianças pequenas (do nascimento aos 5 anos de idade) e seu impacto sobre seu desenvolvimento social e emocional. Comentários sobre Piazza e Carroll-Hernandez, Ramsa

Diane Benoit, MD, FRCPC

University of Toronto & The Hospital for Sick Children, Canadá

Outubro 2004

Comentários sobre:

1. Ajudando as crianças a desenvolver hábitos alimentares saudáveis – Maureen M. Black, PhD
2. Habilidades de alimentação, apetite e comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico – Maria Ramsay, PhD
3. Avaliação e tratamento de distúrbios alimentares em pacientes pediátricos – Cathleen C. Piazza, PhD, e Tammy A. Carroll-Hernandez, PhD

Introdução

Os problemas alimentares afetam aproximadamente 25% dos bebês e crianças pequenas com desenvolvimento normal, e até 35% daqueles que têm prejuízos de desenvolvimento. Há um consenso geral de que muitos fatores interagem e contribuem para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e de problemas alimentares: fatores relacionados a características individuais dos bebês e das crianças pequenas; fatores relacionados ao cuidador principal e ao ambiente de cuidados; e outros fatores, como práticas culturais, expectativas sociais e *status* socioeconômico. O artigo de Black focaliza o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis em bebês e crianças com boa saúde e com desenvolvimento normal. O artigo de Ramsay focaliza características individuais específicas identificadas em certo número de bebês com distúrbios alimentares e falhas do crescimento, que têm também problemas significativos de desenvolvimento motor oral, sensorial oral, da regulação e outros problemas de

desenvolvimento. O artigo de Piazza e Carroll-Hernandez focaliza a avaliação e o tratamento de distúrbios alimentares em crianças que têm dificuldades graves de alimentação e que muitas vezes estão gravemente doentes e/ou têm seu desenvolvimento prejudicado; as autoras descrevem especificamente seu próprio trabalho com crianças que dependiam de alguma forma de alimentação enteral (por tubo) suplementar. Assim, tanto o artigo de Ramsay como o de Piazza e Carroll-Hernandez envolvem populações especiais de bebês e crianças pequenas com distúrbios alimentares e que têm também diversos problemas graves de saúde e prejuízos de desenvolvimento. Embora os três artigos abordem fatores relacionados ao cuidador principal e ao ambiente de cuidados, nenhum deles inclui uma revisão da pesquisa sobre esse tópico.

Pesquisas e conclusões

O sumário de Black sobre o conhecimento atual a respeito de fatores do bebê/da criança, do cuidador e do ambiente de cuidados e do ambiente mais amplo, que contribuem para o desenvolvimento de hábitos saudáveis de alimentação em bebês e crianças pequenas saudáveis e que se desenvolvem normalmente parece bastante completo diante do conhecimento atual na área. As questões principais de pesquisa apontadas por Black são razoáveis. Suas conclusões e recomendações para a promoção do desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis em bebês e crianças pequenas com boa saúde e desenvolvimento normal são sensatas e, de maneira geral, são aceitas.

Ramsay apresenta um sumário abrangente sobre pesquisas relacionadas a características individuais e de desenvolvimento específicas do bebê que contribuem para problemas alimentares. No entanto, como esclarece em seu artigo, Ramsay não focaliza a pesquisa realacionada a características do ambiente de cuidados e ao ambiente mais amplo, que contribuem para o desenvolvimento e a perpetuação de problemas alimentares em bebês e crianças pequenas, ou que as protegem contra esses problemas. Ramsay não discute as intervenções comportamentais efetivas que vêm se mostrando eficazes no tratamento de problemas graves de alimentação em bebês. Na verdade, faz referência ao artigo de Kerwin,¹ de 1999, que é um bom resumo de estudos metodologicamente mais rigorosos sobre o tratamento de problemas alimentares em crianças de várias idades. Kerwin demonstrou também que intervenções eficazes para crianças com problemas alimentares graves são os tratamentos de manejo de contingências, que incluem o reforçamento positivo de respostas alimentares adequadas e a atitude de ignorar ou orientar respostas inadequadas, ao passo que intervenções promissoras incluíram reforçamento positivo pela aceitação do alimento, a atitude de não

remover a colher diante de recusas e o treinamento de indução da ingestão. Ramsay está inteiramente certa ao enfatizar a importância de fatores individuais de desenvolvimento próprios do bebê que podem proteger contra o desenvolvimento e a perpetuação de problemas alimentares, ou contribuir para isso. No entanto, dado o estado atual do conhecimento nesse campo, a qualidade do ambiente de cuidados e especialmente a qualidade da relação entre a criança e o cuidador principal continuam tendo grande importância para o exame do contexto de alimentação e dos fatores que contribuem para o desenvolvimento e a perpetuação dos vários problemas alimentares ou que protegem contra os mesmos.

De modo geral, concordo com as conclusões de Piazza e Carroll-Hernandez a respeito da pesquisa que relatam. No entanto, ao contrário do que as autoras indicam, as evidências atuais de pesquisa não apoiam inteiramente sua asserção de que os problemas alimentares na infância estão necessariamente associados a maior risco de distúrbios alimentares, “como a anorexia”, em fases posteriores da vida. Na verdade, o artigo citado por elas² sugere que a maioria das crianças com problemas alimentares não vem a desenvolver distúrbios alimentares mais tarde. Além disso, é fraca a evidência atual de que problemas alimentares estejam associados a problemas de saúde mental nas famílias de crianças que os apresentam, e de que o tratamento de problemas alimentares reduza a incidência de problemas de saúde mental nas famílias.

A meu ver, as questões mais significativas no campo dos problemas alimentares na infância ainda são definições inconsistentes, referenciais conceituais e diagnósticos diversificados – e essencialmente não validados – e metodologias inconsistentes que, evidentemente, limitam muito a pesquisa. Essas questões significativas podem ser atribuídas, em parte, ao fato de que problemas alimentares incluem causas diversas, variações complexas das características individuais e biológicas da criança afetada, do ambiente de cuidados e das relações com os cuidadores, variações complexas em várias outras interações ambientais e diversos sintomas associados.

Implicações para desenvolvimento e políticas

Concordo com a descrição de Black de implicações para o desenvolvimento e para políticas, especialmente quanto a seu foco em múltiplos níveis de intervenção – isto é, a criança, o ambiente de cuidados, o cuidador e o ambiente mais amplo. Um nível de intervenção que não é descrito por Black talvez seja a promoção de hábitos e de alimentação saudáveis, por meio da intervenção de diversos profissionais de saúde, como enfermeiras da saúde pública, médicos de

família e pediatras que oferecem informações específicas para as famílias – e particularmente para o cuidador principal da criança – nos primeiros meses e anos de vida. Obviamente, como aponta Ramsay, é necessário desenvolver “diretrizes educacionais para ensinar pais e profissionais que atuam em áreas clínicas sobre a alimentação como uma habilidade que se desenvolve, assim como sobre os comportamentos alimentares como marcos de habilidades alimentares e do ciclo fome/saciedade, e também como reação às práticas de alimentação dos próprios pais.” Diretrizes educacionais poderiam incluir também fatores relativos ao ambiente mais amplo, como descrito por Black.

Vejo como implicações-chave para desenvolvimento e políticas a ênfase de Ramsay sobre a importância de mais pesquisas e de capacitação de especialistas no campo dos distúrbios alimentares; e as conclusões de Ramsay, Piazza e Carrol-Hernandez de que é necessário criar clínicas multidisciplinares especializadas em alimentação para avaliar e tratar dificuldades graves de alimentação em crianças gravemente doentes e com desenvolvimento prejudicado. De modo geral, há consenso de que as equipes multidisciplinares deveriam incluir um terapeuta ocupacional, um especialista em patologias de fala-linguagem, um especialista em modificação do comportamento, um profissional da saúde mental e um pediatra ou gastroenterologista pediátrico. Como foi apontado por Kerwin¹ em 1999, “existem tratamentos empiricamente fundamentados para problemas alimentares; é o momento de nos voltarmos para questões a respeito de para quem eles são adequados, quando e por quê.” (p. 193).

Referências

1. Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(3):193-214.
2. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(12):1434-1440.