ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

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

©2005-2026 ABILIO | NUTRIÇÃO INFANTIL

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.

©2005-2026 ABILIO | NUTRIÇÃO INFANTIL

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 significativa[8] – 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.

[a]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.