ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

NUTRIÇÃO INFANTIL

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 multidisplinares 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.