ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

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:

©2004-2026 ABILIO | NUTRIÇÃO INFANTIL

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 elas[2] 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 multidisplinares 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 Kerwin[1] 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.

©2004-2026 ABILIO | NUTRIÇÃO INFANTIL