

A criança que não come- abordagem pediátrico- comportamental

Mauro Fisberg¹, Abykeyla Melisse Tosatti², Camila Leonel Abreu³

1-Médico pediatra e nutrologo. Professor Associado do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Coordenador científico da Força Tarefa Estilos de Vida Saudável ILSI Brasil. Coordenador do Centro de Dificuldades Alimentares do Instituto Pensi- Hospital Infantil Sabara.

2- Nutricionista, especialista em Adolescência para equipes multidisciplinares, Setor de Medicina do Adolescente, departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Nutricionista do Centro de Dificuldades Alimentares do Instituto Pensi- Hospital Infantil Sabara.

3- nutricionista- Mestre em Ciências Aplicadas a Pediatria- Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

Correspondência: Mauro Fisberg
Centro de Dificuldades Alimentares
Instituto Pensi – Hospital Infantil Sabara
Avenida Angelica 1968, cj 71-4, São Paulo- SP
E-mail: mauro.fisberg@gmail.com

Resumo

Uma alimentação adequada durante a infância é essencial para a saúde ao longo da vida e o bem-estar. As boas regras da alimentação já começam na infância, desde o nascimento, pela amamentação exclusiva até os seis meses de vida, para obter um ótimo crescimento, desenvolvimento e saúde. Daí em diante, para satisfazer as suas necessidades em evolução nutricional, as crianças devem receber uma alimentação complementar nutricionalmente adequada e segura, enquanto continua o aleitamento materno até aos dois anos como recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNICEF. A industrialização, a urbanização, o desenvolvimento econômico e tecnológico, acarretaram mudanças na alimentação e no estilo de vida, aumentando dramaticamente a prevalência de obesidade no mundo, caracterizando a transição nutricional, em que a desnutrição apresenta acentuado declínio e a obesidade emerge como grave problema de saúde pública. No entanto, aproximadamente 51% das mães de todo o mundo referem que estão preocupadas com o fato de seu filho não comer de forma adequada. O tratamento desta situação deve ser baseado no conhecimento da causa e da individualização do problema, por meio de equipes multidisciplinares especializadas.

Palavra-chaves: Dificuldade Alimentar, picky eating, estilo parental, anorexia infantil, nutrição normal.

Fisberg, Mauro; Tosatti, Abykeyla Melisse; Abreu, Camila Leonel. “A criança que não come- abordagem pediátrico-comportamental”, in **Anais do 2º. Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas**

Introdução

Uma alimentação adequada é de fundamental importância durante toda a vida, pois contribui decisivamente para o crescimento, desenvolvimento fisiológico, desempenho e produtividade, assim como para a manutenção da saúde e do bem-estar. As crianças precisam

de um suporte equilibrado de nutrientes, para possibilitar seu apropriado desenvolvimento cognitivo e psicomotor.

Cada vez mais os países estão testemunhando crescentes problemas de saúde pública que representa a dupla carga da má nutrição - tanto a desnutrição e sobrepeso. (WHO, 2011)

Globalmente, 30% (ou 186 milhões) de crianças menores de cinco anos apresentam desnutrição e 18% (ou 115 milhões) têm baixo peso para estatura, principalmente como consequência da má alimentação e infecções repetidas, enquanto 43 milhões estão acima do peso (WHO, 2011a).

Há crescentes evidências de que os danos nutricionais sofridos durante a fase fetal manifestados como desnutrição, terão fortes consequências na vida adulta, como a obesidade e doenças crônicas não-transmissíveis.

As rápidas mudanças na alimentação e estilo de vida, resultantes da industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do mercado estão tendo um impacto significativo sobre o estado nutricional infantil. Devido às mudanças nos padrões alimentares e de vida, as doenças relacionadas à alimentação, incluindo a obesidade, diabetes mellitus, doença cardiovascular, hipertensão, derrame cerebral e câncer são causas cada vez mais significativas de incapacidade e de morte prematura no mundo todo. O excesso de peso leva a doenças antes não imaginadas na infância e aumenta o risco de problemas precoces, cardiovasculares e metabólicos em adolescentes e adultos jovens.

Amamentação e Alimentação Complementar

Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as mães do mundo inteiro amamentem seus bebês ao peito, de forma exclusiva, nos primeiros seis meses. Posteriormente, devem oferecer uma alimentação complementar adequada e continuar a amamentação até os dois anos de idade.

O aleitamento materno exclusivo por seis meses tem inúmeros benefícios tanto para o bebê como para a mãe. Os bebês que são amamentados terão um ótimo crescimento, desenvolvimento, saúde e apresentarão menores riscos de doenças respiratórias, infecções urinárias ou diarreias, problemas que podem levar a internações e até à morte. Apesar dos inúmeros benefícios do aleitamento materno, muitos bebês não recebem a alimentação ideal, e em média, apenas cerca de 35% dos lactentes 0-6 meses são exclusivamente amamentados.

Adultos que foram amamentados quando bebês geralmente têm menores chances de desenvolverem diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, bem como menores taxas de sobrepeso, obesidade e diabetes tipo-2 (Ministério da Saúde, 2008).

A partir dos 6 meses de idade, a necessidade de energia e nutriente que a criança necessita começa a ultrapassar o que é fornecido pelo leite materno e os alimentos complementares são necessários para satisfazer essas necessidades, sendo que nessa faixa etária, o bebê já está pronto para receber outros alimentos. As situações mais comuns relacionadas à alimentação complementar oferecida de forma inadequada são: anemia e excesso de peso contribuindo significativamente para a alta prevalência da desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade em todo o mundo. É essencial, portanto, que os bebês recebam alimentos adequados e seguros para assegurar a transição desde o período da amamentação para a utilização dos alimentos da família.

A criança que não come

Um número muito grande de crianças na idade pré-escolar (podendo esse número ser entre 10 a 25% de acordo com dados internacionais, chegando até a 80% se houver problemas dietários na família) desenvolvem dificuldades alimentares como rejeitar a variedade, preferir alimentos líquidos, comer muito devagar, demonstrar pouco interesse pelas refeições, evitar comida sólida. Para os pais nos dias de hoje a alimentação dos filhos tem sido realmente um grande desafio. Isso por uma série de motivos, dentre eles não ter o conhecimento sobre o que

é uma alimentação adequada nessa idade, ou não ter tempo e paciência para se dedicar a ela. Quase sempre, uma queixa de que a criança não come, exprime um grito de angústia para todos os pais, por atentar especialmente para a incapacidade de alimentar seus filhos, num inconsciente coletivo silencioso de não atendimento a sobrevivência das espécies. Esta situação, na maior parte das vezes, determina um quadro de pouco apetite, apetite muito seletivo ou uma enorme incapacidade de entender as necessidades nutricionais das crianças pequenas. O próprio profissional de saúde pode ser pressionado pela família a interceder de alguma forma, caindo no círculo vicioso da pressão para que a criança coma mais, sem haver um verdadeiro entendimento de por que a criança apresenta alguma dificuldade.

O processo pode se iniciar já no início do aleitamento materno, com dificuldades de pega do mamilo, técnicas inadequadas de amamentação ou de posicionamento do bebê. Muitas vezes o choro excessivo da criança determina o diagnóstico apressado de que a mesma está com fome e não há outra alternativa a não ser a complementação ou substituição do leite materno por outro tipo de produto, de fórmulas a hidrolisados protéicos, numa evidente inadequação do entendimento de causa – efeito e fisiologia do apetite e da fome.

O pouco estudo da neofobia, situação fisiológica de todas as espécies animais e especialmente do ser humano no início da vida, podem determinar a não oferta repetida de alimentos complementares e o estabelecimento do rótulo de que a criança não gosta de um novo alimento, por rejeita-lo ou por reflexos normais como a protrusão da língua ou virado do rosto. Sabemos que somente a oferta repetitiva de alimentos novos, pode garantir que a criança se sinta segura e coma tranquilamente com doses aumentadas gradativamente.

Outra situação frequente é o não entendimento do choro, da cólica fisiológica e da irritabilidade sem causa, frequentemente diagnosticadas como uma possível intolerância alimentar ou alergia a proteína, sem diagnóstico apropriado, e com a introdução de produtos totalmente inadequados para o momento e para a condição clínica do bebê.

A partir da introdução da alimentação complementar, por volta dos seis meses de vida ou antes em muitos casos, a oferta de alimentos totalmente liquefeitos e homogeneizados, pode ocasionar a difícil aceitação posterior de alimentos pastosos, semi-sólidos e da alimentação adulta. Técnicas inadequadas de alimentação com o uso de utensílios incorretos ou grandes para a criança, forçar o alimento ou oferece-lo em condições não fisiológicas para a postura e para a mastigação, podem criar ojeriza, pânico ou fobia ao alimento, ao instrumento ou ao modo de alimentar.

As dificuldades alimentares são aquelas situações em que a criança apresenta uma menor aceitação alimentar como possibilidade de levar a consequências físicas, emocionais, familiares e no crescimento e desenvolvimento, dependendo da duração, intensidade, diagnóstico do problema e da atuação dos profissionais de saúde e da família. Pode ser uma situação passageira e também pode ser persistente. Devem ser identificadas logo nos primeiros problemas, que costumam ocorrer em diferentes situações como a introdução do alimento complementar, no período da modificação da alimentação infantil para mais sólida e na idade pré-escolar. As dificuldades alimentares podem levar a preferências e aversões, pânicos e fobias em relação a alimentos ou formas de preparação e isto pode chegar a idade adulta. Muito dos problemas que vemos vem da atitude familiar, com famílias com comportamentos inadequados, com excesso de controle, dificuldades de estabelecer limites ou serem muito permissivas ou negligentes. A falta de modelos adequados, levam a hábitos inadequados na infância. Culpa, falta de preparo, educação, medos e famílias nucleares e sem experiência, ou com padrões corporais de risco, podem ser elementos de risco. As crianças devem ser diagnosticadas, assim como o comportamento da família, o ambiente, o modelo... Mas devemos antes avaliar se existem problemas orgânicos ou emocionais, do ambiente ou

das diferentes combinações de problemas. O tratamento pode ser comportamental, multiprofissional, envolvendo medicamentos, suplementos e terapias específicas.

Inúmeras causas podem originar a recusa alimentar como única manifestação clínica. Nos serviços de pediatria, os motivos mais comuns de a criança “não comer” são desmembrados em causa orgânicas e comportamentais, conforme descritos no quadro 1.

Quadro 1. Possíveis causas dos problemas alimentares na infância.

Causas orgânicas	<p>Infecções (especialmente problemas respiratórios).</p> <p>Desordens na motilidade intestinal (vômitos, diarreia, refluxo, intolerância e alergias).</p> <p>Parasitoses intestinais.</p> <p>Transtornos do sistema nervoso central.</p> <p>Transtornos metabólicos congênitos.</p> <p>Carências vitamínicas e/ou deficiências minerais.</p> <p>Desnutrição.</p>
Causas comportamentais psíquicas	<p>Distúrbios da dinâmica familiar (alteração no vínculo mãe-filho, tensão familiar, dificuldade dos pais em estabelecer limites, mudanças na rotina, separação dos pais, falecimento na família, nascimento de um irmão).</p> <p>Distúrbios emocionais da criança (problemas de ajustamento, negativismo, busca de atenção, satisfação de desejos).</p> <p>Desmame e/ou introdução alimentar inadequados.</p> <p>Falta de conhecimento dos pais a respeito do desenvolvimento do comportamento alimentar da criança.</p>
Causas comportamentais dietéticas	<p>Monotonia alimentar.</p> <p>Papas liquidificadas.</p> <p>Peculiaridades desagradáveis quanto ao sabor, à aparência, ao odor e à temperatura da comida.</p>
Outras causas	<p>Condições ambientais físicas desagradáveis.</p> <p>Desacerto entre horários de sono e/ou escolares e horário de alimentação.</p> <p>Ausência de maturação dos movimentos da língua / medo de engasgar.</p> <p>Excessiva dependência dos pais.</p>

Fonte: Adaptado de Kachani *et al.*, 2005.

Estima-se que menos de 10% dos casos de recusa alimentar se devem a causas orgânicas, uma vez que a diversidade da alimentação dos seres humanos é surpreendente, conferindo vantagens adaptativas, mas proporcionando a complexa tarefa de decidir o que devemos comer.

A título de exemplo, uma grande parte das crianças com idades entre um e três anos come somente uma variedade muito limitada de alimentos, que abrange apenas três ou quatro alimentos distintos. No que diz respeito à idade pré-escolar, é comum as crianças atravessarem uma fase de alimentação bastante restritiva

Esse comportamento, caracterizado pela relutância e/ou rejeição em fazer uso de alimentos novos, é denominado neofobia alimentar e proporciona uma função protetora em um ambiente de possíveis itens danosos ao organismo humano. Estudos que investigaram o impacto da exposição repetida nas preferências alimentares das crianças em idade pré-escolar apontam que as crianças eram significativamente mais receptivas a novos alimentos depois de dez ou mais exposições. Além disso, evidenciaram que, se o intuito é alterar as preferências das crianças, elas devem provar os novos alimentos, em vez de simplesmente cheirá-los ou observá-los.

No entanto, a resposta neofóbica não é estática, pois, com base na observação e na experiência clínica, constata-se que as dificuldades alimentares encontram-se presentes em uma parcela significativa de crianças, com prognóstico variável: esses problemas podem melhorar e desaparecer, reaparecer mais tarde sob outras formas ou se agravarem e se tornarem crônicos.

A partir da queixa "que a criança não come" ou "não mastiga", as mães ou forçam a criança a comer de qualquer maneira ou substituem a "comida" por mamadeira ou leite. Além de cuidar e nutrir, a relação mãe-criança e alimento está inserida em uma dimensão afetiva; de estímulo; de busca, ou não, de autonomia e de socialização. Na ânsia de que a criança fique alimentada, é comum a identificação de práticas alimentares inadequadas.

A compreensão dos transtornos e dificuldades da alimentação nos remete à investigação detalhada da dinâmica familiar, visto que o elemento cuidador encontra-se integrado à etiologia dos transtornos da alimentação, que é um dos cuidados maternos primordiais.

Identificando a criança que não come

A alimentação ocupa um lugar central no desenvolvimento infantil, já que é em torno dela que se organizam, desde o nascimento, os primeiros contatos entre a mãe e o bebê, assim como também se delineiam e se expressam os conflitos da díade mãe-bebê.

Do mesmo modo que a criança progressivamente vai adquirindo uma relativa independência em relação à mãe; sendo desejável que suporte suas ausências, assim como também a mãe suporte se distanciar do filho; no que concerne à alimentação, espera-se uma independência gradual que, embora seja de grande importância, ocorre de forma sutil e despercebida.

A alimentação do bebê sofre uma série de mudanças desde o nascimento até a idade em que a criança se torna capaz de se alimentar de modo autônomo. Essas mudanças nem sempre são bem aceitas (pelas crianças e mesmo pelas mães), sendo muito comum o aparecimento de dificuldades relativas à alimentação justamente nos períodos de transição (do seio – ou substitutos – ao desmame, à introdução da alimentação pastosa e à comida sólida).

Estima-se que de 25% a 40% dos lactentes e crianças pequenas saudáveis apresentem algum sintoma de problema alimentar. Quando a análise é de crianças com doenças gastrointestinais e problemas de desenvolvimento, como prematuridade e baixo peso ao nascer, o índice oscila entre 33% e 80%; vale ressaltar que esse grupo é propenso a dificuldades alimentares graves. Um estudo recente de nosso grupo, mostra que, em uma amostra representativa de mães com problemas alimentares, aproximadamente metade das crianças apresentam dificuldades na alimentação.

Entendida como um déficit de ingestão de nutrientes que pode resultar em crescimento insuficiente ou em refeições com conflitos e estresse para a criança e a família, a dificuldade alimentar tem como principais características: baixa ingestão, recusa alimentar, pouco apetite, desinteresse pelo alimento, erro de consistência, indisciplina alimentar, inapetência exacerbada pelos aspectos ambientais, comportamento inadequado à idade, dificuldades em comer sozinho, refeições com duração excessiva e volumes/quantidades incompatíveis ou arbitrários com a capacidade gástrica.

A falta de apetite é um dos motivos de maior busca de auxílio médico, especialmente na faixa etária de 6 meses a 7 anos de idade. Afetando meninas e meninos de todos os níveis socioeconômicos e culturais, a dificuldade alimentar, em alguns casos, pode apresentar repercussão nos parâmetros do desenvolvimento da criança, enquanto que, em outras situações, não são impeditivos de um desenvolvimento harmonioso.

Como proposta para lidar com esse problema de abordagem difícil, Chatoor *et al.* propuseram uma classificação dos distúrbios da alimentação, com o objetivo de estratificar o aparecimento do sintoma na criança de acordo com a fase de desenvolvimento, e posterior conduta para prevenção e tratamento. Por ser extremamente psiquiátrica, esta classificação não é fácil de ser entendida pelo pediatra.

Nos últimos anos, temos trabalhado em um grupo internacional com uma nova classificação, que é dirigida ao pediatra, e chefiado pelo grupo do professor Benny Kerzner (2002), a divisão leva em conta o apetite presente ou ausente, a época do aparecimento do problema e o tipo da criança e da família. Algumas mães confundem a dificuldade de adaptação do recém-nascido com o seu próprio despreparo para lidar com o filho, isto é, situações típicas do comportamento da criança que poderiam ser conduzidas de uma maneira simples e casual acabam desencadeando uma série de conflitos e insatisfações, demonstradas com quadros de inapetência ou choro excessivo.

Após o nascimento, o universo feminino/materno é acompanhado por uma série de mudanças físicas, sociais e psicológicas que podem promover um período propenso a crises. Dentre os eventuais transtornos emocionais do puerpério, podemos destacar três tipos: a melancolia da maternidade (baby blues), a psicose puerperal e a depressão.

No pós-parto, a mãe precisa desenvolver uma identificação com seu bebê para que possa imaginar do que ele precisa. Durante essa jornada, a mulher enfrenta novos desafios – para os quais muitas vezes não está preparada – como sobreviver aos ataques de cólera de seu bebê, à sua indiferença, à sua recusa ou extrema voracidade de se alimentar e à falta de sono que lhe é imposta. De modo global, acontece uma mudança de rotina e prioridades. A mãe precisa aprender a renunciar aos seus próprios interesses para poder cuidar de seu bebê.

Quando há dificuldades da mãe em ajustar seu comportamento ao da criança, ela tende a romper o contato visual com o bebê e torna-se menos responsiva. Mães deprimidas podem desenvolver dois estilos diferentes na interação com a criança: intrusivo, ou seja, elas estimulariam excessivamente seus bebês; ou apático, com pouca estimulação. De qualquer forma, os dois estilos fornecem estimulações inadequadas para a criança.

Considerações a respeito do vínculo são necessárias, uma vez que a participação da mãe no processo da alimentação é de fundamental importância e as repercussões de suas atitudes podem acarretar sérias consequências para a criança. As consequências foram amplamente avaliadas por nosso grupo em uma revisão recente (Nogueira et al, 2012). Autores descrevem essa condição como a síndrome da criança vulnerável ou com fracasso em prosperar, por estar associada a um maior comprometimento do estado nutricional – oferta inadequada de alimentos – e psíquico – negligência e privação de cuidados e carinho – nos quais, muitas vezes, o baixo peso e/ou a desnutrição são achados comuns.

O início da dificuldade alimentar e os componentes relacionados à manifestação da seletividade e recusa ao alimento têm sido associados ao comportamento típico da criança que começa a andar.

A expectativa dos pais em relação à necessidade de formar bons hábitos alimentares em seus filhos pode trazer consequências desastrosas; transformando a alimentação – um ato que deveria ser espontâneo e natural – em um confronto entre pais e filhos. O problema da seletividade costuma coincidir com o período de introdução dos alimentos complementares.

As interpretações feitas pelos responsáveis sobre as respostas faciais e gestuais da criança, quando em contato com o alimento, servem de base para as decisões de continuar ou não a oferecê-lo. Erroneamente, os pais interpretam a rejeição precoce como uma recusa fixa e persistente, excluindo totalmente um grupo de alimentos. A criança não tem a oportunidade de provar o alimento repetidamente, ato que intensificaria a aceitação.

Em conjunto, as queixas mostram sentimentos maternos de perda de controle, estresse, incompetência, culpa e frustração, pois a criança é quem acaba decidindo o que ela come, e não os responsáveis. A ação dos pais quanto ao comportamento alimentar seletivo dos filhos mostrou que as estratégias para incentivar o aumento da ingestão alimentar são: chantagem emocional, oferecimento de recompensas, oferta alimentos substitutos de baixo valor nutritivo. A violência contra o menor, com surras e outros agravos, pode ser o passo seguinte após diferentes tentativas de persuasão.

A dificuldade alimentar somente é preocupante para o clínico quando envolve um grande número de alimentos e, conseqüentemente, um grande número de nutrientes em quantidade suficiente para determinar possíveis patologias. Já para a mãe, toda e qualquer seletividade ou recusa que implique na pouca aceitação de alimentos que ela considere essencial é extremamente preocupante, principalmente quando os alimentos mais rejeitados são verduras, legumes e frutas.

Conduta investigativa

Atendendo a criança que não come

Durante toda a consulta, além dos procedimentos de rotina: (a) Anamnese clínica e nutricional (quantitativa e qualitativa); (b) Exame físico detalhado (busca de sinais clínicos relacionados a distúrbios nutricionais); (c) Aferição dos parâmetros antropométricos; (d) Avaliação do consumo alimentar habitual e (e) Exames bioquímicos, é essencial prestar atenção na atitude dos pais diante do problema, assim como o tipo de relação que eles mantêm com a criança.

Conduta terapêutica

Diante de uma criança com hiporexia e/ou consumo alimentar inapropriado, a nossa principal dúvida é: Como recuperar o apetite de uma criança que não quer comer, na ausência de uma enfermidade evidente?

Na prática clínica, Bleichfeld e Montgomery propõem um esquema terapêutico de apreciação da gravidade e de atuação do clínico, pautado em três etapas: Observação, Intervenção e Orientação.

A. Observação: problemas de breve duração (<30 dias)

Características:

- Crescimento normal e adequado para a idade (pode até exceder as expectativas)- Exame físico sem alterações.- Pais não angustiados ou com discreta preocupação.- Ausência de fatores de risco adicionais (depressão materna, perturbação da vinculação).

Estratégias frente à seletividade e recusa alimentar: os problemas podem ser resolvidos por intermédio da explicação da variabilidade do apetite no primeiro ano de vida e das oscilações no apetite entre uma refeição e outra.

Conduta: Reavaliar peso, estatura e condições clínicas da criança e o funcionamento familiar dentro de 4 a 8 semanas.

B. Intervenção: problemas de moderada duração (1 a 3 meses)

Características:

- Crescimento normal ou em ligeira desaceleração.- Exame físico sem alterações.- Pais manifestam grau moderado de frustração ou preocupação (filhos que não comem adequadamente, pelo menos do modo como os pais desejam, são uma fonte de inquietação).- Podem existir fatores de risco adicionais (estilo parental ou expectativas inapropriadas, desavenças conjugais, desacordo nos cuidados).

Estratégias frente à seletividade e recusa alimentar: estabelecer uma rotina alimentar (horários e fracionamento); acomodar a criança à mesa com os outros familiares; evitar distrações (por exemplo, desligar a televisão) e não utilizar subterfúgios, tais como os famosos - “aviãozinho ou trenzinho”; não forçar, ameaçar punir ou obrigar a criança a comer, assim como não oferecer recompensas e agrados.

Conduta: Reavaliação, se possível, com o pai, a mãe ou o responsável pelo momento da refeição é fundamental. Tal reavaliação tem como objetivo a verificação da capacidade de implementar as estratégias apresentadas e da dinâmica familiar (indicador de disfunção familiar ou de psicopatologia), com possível indicação de orientação para especialista. Caso as sugestões sejam cumpridas e os sintomas não melhorarem, pode existir um problema físico não detectado, sendo assim, exames específicos devem ser solicitados quando houver indicação clínica.

C. Orientação: problemas de longa duração (>3 meses)

Características:

- A velocidade de crescimento desacelerou significativamente, com sinais de atraso ou retardo no desenvolvimento. - Exame físico alterado. - Pais não são capazes de cooperar com o tratamento ou manifestam mal-estar (cuidador demonstra ter raiva da criança e/ou desespero por não saber o que fazer para que ela se alimente).- Existência de fatores de risco adicionais (criança definha, deixando de perceber suas necessidades básicas e empobrecendo a vida mental; instintos de conservação desorganizados, com depressão e apatia).

Estratégias frente à seletividade e recusa alimentar: apresentar os alimentos em quantidades pequenas para encorajar a criança a comer; adotar o uso de utensílios adequados ao tamanho

da criança; permitir que a criança conheça e aprenda sobre as características dos alimentos e/ou preparações; para as crianças que ingerem grandes quantidades de leite, deve-se diminuir o volume e a frequência; limitar o consumo de líquidos durante a refeição, água e sucos devem ser oferecidos entre as refeições; respeitar os períodos de pouco apetite e as preferências alimentares.

Conduta: Casos graves exigem tratamento ou assistência psicológica especializada para estabilização da irritação, dos conflitos e da ansiedade no momento da refeição, tanto para os pais quanto para a criança.

Com o passar dos anos, foram aparecendo várias correntes de condutas nutricionais e médicas que propuseram medidas terapêuticas para o problema.

No **setor da nutrição**, em virtude das dúvidas no atendimento de familiares com queixa de dificuldades alimentares, é interessante evidenciar os fatores que afetam o consumo alimentar de crianças. A compreensão desses fatores é uma alternativa importante para auxiliar os profissionais na investigação e tratamento da dificuldade alimentar, o que resulta em melhores condições de saúde e, conseqüentemente, de vida.

Salienta-se que a adoção de uma estrutura dual nas consultas, isto é, uma parte da sessão dedicada aos pais e a outra, à criança, é uma forma de envolver a família no processo terapêutico e na construção do plano de tratamento. Tal envolvimento contribui para a aliança terapêutica e para a adesão ao processo, levando à promoção do conhecimento e diversificação da alimentação³⁹⁻⁴¹.

a) Promoção do conhecimento

Nessa etapa, o principal objetivo é que a criança tenha estímulos sensoriais possíveis em relação aos alimentos, a fim de ampliar o leque de alimentos conhecidos. Para tal conduta, recomenda-se levar a criança a distintos ambientes (supermercado, feira) permitindo a observação e, quando possível, o tocar, o sentir e o experimentar dos alimentos.

Quanto aos pais, a meta é incentivar e apoiar comportamentos que ajudam a promover um ambiente tranquilo durante as refeições, como não ameaçar ou gritar para que a criança coma; dar pequenas porções de cada vez, promovendo a habituação aos alimentos; permitir alguma liberdade de escolha dos alimentos e encorajar os progressos. É importante também evitar atitudes impotentes/inoperantes para enfrentar as dificuldades alimentares. Esse quadro de desânimo pode ser evidenciado por frases como: "Hoje você não vai querer comer, né?" ou "Será que você vai comer hoje? Será que vai acontecer esse milagre?". Além disso, incentivar os pais a agir como uma equipe coesa, ou seja, eles devem estar em acordo com as medidas combinadas com o profissional de saúde.

b) Diversificação da alimentação

Nos casos de seletividade, a variedade do consumo alimentar não deve se restringir à análise qualitativa e quantitativa. Para alcançar sucesso no tratamento, é preciso que os pais desenvolvam a sensibilidade para reconhecer e valorizar as informações vindas da criança sobre quando, quanto e em que ritmo deseja ser alimentada. A criança, por sua vez, deve ser capaz de sinalizar o que deseja, com um mínimo de clareza e regularidade.

Deste modo, as interações saudáveis devem contemplar algumas qualidades essenciais: investimento, quantidade adequada de estimulação, reciprocidade e flexibilidade. Em termos práticos, as crianças seletivas tendem a preferir alimentos mais liquidificados; logo, os pais

devem ser orientados, a deixar, por exemplo, de agitar o iogurte excessivamente até ficar muito líquido, bem como, introduzir pequenos pedaços de alimentos na sopa.

Outro fator que pode aumentar as chances de um episódio alimentar bem-sucedido é a presença física da mãe, sua disponibilidade em oferecer ajuda, manter o ritmo da refeição, reduzir distrações, especialmente com crianças menores. A participação da criança no momento da confecção das refeições, pode ser um agente motivador a provar novos sabores e texturas.

É aconselhável também estimular a autonomia da criança, por meio da delimitação do espaço alimentar, com o uso de cadeirões ou mesmo mesas e cadeiras, o que proporciona estabilidade ao prato e contenção do comportamento exploratório da criança. Oferecer recipientes maiores e colheres menores, apropriadas ao tamanho e estágio de desenvolvimento psicomotor, também pareceu facilitar a autoalimentação, uma aspiração das crianças de faixa etária menor. Trata-se de uma medida na qual os pais e a criança respeitam os sinais de fome e de saciedade.

Recomenda-se também a diminuição/redução do tamanho da porção servida e, se necessário, adotar uma porção adicional, o que evitaria a frustração materna. Sabe-se que as refeições muito demoradas resultam em perda da atratividade do alimento, que esfria e fica espesso. É essencial acordar com os pais que a criança não seja punida por não comer e que se faz necessário estipular um tempo limite para o início e o término das refeições.

Em suma, atitudes simples, como (1) servir as refeições em local agradável (limpo, arejado, de preferência de cor clara); (2) sentar a criança confortavelmente à mesa em companhia de outras pessoas (familiares, irmãos); (3) disciplinar e fracionar o consumo de alimentos, estabelecendo horários (oferecendo refeições menos volumosas mais vezes ao dia); (4) oferecer refeições atrativas e saborosas (usar temperos naturais como alho, cebola, cebolinha, salsa, orégano e outros, evitando, assim, o abuso do sal); (5) colocar um fundo sonoro no ambiente, deve-se optar por músicas suaves; (6) promover um contraste de cor entre os utensílios e o forro da mesa melhora o estado de ânimo da criança, influenciando positivamente o seu apetite e proporcionando mais prazer com a alimentação.

Já no **setor médico**, o uso de orexígenos/estimulantes do apetite e suplementos orais tem o seu nicho e sua utilidade quando associado ao aconselhamento, de modo que a utilização deve ser criteriosa e refletir o entendimento do fator etiológico, e não apenas servir como um apoio na substituição de uma adequada anamnese e diagnóstico.

Quanto à utilização de orexígenos, frequentemente, observa-se o pedido dos pais (e avós) para a prescrição desses medicamentos. Tal fato resulta, por parte das mães, da ansia de que seu filho coma e do receio do risco da falta de nutrientes para a saúde.

Em relação aos medicamentos com efeito orexígeno, os princípios ativos dos mais utilizados são: ácido gama aminobutírico (GABA); vitaminas do complexo B (tiamina ou vitamina B1, riboflavina ou vitamina B2, piridoxina ou vitamina B6 e cianocobalamina ou vitamina B12); cloridrato de L-lisina; buclizina (cloridrato de buclizina) e ciproeptadina (cloridrato de ciproeptadina).

Outro aspecto é o da indicação de suplementos orais a crianças com dificuldades alimentares. Experiências clínicas sobre o efeito da suplementação alimentar no crescimento de crianças com baixo apetite e seletividade, ou cujo padrão alimentar era monótono e com inadequações de micronutrientes demonstraram uma melhoria do estado geral de saúde. Geralmente, a indicação do uso desses compostos é entre as refeições intermediárias (lanches manhã/tarde ou ceia).

A criança com comportamento alimentar seletivo tende à baixa aceitação de frutas e hortaliças e, em casos de dificuldade alimentar de duração moderada a grave, pode se expor ao risco de carência subclínica. Como recurso preventivo, a utilização de suplemento oral demonstra ser uma medida eficaz para atender as exigências nutricionais, visto que o acréscimo no percentual de ingestão de calorias, proteína, vitaminas e minerais melhora o estado nutricional e diminui a possibilidade de deficiência de nutrientes.

A conduta nos casos de seletividade consiste na análise e na discussão de todos os dados coletados durante a anamnese, tanto clínica quanto nutricional, para a definição de prioridades de cada caso. Estudos sugerem que a suplementação associada à terapia médico-nutricional pode ser eficaz na recuperação da falta de apetite, modificando as condições iniciais de acompanhamento da criança, e que a intervenção precoce pode prevenir alteração nutricional assim como rompimento familiar.

Considerações finais

O Centro de Dificuldades Alimentares do Instituto Pensi, da Fundação José Luiz E. Setubal, Hospital Infantil Sabará, é um dos primeiros centros integrados do mundo a atender os casos de dificuldades alimentares com um enfoque holístico, com participação de profissionais de saúde capacitados e experientes no tema, com análise pormenorizada dos aspectos dinâmicos da criança e do seu entorno, familiares e cuidadores. O centro utiliza recursos eletrônicos de observação de condutas, como a Câmara de Gesell, filmagem das crianças e dos pais, discussão do caso com a família e programas de curta, média e longa duração com sessões de orientação clínica, nutricional, fonoaudiológica e com todo o apoio da retaguarda hospitalar do Sabará.

Abstract

In a world where our food is more and more contradictory, a mix between the search for healthier foods and eating less adequate diets, it is quite difficult to understand how we forget our millennial history. Those times when we were hunters and collectors, we ate meat and fish, fruit and vegetables from nature, with an enormous difference in our capacity of storing, preparing and preserving those products for periods of inclement weather. Once we started to settle in, with the beginning of a more sedentary life, planting seeds and other products, we depended less and less on hunting and fishing, on seasonality and started to conserve. At the same time, we started to drink milk from other animal species. Milk is a multifunctional food, as it keeps the protein source available to more people, as people started to raise animals in their farms or villages. Through fermentation, milk became a good-quality protein and it is portable, characterized by the first snack used outside of the household (bread, cookies, dairy products - cheese, yogurt, curd). Since the time of the Cossacks, dairy products have been associated with health and longevity, mainly for the population of the Balkans. The association with health is anecdotal, with priorities that ranged from diarrhea prevention and treatment, physical strength, longevity, and health in general. It was only in 1898 and beginning of the 20th Century that Grigorov and Metchnikoff, associate the yogurt bacillus with longevity and therapeutic properties. The associations between calcium and vitamin D with bone health and rickets were described in the end of the 20th Century. Since then, dairy studies moved from individual studies to large epidemiologic and clinical association studies, relating with weigh and cardiovascular health. Today we define the epidemiologic rule that milk and its byproducts are the major source of calcium in our diet, representing more than 50% of the available sources. Studies from various groups all over the world show that the intake of dairy products is associated with the decrease in body mass and fat amount and bone health, osteopenia and osteoporosis prevention. Nevertheless, different populations have different lactase levels and adjust to more or less intake of dairy products, directly from its byproducts (cheese, creams, butters, curds, yogurts).

Today, a new risk situation has risen in the nutrition world, and it is the lactose-free movement. A sudden removal of dairy products from the human diet has led to inadequate prescriptions by health professionals to restrictive diets that do not allow for enough calcium for the human needs. It also led to generalization of situations of lack of capacity of milk digestion to totally dairy-free diets. The health professional needs to have a balance of an adequate diagnosis of partial lactose intolerance and a correct intake of calcium vitamin D, lactose and a crucial food source for human health

Keywords: feeding difficulties, picky eating, parental style, infantile anorexia, normal nutrition

Referências para leitura

Alarcon PA. Effect of oral supplementation on catch-up growth in picky eaters. *Clin Pediatr*. 2003;42:209-217

Azevedo TCG, Martins LA, Fisberg M. Distúrbios do apetite na infância. *Âmbito Hospitalar*. 1993;57-64.

Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr*. 1999;19:41-62.

Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposures reduces children's food neophobia. *Appetite*. 1987;8:171-8.

Bleichfeld B, Montgomery ME. Feeding and sleeping problems of infancy and early childhood. In: Kaye DL, Montgomery ME, Munson SW, editores. *Child and adolescent mental health*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p. 226-251.

Bouça D, Sampaio D. Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 2002;4:(2),121-133

Bresolin AM. Recusa alimentar: abordagem ambulatorial. *J Pediatr*. 1987;(9):99-102.

Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1998;27:143-47.

Carruth BR. The phenomenon of "picky eater": a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr*. 1998;19(6):771-80.

Cerro N, Zeunert S, Simmer KN, Daniels LA. Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions. *J Pediatr Child Health*. 2002;38:72-8.

Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N, Harmon RJ. Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:1217-24. Douglas J. Why won't my toddler eat? *The Practitioner*. 1998;242:516-22.

Douglas JE, Bryon M. Interview data on severe behavioural eating difficulties in young children. *Arch Dis Child*. 1996;75:304-08.

Fernandez Nunez JM, Sendin Gonzalez C, Paulino Herrera A, Perez Gomez P, Lozano Izquieria C. "Doctor, the child does not eat": a motive for consultation. *Aten Primaria*. 1997;20:554-6.

Fisberg, M e Maximino P- Guia Descomplicado da Alimentação Infantil- editora Abril, 20013.

Gottesman MM. Helping toddlers eat well. *Journal of Pediatric Health Care*. 2002;16,92-96.

Grillo E, Silva RJM. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. J Pediatr. 2004;80(2 Supl):S21-S27

Jong N, Burd DM, Eicher PS. Effect of dietary supplements and physical exercise on sensory perception, appetite, dietary intake and body weight in frail elderly subjects. Br J Nutr. 2000;83:605-13.

Kachani AT, Abreu CLMA, Lisboa SBH, Fisberg M. Seletividade alimentar da criança. Pediatria. 2005;27(1):48-60.

Kerzner B. [Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach.](#) Clin Pediatr (Phila). 2009 Nov;48(9):960-5. doi: 10.1177/0009922809336074. Epub 2009 Jul 15. Review.

Lifschitz CH. Feeding problems in Infants and children. Curr Treat Options Gastroenterol. 2001;4:451-7

Madeira IR, Aquino LA. Problemas de abordagem difícil: não come e não dorme. J Pediatr. 2003;79(suppl 1):S43-54.

Manikan R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. J Clin Gastroenterol. 2000;30 (1):34-46.

O'Connor ME, Szekely LJ. Frequent breastfeeding and food refusal associated with failure to thrive. A manifestation of the vulnerable child syndrome. Clin Pediatr. 2001;40(1):27-33

Nogueira ANA, Mello ED, Maranhão HS, Vieira MC, Barros R, Barreto JR, Fisberg M. Pediatria Moderna 48(9):340-348, set 2012.

Perosa GB, Carvalhaes MABL, Benicio MHA, Silveira FCP. Estratégias alimentares de mães de crianças desnutridas e eutróficas: estudo qualitativo mediante observação gravada em vídeo. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(11):4445-4464

Pliner P, Hobden K. Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. Appetite. 1992;19:105-120.

Pockels R. Uso de estimulantes del apetito en la población infantil. Arch Domin Pediatr. 1994;30(2):30-2.

Ramalho VLM, Ribeiro AMP. Uma intervenção cognitivo-comportamental com uma criança com dificuldades alimentares: Pedro descobriu que gostava de comer. Estudos de Psicologia. 2008;13(3),195-201.

Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2004;4(1):85-94.

Skinner JD. Children's food preferences: a longitudinal analysis. J Am Diet Assoc. 2002;102(11):1638-47.

Smith AM. Food choices of tactile defensive children. Nutrition. 2005;21:14-19.

Wharton B. Taste and appetite in infancy: possible topics for research. Pediatrics. 2000;106:1278A-1278.