

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO
DE NUTROLOGIA

GUIA DE
ORIENTAÇÕES

DIFICULDADES ALIMENTARES - 2022



sociedade
brasileira
de pediatria



**sociedade
brasileira
de pediatria**

Guia de Orientações – Dificuldades alimentares



Departamento Científico
de Nutrologia
Sociedade Brasileira de Pediatria
2022

G943

Guia de orientações - Dificuldades alimentares/ Sociedade Brasileira de
Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia . São Paulo: SBP, 2022.
66 f.

Virginia Resende Silva Weffort; Hécio de Sousa Maranhão, Elza Daniel de
Mello, Junaura Rocha Barretto, Mauro Fisberg, Mônica de Araújo Moretzsohn,
Mônica Lisboa Chang Wayhs, Tulio Konstantyner, Carlos Alberto Nogueira-de-
Almeida.

Revisores: Dirceu Solé, Luciana Rodrigues Silva.

Vários colaboradores
ISBN: 978-65-992921-5-6

1. Pediatria. 2. Dificuldades alimentares. I. Sociedade Brasileira de Pediatria.
II. Título.

SBP/RJ

CDD: 616.399



Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria 2019/2021

Presidente:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º Vice-Presidente:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º Vice-Presidente:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Secretário Geral:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º Secretário:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º Secretário:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

Diretoria Financeira:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª Diretoria Financeira:

Cláudio Hoineff (RJ)

3ª Diretoria Financeira:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

Norte:

Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Nordeste:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Sudeste:

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sul:

Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

Centro-Oeste:

Regina Maria Santos Marques (GO)

Natasha Shlessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Titulares:

Gilberto Pascolat (PR)

Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Suplentes:

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Marisa Lopes Miranda (SP)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nelson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

Coordenação:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Membros:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virgínia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Tanigushi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

Coordenação:

Hélcio Villaça Simões (RJ)

Membros:

Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clovis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flávia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valete (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA

Coordenação:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Membros:

João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Ricardo Mendes Pereira (SP)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

Coordenação:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

Diretoria Adjunta:

Sidnei Ferreira (RJ)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Britto Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Anenisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Membros:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Shhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)
Altacílio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Coordenação:

Renato Procianoy (RS)

Membros:

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Giselia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Editores Científicos:

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

Editora Adjunta:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Mariana Tschöpke Aires (RJ)
Maria De Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurílio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)
Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:

Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Coordenação:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Membros:

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Coordenação:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Membros:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luís Amantéa (RS)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedée Pêret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOCTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Adelma Figueiredo (RR)

André Luis Santos Carmo (PR)

Marynea Silva do Vale (MA)

Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

MUSEU DA PEDIATRIA

Coordenação:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Membros:

Mario Santoro Junior (SP)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

Coordenação:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Rubem Couto (MT)

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:

Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:

Marcos Reis Gonçalves

AP - SOCIEDADE AMAPAENSE DE PEDIATRIA:

Rosenilda Rosete de Barros

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:

Elena Marta Amaral dos Santos

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:

Ana Luiza Velloso da Paz Matos

CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:

Anamaria Cavalcante e Silva

DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO

DISTRITO FEDERAL:

Renata Belem Pessoa de Melo Seixas

ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA:

Roberta Paranhos Fragoso

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:

Marise Helena Cardoso Tófoli

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:

Marynea Silva do Vale

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:

Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai

MS - SOCIEDADE DE PED. DO MATO GROSSO DO SUL:

Carmen Lucia de Almeida Santos

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:

Cássio da Cunha Ibiapina

PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:

Maria do Socorro Ferreira Martins

PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:

Kerstin Taniguchi Abagge

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:

Katia Galeão Brandt

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:

Anenisia Coelho de Andrade

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO

DO RIO DE JANEIRO:

Claudio Hoineff

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA RIO GRANDE DO NORTE:

Katia Correia Lima

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:

Sérgio Luis Amantea

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:

Wilmerson Vieira da Silva

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:

Mareny Damasceno Pereira

SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:

Nilza Maria Medeiros Perin

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:

Sulim Abramovici

SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:

Ana Jovina Barreto Bispo

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:

Ana Mackartney de Souza Marinho

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

Coordenação:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Cláudio Barsanti (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Sergio Antônio Bastos Sarrubo (SP)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

Jefferson Pedro Piva (RS)

Vice-Presidente:

Navantino Alves Filho (MG)

Secretário:

Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)

Diretora de Comunicação

Mário Santoro Junior (SP)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Adolescência
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Terapia Intensiva
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Imunobiológicos em pediatria
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Pediatria e humanidade
- Saúde mental
- Saúde digital

Apresentação

Caros Colegas

O departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria mais uma vez nos presenteia com o Manual de Dificuldades alimentares coordenado pela Dra. Virgínia Weffort de modo muito interessante e atual.

Vários autores colaboram trazendo enfoques sobre as muitas dúvidas que têm os pediatras, quando chegam crianças e adolescentes com dificuldades alimentares para consulta.

Discussões sobre as causas, as manifestações, os tipos e a conduta frente a pacientes pediátricos com dificuldades de alimentação são atualizados para que o pediatra possa resolver junto com a família e os pacientes estes problemas multifatoriais.

Parabéns ao grupo por esta bela contribuição para a pediatria brasileira e boa leitura!

Luciana Rodrigues Silva

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

Agradecimentos

À Danone Nutricia
que colaborou com a
Sociedade Brasileira de Pediatria
na edição deste manual,
os nossos agradecimentos

**Departamento Científico
de Nutrologia – SBP
Guia de Orientações -
Dificuldades alimentares
2022**

Editor:

Departamento Científico de Nutrologia,
Sociedade Brasileira de Pediatria

Organizador:

Virginia Resende Silva Weffort

Revisores:

Dirceu Solé
Luciana Rodrigues Silva

Autores

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA

VIRGINIA RESENDE SILVA WEFFORT - PRESIDENTE

Pediatra com área de atuação em Nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Mestre e Doutora em Pediatria pela FMRP-USP. Professora Associada de Pediatria e Coordenadora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Supervisora do Programa de Residência em Pediatria da UFTM. Presidente do Comitê de Nutrologia da Sociedade Mineira de Pediatria (SMP). Presidente do Departamento Científico de Nutrologia da SBP.

HÉLCIO DE SOUSA MARANHÃO – SECRETÁRIO

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutor em Ciências e Mestre em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). Especialista em Gastroenterologia Pediátrica pela UNIFESP-EPM e pela UFRN. Especialista em Pediatria pela UFRN e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Área de Atuação em Gastroenterologia Pediátrica pela SBP e em Nutrologia Pediátrica pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) e SBP. Vice coordenador do Programa de Residência Médica em Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário Onofre Lopes – UFRN. Secretário do Departamento Científico de Nutrologia da SBP.

MEMBROS DO CONSELHO CIENTÍFICO

ELZA DANIEL DE MELLO

Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) com áreas de atuação em Nutrologia e Gastroenterologia pediátrica. Área de atuação em Terapia nutricional parenteral e enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) e pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN). Mestre e Doutora em Pediatria pelo programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Nutricionista. Professora Titular de Pediatria da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente da UFRGS. Membro do Departamento Científico de Nutrologia da SBP.

JUNAURA ROCHA BARRETTO

Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Doutora em Medicina e Saúde pela Escola Bahiana de Medicina. Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), em Nutrologia pediátrica pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) e SBP, e em Nutrição enteral e parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição parenteral e enteral (SBNPE). Professora adjunta de Pediatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Nutróloga pediatra da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) e do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Membro do Departamento Científico de Nutrologia da SBP.

MAURO FISBERG

Pediatra e Nutrólogo. Doutor em Pediatria e Professor orientador pelo Programa de Pós-graduação em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria da Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP). Coordenador do Centro de Nutrologia e Dificuldades Alimentares - Instituto Pensi - Fundação Jose Luiz Setúbal - Sabará Hospital Infantil. Professor Associado IV Sênior do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente da Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da EPM-UNIFESP. Coordenador da Força Tarefa Feeding Difficulties da Sociedad Latinoamericana de Gastroenterologia, Hepatologia y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). Ex-presidente e ex-secretário geral da Sociedade Latinoamericana de Investigación Pediátrica (SLAIP). Diretor da Nutrociência Assessoria em Nutrologia. Membro titular do Departamento de Nutrologia da SBP.

MÔNICA DE ARAUJO MORETZSOHN

Médica Pediatra e Nutróloga pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Médica do Serviço de Nutrologia Pediátrica do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro do Comitê de Nutrologia da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro. Membro do Departamento Científico de Nutrologia da SBP.

MÔNICA LISBOA CHANG WAYHS

Pediatra com área de atuação em Nutrologia, Gastroenterologia pediátricas e Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Mestre e Doutora em Ciências pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP). Pediatra do Serviço de Nutrologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Departamento Científico de Nutrologia da SBP.

TULIO KONSTANTYNER

Médico, Pediatra com área de atuação em Nutrologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Mestre e Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP). Pós-Doutorado em Epidemiologia e Saúde Pública pela London School of Hygiene & Tropical Medicine e em Medicina pela EPM-UNIFESP. Professor Adjunto, Chefe da Disciplina de Nutrologia e Orientador do Programa de Pós-graduação do Departamento de Pediatria da EPM/UNIFESP. Coordenador e Preceptor do Ambulatório de Nutrição Clínica do Departamento de Pediatria EPM-UNIFESP. Coordenador Científico da Força-Tarefa Nutrição da Criança do ILSI Brasil. Membro do Departamento Científico de Nutrologia da SBP.

CARLOS ALBERTO NOGUEIRA-DE-ALMEIDA

Mestre e Doutor em Pediatria pela Universidade de São Paulo. Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Pós-Doutorando em Clínica Médica – Área de Nutrologia na Universidade de São Paulo. Especialista em Nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN). Título de Área de Atuação em Nutrologia Pediátrica pela ABRAN e SBP. Professor da Universidade Federal de São Carlos. Diretor do Departamento de Nutrologia Pediátrica da ABRAN. Membro Participante do Departamento Científico de Nutrologia da SBP. Coordenador do Working Group Obesidade do LASPGHAN.

REVISORES

DIRCEU SOLÉ

Professor Titular e Livre Docente da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia, Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP). Diretor de Pesquisa da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Coordenador dos Departamentos Científicos da Sociedade Brasileira de Pediatria.

LUCIANA RODRIGUES SILVA

Professora Titular e Doutora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal da Bahia (UFBa), Pós doutorado em Pediatria, Área de atuação em Gastroenterologia pediátrica e Hepatologia, Chefe do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia pediátricas da UFBa, Coordenadora Científica do Serviço de Pediatria do Hospital Aliança; Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Sumário

| | |
|---|----|
| 1. Alimentação passada e atual: a relação com a criança que não come... | 19 |
| 2. Por que é importante uma nutrição adequada na infância? | 22 |
| 3. Classificação das dificuldades alimentares | 26 |
| Crianças com apetite limitado | 27 |
| – Interpretação equivocada dos pais | 27 |
| – A criança enérgica e ativa com apetite limitado | 27 |
| – A criança apática e retraída | 27 |
| – A criança com doença orgânica | 27 |
| Crianças com ingestão seletiva | 28 |
| Crianças com fobia alimentar | 29 |
| 4. Classificação dos estilos parentais | 31 |
| 5. Avaliação nutricional e curvas de crescimento. Como avaliar o equilíbrio nutricional? | 35 |
| 6. Quais são as possíveis complicações do lactente e da criança que não cresce bem (<i>faltering growth</i>)? | 38 |
| 7. Dificuldades alimentares: quando e como suplementar micronutrientes? | 43 |
| Tratamento das deficiências de micronutrientes: | 45 |
| 8. Quando e como suplementar calorias e proteínas? | 47 |
| 9. Uso de suplemento infantil nutricionalmente completo nas dificuldades alimentares: o que é recomendado e o que não deve ser recomendado | 50 |
| Conclusão | 51 |
| 10. Como abordar a criança que não come? | 54 |
| 11. Quais as possíveis complicações da criança que não come? Riscos de curto e longo prazos | 59 |
| 12. Quando encaminhar para outro especialista? | 64 |

1. Alimentação passada e atual: a relação com a criança que não come...

Mauro Fisberg

Talvez uma das grandes preocupações das famílias em todo o mundo, em todos os tempos, tenha sido garantir a continuidade da espécie com a manutenção da alimentação adequada da criança. No entanto, esta prioridade nem sempre foi da criança, provavelmente uma das últimas na escala hierárquica da cadeia alimentar, que visava preservar o provedor, posteriormente os filhos homens, em alguns casos gestantes, e somente aí os menores.

O homem pré-histórico tinha acesso a alimentos de coleta, frutos e vegetais, e de caça e pesca. Normalmente animais pequenos, que podiam ser alcançados por armadilhas ou armas de curto alcance. A caça de animais maiores, que poderia fornecer alimentos por longo período de tempo para uma comunidade, exigia grandes operações logísticas e obviamente perda de vidas. A descoberta da utilização do fogo provavelmente foi o maior marco no desenvolvimento do homem, diferenciando-o de outros animais, possibilitando a modificação de sabor, texturas, odor e segurança, ao mesmo tempo que garante maior tempo de armazenamento.

Quando mais tarde o ser humano deixa de ser nômade e se estabelece em colônias fixas, a coleta deixa de ser primordial e o plantio, especialmente de sementes, garante a sobrevivência no decorrer das estações do tempo. O frio intenso é ameaçador por diminuir as colheitas e a caça, mas garante a possibilidade de armazenamento de carnes e cereais no gelo intenso.

A disponibilidade de alimentos dependia do local de moradia da população, do uso de ferramentas, do contato com outros grupos, da cultura local e do tempo. Morar ao lado de rios ou mares, facilitava o acesso à pesca e a outros animais. Morar em terrenos mais férteis garantia colheitas mais bem sucedidas. A variabilidade e a disponibilidade eram muito improváveis e a necessidade de ter um alimento de garantia, era essencial.

Exatamente por este motivo, a alimentação ao peito por períodos prolongados servia como alimento primordial, seguro de vida e anti-infeccioso e possibilidade de melhores resultados no crescimento e desenvolvimento.

A transição do aleitamento para a comida do adulto dependia frequentemente do acesso, da possibilidade de existência de cuidadores ou do trabalho materno.

Em épocas em que a maioria dos alimentos era de consistência endurecida ou mais fibrosa, com carnes de animais mais musculosos ou mesmo muito escassa,

com cereais e grãos endurecidos e firmes, a alimentação de todo o grupo familiar era composto de sopas, papas, pudins, cremes e de alimentos duros como pães, queijos, vegetais, cereais e carnes quando existentes. A criança após o desmame, recebia a mesma alimentação do adulto, sob a mesma forma de papas, mingaus e sopas.

Na verdade, a variedade de dieta dependia sempre do poder aquisitivo das populações. Famílias de alta renda, no campo ou assentamentos urbanos, tinham maior acesso a alimentos e a maior diversidade. Famílias de populações pobres em área rural, poderiam ter mais acesso a verduras, legumes, cereais e frutas, e ocasionalmente alguma carne ou leite de seus próprios animais, se não explorados pelos senhores donos da terra. A alimentação poderia ser muito escassa nas temporadas frias e mais acessível em épocas de colheita.

Mas, em todos os momentos, as crianças eram usualmente as últimas a serem alimentadas e comiam muitas vezes o final da refeição nas famílias mais numerosas. Ainda havia a percepção de que o homem precisaria de mais alimentos por ser o provedor.

A monotonia das papas infantis, muitas vezes modificada apenas pelo acréscimo ocasional de algum alimento escasso, determinava uma transição relativamente bruta, semiautônoma, em que a comida presente para o restante da família era apenas abrandada para a condição de vida da criança. O mito de que a alimentação era farta, variada, com todos os elementos presentes e disponíveis, determinou uma chamada inveja do antigo nos dias de hoje, em que muitos formadores de opinião, advogam o padrão alimentar passado, como modelo para os dias de hoje.

Esquecemo-nos de que nunca tivemos tantos alimentos disponíveis simultaneamente, independentemente da estação climática, do local e muitas vezes do nível social e econômico.

Esta pseudo abundância, determinou condições para o aumento do excesso de peso em praticamente todo o mundo. O sobrepeso e a obesidade aumentam em todos os grupos etários, cada vez mais precocemente e com maior intensidade. O aumento da densidade energética das refeições, associada ao volume de alimentos ricos em gorduras e açúcares, ao estilo de vida pouco adequado de grandes grupos populacionais, e ao excesso do sedentarismo, contribuem para esta situação quase epidêmica.

Os dias atuais mostram uma realidade complexa no cenário infantil. Baixo peso de nascimento, alimentação ao peito inadequada, introdução incorreta de alimentação complementar, e oferta desmedida de alimentos não necessariamente adequados para a idade e o volume ofertado, conduzem ao paradoxo de termos crianças obesas com inadequação alimentar, magros que são considerados não saudáveis, fome oculta (carências inespecíficas ou específicas de micronutrientes, vitaminas e sais minerais) convivendo com desnutridos em bolsões de pobreza em países e regiões desenvolvidas.

Uma criança não comer bem ou não comer o esperado, é um problema complexo para os familiares e que contamina o ambiente expandido da casa, escolas e até o convívio social. As dificuldades alimentares, que vão desde um erro de

interpretação dos pais ou profissionais de saúde sobre o quanto e como a criança deve comer, até a ocorrência de uma doença grave, física ou comportamental que modifica totalmente a ingestão de nutrientes, são um novo capítulo da ciência multiprofissional e multidisciplinar da área de saúde.

Casos cada dia mais complexos determinam que um novo enfoque deve ser determinado, com a participação de profissionais integrados e que também determinem um tratamento integrativo, para ajudar crianças extremamente manipuladas, e pais desesperados com a falta de sucesso.

Quando a criança não come, não basta oferecer um estimulante de apetite, uma vitamina ou um conselho básico. Há necessidade de um enfoque holístico que permita inicialmente um excelente diagnóstico clínico, do desenvolvimento, do ambiente familiar e escolar, e do entorno social. O diagnóstico depende de história excepcionalmente tomada (o que demanda tempo e experiência), um exame clínico e antropométrico, com interpretações corretas, a possibilidade de descartar doenças de tratamento existente, e um planejamento de intervenções contínuas.

Muitos profissionais são essenciais na busca de uma solução de longo prazo. O pediatra usualmente é o primeiro a ser consultado, por conhecer a rotina, por participar da introdução e orientação alimentar, do aleitamento materno ao período de transição para a alimentação adulta. Em inúmeros casos, outros cuidadores avaliam e verificam que algo não está indo bem. O professor, por estar em ambiente onde há o compartilhar de refeições com outras crianças, tem o diagnóstico de que algo não está correto. E os profissionais que são chamados vão do gastroenterologista ao neurologista, o nutricionista, o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional, pedagogos, psicólogos, psiquiatras e outros. O importante é que o profissional tenha experiência e saiba trabalhar em conjunto.

Do orientar seguro ao aleitamento materno, ao apoio específico com alimentação enteral e parenteral em casos complexos, o profissional de saúde pode atuar sozinho ou demandar uma equipe altamente experiente.

A criança que não come é provavelmente a principal queixa direta ou indireta de consultórios pediátricos em todo o mundo. E provavelmente uma queixa que é subestimada pelo pediatra, por falta de tempo, por descaracterizar importância ou porque a antropometria não foi alterada. Utilizar apenas um medicamento que usualmente não resolve a causa do problema, só facilita a busca por um novo profissional, que pelo menos escute a queixa materna.

O profissional de saúde tem de ter conhecimentos básicos de quais são os principais problemas clínicos e as condições comportamentais da criança e da família, para que uma criança não se alimente bem. E especialmente, saber referir.

A 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.

2. Por que é importante uma nutrição adequada na infância?

Virginia Resende Silva Weffort

A alimentação saudável da criança deve começar com a alimentação materna, antes e durante a gestação e durante a fase de lactação a fim de possibilitar o reconhecimento de sabores em idades maiores. Este período irá influenciar as preferências e os hábitos alimentares durante a infância e a vida adulta, evidenciando a importância que os pais desempenham na construção dos hábitos alimentares dos filhos. Seguindo com a alimentação complementar completa (com todos os grupos alimentares), o que irá facilitar a aceitação futura do lactente maior e pré-escolar, além de promover o crescimento e desenvolvimento adequados, otimizar o funcionamento de órgãos, sistemas e aparelhos e atuar na prevenção de doenças em curto e longo prazo.

Há relatos da associação entre duração reduzida do aleitamento materno e introdução precoce de alimentação complementar com o desenvolvimento de seletividade alimentar na infância, mais conhecido como *picky eating*. Shim et al. (2011) encontraram que a combinação entre o aleitamento materno exclusivo por seis meses e a introdução da alimentação complementar após essa idade reduz as chances de a criança desenvolver comportamento alimentar seletivo na fase de dois a três anos.

É importante saber que as dificuldades alimentares são comuns em crianças pequenas e podem persistir por toda a infância, mas se bem conduzidas a maioria dos quadros é leve, transitórios e podem ser tratados com sucesso. Os lactentes podem apresentar oscilações de apetite e de preferências alimentares em determinados estágios da infância. Quando os pais não toleram os períodos de recusa alimentar e reagem de forma inadequada, essas alterações do comportamento alimentar podem transformar-se em dificuldades alimentares, ocorrendo de forma persistente e grave, a ponto de comprometer a relação dos pais com a criança e determinar mudanças na dinâmica das refeições e na rotina da família, alterar o crescimento físico e o desenvolvimento.

As dificuldades alimentares (DA) na infância são problemas cada vez mais prevalentes e preocupantes para os cuidadores envolvidos no processo de alimentação das crianças e para os profissionais de saúde que lidam com essas queixas. Dependendo da duração, intensidade, diagnóstico do problema e da atuação dos profissionais de saúde e da família haverá consequências físicas, emocionais, familiares, no crescimento e desenvolvimento.

O termo DA engloba qualquer quadro que afete negativamente o processo pelo qual os pais ou responsáveis fornecem alimento ou nutrição às crianças. Dificuldades alimentares foi um termo guarda-chuva utilizado por Kerzner et al. (2015) para caracterizar, de forma ampla e heterogênea, crianças que têm problemas com a alimentação. Essa definição de crianças com DA inclui as com recusa de alimentos usuais, ingestão de pouca quantidade de alimentos, desinteresse pela comida, ingestão de um número limitado de alimentos, aceitação de alimentos e de preparos inadequada ou fobia alimentar. Outra condição incluída por Kerzner et al. (2015) no espectro de DA é a insatisfação dos pais em relação à alimentação dos filhos. Segundo esses autores, apenas 25% dos pacientes cujos pais referem problemas com a alimentação apresentaram DA, enquanto uma minoria (1 a 4%) manifesta condições mais graves, que fazem parte dos distúrbios alimentares.

Na maioria das situações, as DA têm vários fatores que desencadeiam seu aparecimento e a sua persistência. A interação entre a criança, a comida e a pessoa que a alimenta gera muitos riscos: casos em que a origem é orgânica e perdura, como distúrbios respiratórios que dificultam a mastigação e a deglutição; alergias; aspectos comportamentais; recusa inicial em aceitar novos alimentos; interpretação equivocada dos pais. Essa DA pode ser caracterizada por queixas como seletividade alimentar (recusa ou predileção por cores, cheiros, sabores, texturas e consistências específicas), apetite limitado, fobia alimentar, entre outros. Essas queixas podem acompanhar a criança em todas as circunstâncias nas quais a alimentação esteja envolvida (rotina escolar, familiar ou de lazer), com possibilidade de implicações no crescimento e desenvolvimento, quando persistentes e não acompanhadas. Pode ser uma situação passageira ou se apresentar até a vida adulta, surgindo em diferentes fases, como na introdução do alimento complementar, no período da modificação da alimentação infantil para mais sólida, idade pré-escolar, escolar e adolescência.

Estima-se que entre 25% e 40% das crianças saudáveis apresentam DA em graus menos intensos e que um terço dos bebês apresentam algum grau de seletividade alimentar (SA) entre o primeiro e segundo anos de vida. Aproximadamente 80% das crianças com alguma alteração de desenvolvimento neuropsicomotor têm algum grau de DA. Quando a análise é de crianças com doenças orgânicas relacionadas ao desconforto gastrointestinal 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 mais intensas.

Na pesquisa sobre Dificuldades alimentares na infância conduzida pela editora Abril, em 2020, ficou evidenciado que o início da DA foi em crianças de 1 a 2 anos de idade (36%), seguida pela faixa etária de 2 a 3 anos (26%) e 7 a 11 meses (15%).

No Brasil, apesar de estudos escassos na área, há dados que corroboram esta estatística, com prevalência de 37% de DA em crianças abaixo de seis anos na região nordeste do país e de 43% na região sudeste, em São Paulo.

O risco de baixo peso e falha no crescimento, além das alterações cognitivas é grande. O período de lactente e pré-escolar precisam de cuidados especiais para a programação futura da criança. É preciso o diagnóstico e intervenção precoces para evitar os problemas no crescimento como baixo peso, baixa estatura e menor ganho de peso devido à ingestão reduzida de macro (proteínas e gorduras) e micronutrientes (principalmente das vitaminas A, E, D, C e os minerais ferro, Ca e Zn).

A deficiência das vitaminas A, D e C acarretam alteração da imunidade e do crescimento, assim como os minerais - ferro, zinco e cálcio. O zinco é um elemento importante para a manutenção e o reparo das papilas gustativas, além de desempenhar um papel-chave em diversos processos enzimáticos, metabólicos, de crescimento e diferenciação celular, relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento infantil. A deficiência de zinco é uma das causas mais frequentes de alteração do paladar, sendo muito relacionada também a alterações do crescimento e desenvolvimento, como anemia e baixa estatura, e a um maior risco de infecções na infância.

Apesar de sua importância para a nutrição infantil, a alimentação diversificada vem sendo pouco praticada. As crianças cada dia estão mais seletivas e as alterações muitas vezes só são percebidas quando já estão graves e de difícil retorno.

O diagnóstico das DA é clínico e inclui o interrogatório detalhado sobre antecedentes gestacionais, antecedentes neonatais, início da queixa relacionada à alimentação, evolução da dificuldade alimentar e padrão alimentar atual. O exame físico minucioso e exames complementares permitem a identificação de condições orgânicas associadas. O manejo visa garantir os aportes energético e nutricional adequado e monitorizar o crescimento e o desenvolvimento.

Referências bibliográficas

Bleichfeld B, Montgomery M. Problemas de alimentação e sono da primeira infância. Saúde mental da criança e do adolescente. Filadélfia: Lippincott Williams e Wilkins; 2002, p:226-251.

Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. Child Adol Psychiatr Clin N Am. 2002;11(2):163-183.

Kerzner B. Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. Clin Pediatr (Phila). 2009;48:960-5.

Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. Pediatrics. 2015;135:344-53.

Machado RHV, Tosatti AM, Malzyner G, Maximino P, Ramos CC, Bozzini AB, et al. Maternal Feeding Practices among Children with Feeding Difficulties—Cross-sectional Study in a Brazilian Reference Center. Frontiers in Pediatrics. 2018;5.

Maranhão HS, Aguiar RC, Lira DTJ, Sales MÚF, Nóbrega NÁDN. Feeding difficulties in preschool children, previous feeding practices, and nutritional status. Rev Paul Pediatr 2017; 36 (01) 7.

Nogueira-de-Almeida CA, Mello ED, Ribas Filho D, Maximino P, Fisberg, M. Consensus of the Brazilian Association of Nutrology on the use of Food Supplements to Children with Eating Disorders. *Int J Nutrol*. 2018;11(suppl S1):S4-S15.

Shim JE, Kim J, Mathai RA, STRONG Kids Research Team. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *J Am Diet Assoc*. 2011;111:1363-8.

Veja Saúde. Dificuldades alimentares em crianças menores de 10 anos. Disponível em <https://saude.abril.com.br/familia/seu-filho-come-mal-por-dentro-das-dificuldades-alimentares-na-infancia/> Acessado em março 2022.

3. Classificação das dificuldades alimentares

Junaura Barretto

Segundo dados da literatura a grande maioria das crianças tidas como apresentando dificuldade alimentar pelos pais não apresentam tal condição. Apenas 1% a 5% atendem aos critérios definidos para dificuldade alimentar, que seriam: apresentarem refeições prolongadas; recusa alimentar com duração superior a um mês; presença de refeições perturbadoras e estressantes; falta de alimentação independente apropriada; o comer noturno na criança; a distração para aumentar a ingestão; a mamada prolongada ou falha na evolução das texturas dos alimentos.

Diferenciar crianças “normais” com pais preocupados de crianças com condições fisiológicas ou leves, mas reconhecíveis e tratáveis, é desafiador, mas necessário.

Para tanto, utilizamos a sistematização prática de Ketzner et al, para classificar as dificuldades alimentares apresentadas no quadro 1. Eses autores classificam as crianças com base nas preocupações expressas pelos pais sobre o comportamento alimentar/alimentar de seus filhos, e os divide em três categorias principais: aqueles que não comem o suficiente (apetite limitado); aqueles que comem uma variedade inadequada de alimentos (ingestão seletiva); e aqueles que apresentam medo de comer (fobia alimentar).

Quadro 1. Classificação das dificuldades alimentres na infância

| Grupos de dificuldades | Tipos de dificuldades |
|--------------------------------|--|
| Crianças com apetite limitado | <ul style="list-style-type: none">- Interpretação equivocada dos pais- A criança enérgica e ativa com apetite limitado- A criança apática e retraída- A criança com doença orgânica |
| Crianças com ingestão seletiva | <ul style="list-style-type: none">- A criança com seletividade leve- A criança altamente seletiva- A criança com doença orgânica |
| Criança com fobia alimentar | <ul style="list-style-type: none">- Eventos traumáticos agudos ou crônicos- Alterações. comportamentais- A criança com doença orgânica |

Adaptado de Kerzner et al, 2015

Crianças com apetite limitado

Nesta categoria, há redução na quantidade da ingestão dos alimentos. Essas crianças variam desde as que estão comendo adequadamente, mas parecem comer muito pouco (percepção errônea dos pais), até as com doença orgânica evidente.

– Interpretação equivocada dos pais

Nesta condição, percebe-se uma preocupação excessiva dos pais, apesar do crescimento normal. Algumas vezes as crianças apresentam um perfil antropométrico menor, com apetite compatível com a sua condição física. Ao final do primeiro ano de vida ocorre fisiologicamente uma redução no ganho ponderal, quando comparado aos primeiros seis meses de idade, e com isso a ingestão é adaptada naturalmente. Se os pais interpretam essa condição como patológica e de forma ansiosa, adotam práticas alimentares inadequadas, podem precipitar o desenvolvimento de uma dificuldade alimentar.

– A criança enérgica e ativa com apetite limitado

Nesta condição, não há explicação orgânica subjacente. Essas crianças têm uma característica bem peculiar, sentem pouca fome, pois a sua atividade é extrema e ela está voltada para interação e exploração do ambiente.

São crianças ativas, curiosas, mais interessadas em brincar e a explorar o ambiente que em comer. Sentem pouca fome e saciam-se rapidamente e se desligam da refeição após poucas garfadas, sendo difícil mantê-las concentradas à mesa até o final de uma refeição. O conflito familiar pode interferir e agravar o comportamento da criança. Pode ser frequente se observar déficit de crescimento por causa da baixa ingestão de nutrientes.

– A criança apática e retraída

Essas crianças são hipoativas, desinteressadas tanto por comer quanto pelo ambiente, e apresentam interação e comunicação limitada com os seus cuidadores. Muitas vezes não conseguem fazer contato visual, balbuciar ou falar. Eles e seus cuidadores parecem deprimidos e com interação prejudicada. A desnutrição é evidente nessas crianças.

São crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, com sinais evidentes de interação social fraca ou ausente (ausência de sorriso, olhar vago, redução ou ausência de comunicação verbal). Neste grupo de crianças pode-se também identificar sinais de abuso ou negligência. E, especialmente em crianças institucionalizadas a troca de cuidador com um estabelecimento de interação e criação de vínculo afetivo, pode favorecer o retorno do apetite.

– A criança com doença orgânica

A recusa alimentar e/ou a falta de apetite podem ser sintomas iniciais de uma doença orgânica de base. Como já mencionamos, os sinais de alerta podem servir para identificar essas doenças em muitas crianças, mas não em todas, por isso é importante levantar a suspeita de doenças que se manifestam por sinto-

mas e sinais mais sutis. A redução do apetite é uma condição frequente como pródromo de qualquer doença clínica aguda, sendo usualmente um sinal que pode ser persistente até pouco tempo depois da cura. Algumas doenças agudas especialmente relacionadas ao envolvimento da orofaringe apresentam curso clínico curto e resolução rápida, como as estomatites, amigdalites ou aftas. Outras doenças gastrintestinais (doença do refluxo gastroesofágico, alergia alimentar, doença celíaca, hepatopatias, etc), neurológicas, ou cardíacas podem interferir de forma intensa no apetite. Algumas situações são de difícil diagnóstico inicial, demandando anamnese e exame clínico detalhados e muitas vezes exames especializados e consultas com especialistas.

Crianças com ingestão seletiva

As crianças que são consideradas seletivas variam desde aquelas que estão se alimentando adequadamente para seu estágio de desenvolvimento (percepção errônea) até aversões sensoriais relacionadas a doenças orgânicas.

A neofobia que ocorre geralmente em crianças a partir de um ano de idade, é frequentemente mal interpretada pelos pais como seletividade inadequada. No entanto, trata-se de um comportamento normal que ocorre em crianças no final do primeiro ano de vida, atingindo um pico entre 18 e 24 meses e que se bem conduzida, resolve-se espontaneamente.

As crianças que apresentam seletividade leve, são também conhecidas como “comedores exigentes”, costumam comer uma menor variedade de alimentos que a média das crianças. não seletivas e geralmente não aumentam a variedade com a exposição frequente. Essas crianças, geralmente, crescem e se desenvolvem normalmente e têm ingestão adequada de energia e nutrientes. Os casos relacionadas a conflitos familiares por atitudes coercitivas ou indulgentes durante as refeições são responsáveis. por descrições de maior incidência de problemas comportamentais subsequentes, incluindo ansiedade, depressão, agressividade e delinquência.

A ingestão altamente seletiva, que Chatoor denomina “aversão sensorial aos alimentos”, é uma dificuldade alimentar marcada por recusa consistente de alimentos específicos, que têm um sabor, textura, cheiro ou aparência particulares.

Nos casos de ingestão altamente seletiva, o comportamento vai além de neofobia alimentar, é uma resistência mais intensa e persistente, na maioria das vezes apresenta associação com algumas alterações sensoriais tais como: sensibilidade a ruídos ou dificuldades com materiais que causam sensação de sujeira nas mãos, pés ou outra parte do corpo. São crianças com dificuldade para pegar no alimento, manusear tintas, massa de modelar, argila, pisar na areia ou grama, dentre outros objetos com variadas texturas.

Em alguns casos a ingestão altamente seletiva, inicia na fase de lactentes com a dificuldade na evolução da consistência dos alimentos, persistindo até a idade pré-escolar, com alimentos preferencialmente líquidos ou pastosos, na sua grande maioria com consistência homogênea, e se não tratada adequadamente,

pode ocorrer agravação das restrições alimentares ou comprometimento do estado nutricional.

A criança mostra-se com frequência muito irritada quando forçada a experimentar ou a ingerir um alimento ao qual tem aversão. Muitas vezes chegam a nausear ou apresentar vômitos. Essas crianças são rotineiras e só aceitam alimentos com as mesmas características ou dos mesmos grupos alimentares, mesma cor, sabor semelhante, marcas ou forma de preparo específicas. Este tipo de seletividade é frequente em pacientes com transtorno do espectro autista.

A preocupação no caso da ingestão altamente seletiva é a privação de consumo de nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento (vitaminas, zinco, ferro ou proteínas), mas geralmente na maioria dos casos, elas crescem e têm peso normal, até por que existe uma tendência familiar a ofertar os alimentos da preferência da criança em excesso para suprir a baixa ingesta.

Algumas condições orgânicas podem gerar ingestão altamente seletiva, especialmente em pacientes com neuropatias crônicas com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor secundárias a doenças genéticas, erros inatos do metabolismo ou diversas afecções neurológicas. Nesses casos a seletividade pode estar relacionada a respostas hipersensíveis ou hipossensíveis às propriedades sensoriais de alimentação e/ou ao atraso da motricidade oral. Crianças com seletividade de etiologia orgânica por distúrbios motores tendem a aceitar objetos colocados na boca, mas têm dificuldade com todas as texturas, tanto líquidas quanto sólidas; as crianças altamente seletivas devido a deficits de processamento sensorial engasgam quando objetos tocam na boca e rejeitam especialmente as texturas sólidas.

Crianças com fobia alimentar

Qualquer experiência intensamente aversiva relacionada à alimentação pode causar medo e recusa alimentar. São descritos três padrões principais de fobia alimentar: o medo de se alimentar após um único evento traumático intenso, como a asfixia; o medo da alimentação da criança pequena que foi submetida a procedimentos orais invasivos e/ou dolorosos; e o medo de alimentação em crianças que usaram sonda enteral ou que perderam os marcos de alimentação, falta de experiência e/ou se sentem ameaçadas quando o alimento é introduzido por via oral.

Muitas vezes por alterações comportamentais em lactentes com choro excessivo há a interpretação equivocada, classificando como fobia, uma recusa alimentar por irritabilidade associada, alterações de padrões comportamentais (choro por sono ou padrão de desorganização de rotina); nesses casos a recusa alimentar ocorre pela ausência de fome no momento da oferta, ou por outros motivos.

Lactentes que experimentam alimentação dolorosa (ex: esofagite de refluxo) podem desenvolver comportamentos fóbicos. Geralmente eles começam a se alimentar e interrompem a mamada por dor ou desconforto e a experiência dolorosa frequente pode gerar a fobia. As crianças mais velhas podem desenvolver comportamentos fóbicos quando são forçadas a comer de forma agressiva, ou

quando experimentam eventos desagradáveis intensos como engasgos ou vômitos. Descreve-se em literatura como disfagia funcional, fobia de asfixia ou fagofobia.

Qualquer condição orgânica que resulte em dor significativa durante a alimentação tem o potencial de causar fobia alimentar. Estomatites, úlceras, orais, esofagite de refluxo, esofagite eosinofílica e até alterações mais sutis, como gastroparesia e dismotilidade do intestino delgado, podem estar associadas a dificuldades alimentares.

Referências bibliográficas:

- Almeida CAN, Mello ED, Maranhão HS, Vieira MC, Barros R, Fisberg M, et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde, *Pediatr Mod.*2012;12(48):340-348.
- Brown AM, Matheny AP, Jr. Feeding problems and preschool intelligence scores: a study using the co-twin method. *Am J Clin Nutr.* 1971;24(10):1207-9.
- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT ,, Feeding and eating disorders n childhood, *Int J Eat Disord.* 210;43(2):98-111.
- Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran J, 3rd, Coletta F, Ott D. The phenomenon of “picky eater”: a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr.* 1998;17(2):180-6.
- Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children. National Center for Clinical Infant Programs, Washington DC, 2009, p.141.
- Chatoor I, Ganiban J, Harrison J, Hirsch R. Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy. *J Am Acad Child Adol Psychiatr.* 2001;40:595-602.
- Chatoor I, Surlis J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics.* 2004; 113(5):e440-7.
- Dubois L, Farmer AP, Girard M, Peterson K. Preschool children’s eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *Eur J Clin Nutr.* 2007;61(7):846-55.
- Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin Pediatr (Phila).* 2009;48(9):960-5.
- Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015;135(2):344-53.
- Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav.* 2010;11(4):253-7.
- Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019;21(10):51.
- Romano C, van Wynckel M, Hulst J, Broekaert I, Bronsky J, Dall’Oglio L, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children With Neurological Impairment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;65(2):242-264.

4. Classificação dos estilos parentais

Hélcio de Sousa Maranhão

O estilo de condução alimentar realizada pelo principal cuidador sobre a criança é de extrema importância na abordagem e tratamento das dificuldades alimentares, pois as ações dos pais alteram o comportamento alimentar da criança. Nesse sentido, a participação dos estilos de alimentação do cuidador deve ser considerado parte essencial do gerenciamento. Os estilos são influenciados não só pelas preocupações dos pais e padrões culturais, mas também pelas características das crianças.

As primeiras observações de que os comportamentos dos pais na refeição estariam associados ao peso e dieta das crianças, surgiram a partir da observação clínica e de pesquisas com crianças com dificuldade alimentar graves, tendo como base as teorias ecológicas e sociais do desenvolvimento humano.

Ao mesmo tempo em que as práticas alimentares parentais se constituem nos comportamentos adotados pelos pais na intenção de influenciar o consumo e hábitos alimentares da criança, os estilos parentais refletem o clima emocional durante as refeições.

Dentre as práticas alimentares, refere-se como “controle coercivo” a atitude que se demonstra em tentativas de domínio, pressão ou imposição da vontade dos pais sobre as crianças, com repercussões negativas nos hábitos alimentares. Esse controle pode ser exercido sob diversas formas como punição física, ameaças, manipulação dos sentimentos, pensamentos e costumes, o que leva a sensações de culpa, carência e ansiedade pelas crianças.

As práticas coercivas de restringir, pressionar, subornar, ameaçar e usar a comida para controlar emoções negativas geram um ambiente estressante, com repercussão oposta ao desejável, pois podem levar à recusa de alimentos específicos ou da rejeição completa da refeição, cujo resultado é contrário ao desejado no cenário da alimentação. Além do reflexo sobre os hábitos alimentares, tais práticas podem comprometer o ganho de peso da criança.

São bem estabelecidos quatro padrões e estilos alimentares parentais de acordo com as práticas acima referidas, a saber: responsivo (autoritativo), controlador (autoritário), indulgente (permissivo) e negligente (não envolvido ou passivo). O estilo responsivo teria o efeito positivo na alimentação, o que não aconteceria com os outros, que trazem consequências negativas. Dentre os não responsivos, estima-se que o estilo controlador seja o mais reproduzido, pois abrange em torno da metade dos casos. Ao mesmo tempo, pode acontecer dos pais comportarem características de mais de um perfil.

Os cuidadores ou pais responsivos são envolvidos e orientam de forma positiva a alimentação da criança, em vez de controlá-la, estabelecendo hábitos saudáveis e os limites necessários para o comportamento adequado da criança frente ao ato de se alimentar. Em geral, falam positivamente sobre a comida, dividem as responsabilidades com a criança, comem saudável e como modelo, incentivam a alimentação saudável pelo diálogo e elogios sem excessos, reconhecem os sinais de fome e saciedade da criança, estabelecem horários regulares e duração apropriada das refeições para induzir o apetite, sem recorrer a técnicas coercitivas desagradáveis. Como resultado desse comportamento, as crianças que convivem com alimentadores responsivos costumam comer mais frutas, legumes e derivados de leite, menos *junk food* e apresentam menor risco de excesso de peso. Estudo brasileiro, em Natal - RN (2018), demonstrou que o estilo responsivo de mães de pré-escolares foi considerado fator de proteção contra dificuldades alimentares, que estiveram presentes em 33,2% dos filhos de mães responsivas e em 52,2% daqueles de mães não-responsivas ($p < 0,01$).

Os cuidadores ou pais de estilo controlador tentam controlar a alimentação da criança, restringindo alimentos ou pressionando-a a comer e ignoram os sinais de fome, as necessidades e o comportamento da criança. Por vezes, subornam para comer com recompensas, usam da força, punição, imposições, obrigações, castigos ou compensações inadequadas para coagi-las a comer. A princípio, esta prática pode até ter resultados, porém torna-se ineficaz com o decorrer do tempo, pois a pressão para comer fará com que a criança recuse ainda mais a refeição, o que determina, por sua vez, mais pressão do cuidador, fechando o ciclo vicioso “pressão para comer – recusa – mais pressão – mais recusa”. Essa crianças podem apresentar ajustes inadequados de calorias, menor ingestão de frutas e legumes, maior chance de estar acima ou abaixo do peso adequado.

Aqueles de estilo indulgente ou permissivo não estabelecem limites, respondem de forma exagerada às necessidades da criança, cedendo às pressões e alimentam com o quê, onde e quando ela quer. Muitas vezes, preparam comidas especiais ou múltiplos alimentos ou inúmeras opções de preparações com a finalidade de atender a todas as necessidades da criança, ignorando inclusive os sinais de fome. Esse comportamento implica em maior chance da criança estar acima do peso, consumir menos alimentos nutritivos, pois come dietas pobres na maioria dos nutrientes, exceto gorduras e açúcares.

O estilo negligente ou passivo ou não envolvido se caracteriza por desistir de suas responsabilidades alimentares, até mesmo por deixar de oferecer comida à criança. Ignora os sinais de fome da criança ou as necessidades físicas e psicológicas, assim como não estabelece limites. Ao alimentar a criança, o cuidador pode evitar o contato visual e parecer distante. As crianças mais velhas são muitas vezes não bem cuidadas, o que pode gerar problemas emocionais, deficiências de desenvolvimento e crescimento, depressão ou outras condições que dificultam ainda mais a alimentação. As crianças com cuidadores com este estilo podem estar acima do peso, em virtude de não se preocuparem com a alimentação, se alimentarem praticamente sozinhos ou por terceiros, com preferência para comidas não saudáveis.

O Quadro 1 traz um resumo dos estilos parentais e as práticas alimentares.

Quadro 1. Estilo parental x prática alimentar parental

| ESTILO PARENTAL | PRÁTICA ALIMENTAR PARENTAL |
|--------------------------|---|
| Responsivo | <ul style="list-style-type: none"> - Orienta a alimentação da criança - Estabelece limites - Comem como modelo e conversam sobre comida de forma positiva - Respondem aos sinais de fome da criança |
| Controlador | <ul style="list-style-type: none"> - Tentam controlar a alimentação da criança - Restringem alimentos da criança - Pressionam a criança para comer - Suborna a criança com recompensas - Ignora os sinais de fome da criança |
| Permissivo ou Indulgente | <ul style="list-style-type: none"> - Não estabelece limites - Alimenta a criança com o quê, onde e quando ela quer - Prepara comidas especiais para a criança - Ignora os sinais de fome da criança |
| Não Envolvido ou Passivo | <ul style="list-style-type: none"> - Desiste das responsabilidades alimentares - Não estabelece limites - Ignora os sinais de fome ou as necessidades físicas e psicológicas da criança |

Em resumo, os pais com práticas alimentares responsivas ensinam o filho a ter melhor compreensão de fome e saciedade, que alimentos são bons e comer é prazeroso, a ter experiências com novos alimentos sem stress e estabelecer padrões de refeições culturais e familiares. Por outro lado, os pais controladores ensinam ao filho a comer quando não está com fome, a comer para agradar outras pessoas ou para obter algo, que comer não é prazeroso, a não gostar de alimentos saudáveis e a gostar de alimentos não saudáveis.

É importante que o profissional de saúde, médico, nutricionista ou outro que lida com crianças com dificuldade alimentar saiba reconhecer os estilos parentais para melhor orientar os pais acerca de suas posturas e de que forma o ambiente e comportamento pessoal, familiar e doméstico podem ser modificados e se aproximarem gradativamente do mais adequado.

Nesse sentido, há possibilidade dos profissionais de saúde deferenciarrem mais facilmente os estilos alimentares através de três questionamentos aos pais:

1. O quanto você é ansioso em relação à alimentação de seu filho?
2. Como você descreveria o que acontece durante a refeição de sua criança?
3. O que você faz quando sua criança não come?

Em geral, os pais negligentes dão respostas vagas, já que não são envolvidos com a alimentação dos filhos. Portanto, conhecem muito pouco. Já os controladores tendem a responder que pressionam ou forçam a criança a comer. Por fim, os indulgentes tendem à ação de implorar ou suplicar para a criança comer, assim como preparar alimentos de forma especial.

Os pediatras devem ajustar suas recomendações baseados no estilo de alimentação dos pais, embora haja orientações gerais de alimentação que auxiliam aos cuidadores a se tornarem mais responsivos e evitem práticas contraproducentes, como demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2. Orientações alimentares para todas as crianças

- Evitar distrações durante os horários das refeições
- Manter uma atitude neutra e agradável durante toda a refeição
- Alimentação para estimular o apetite:
 - Limitar a duração da refeição (20-30 minutos)
 - 4 a 6 refeições/lanches por dia com apenas água nos intervalos
- Servir alimentos apropriados para a idade
- Introdução sistemática de novos alimentos (até 8-15 vezes)
- Estimular a auto-alimentação
- Tolerar “bagunças” apropriadas para a idade

Fonte: Kerzner et al. (2015)

Referências bibliográficas:

Almeida CA, Mello ED, Maranhão HS, Vieira MC, Barros R, Barreto JR, et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Pediatria Moderna*. 2012;48:24-6.

Hughes SO, Cross MB, Hennessy E, Tovar A, Economos CD, Power TG. Caregiver's Feeding Styles Questionnaire: Establishing cutoff points. *Appetite*. 2012;58:393-95.

Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*. 2015;135:344-53.

Maranhão HS, Aguiar RC, Lira DTJ, Sales MUF, Nóbrega NAN. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares progressas e estado nutricional. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(1):45-51.

5. Avaliação nutricional e curvas de crescimento. Como avaliar o equilíbrio nutricional?

Elza Daniel de Mello

O equilíbrio nutricional depende das condições nutricionais do organismo, determinadas pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes. Para se avaliar esse equilíbrio nutricional, por sua vez, é necessário a realização de avaliação nutricional seriada de diversas áreas, obtidas a partir de avaliações dietéticas, bioquímicas, antropométricas e clínicas. Como nenhum método é isento de falhas, deve-se utilizar mais de um método de avaliação nutricional. A avaliação da ingestão alimentar, que nos permite saber se a ingestão de micro e macronutrientes está adequada, pode ser pela avaliação da ingestão das últimas 24 horas, da ingestão habitual que engloba dois dias da semana e um de final de semana, e/ou de frequência alimentar de grupos alimentares. Pelo exame físico detalhado podemos inferir se existe alguma deficiência nutricional, como mucosas orais descoradas podem sugerir anemia, e cabelos secos e quebradiços, deficiência de proteína e zinco. Alguns resultados de exames laboratoriais também podem fazer diagnóstico de deficiência nutricional, como diagnosticar através do hemograma anemia, e da ferritina, deficiência de ferro.

A avaliação do equilíbrio nutricional pela avaliação antropométrica tem inúmeras vantagens, como ser um método não invasivo, que utiliza equipamentos de baixo custo e necessita de pequeno espaço físico, sendo, portanto, de fácil e rápida coleta de dados. Além disso, é aplicável durante todo o ciclo de vida do indivíduo. Entretanto, tem como desvantagens o fato de, isoladamente, não poder identificar deficiências específicas de micronutrientes. Mesmo mais amplamente utilizadas, a aferição do peso e da estatura devem ser realizadas seguindo padronização específica já estabelecida. Após essa aferição, deve-se plotar o peso e a estatura na curva de crescimento apropriada para sexo e idade. No Brasil preconiza-se a utilização das curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). A curva para crianças de 0 a 5 anos de ambos os sexos e os índices peso/idade (P/I), peso/estatura (P/E) e estatura/ idade (E/I), recomendados pela OMS, podem ser calculados pelo programa Anthro, disponível no site <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>. As curvas para indivíduos de 5 anos e 1 mês a 19 anos, que utilizam os critérios da OMS de E/I e índice de massa corporal (IMC), também podem ser calculadas no programa Anthro Plus e estão disponíveis no site <http://www.who.int/growthref/tools/en/>.

Para que seja possível a utilização das medidas antropométricas na formulação do diagnóstico do equilíbrio nutricional, é fundamental que se utilize um ponto de corte. Alguns critérios têm sido utilizados para defini-los, com base sempre na mesma ideia de que deve existir uma medida média ou mediana associada a uma variação aceitável em torno dela. Os indivíduos que se desviarem dessa variação terão probabilidade maior de apresentar inadequação antropométrica e, portanto, algum tipo de alteração de seu equilíbrio nutricional. Basicamente existem três maneiras de se estabelecer os pontos de corte: desvios percentuais em relação à média, percentis e desvios padrão. Em relação ao desvio percentual em relação à média, estabelece-se uma variação aceitável em torno dela e definem-se graus percentuais de distanciamento, para mais ou para menos, que resultam no diagnóstico de eutrofia ou de desnutrição, em diferentes estágios de gravidade. As curvas presentes nas cadernetas de saúde das crianças produzidas pelo Ministério de Saúde (MS), utilizam a distribuição em escores Z, considerando a diferença em relação ao valor mediano estimado para aquele sexo e idade. Essa distância da mediana é avaliada em unidades (ou frações) de desvios padrão, considerando-se que cada desvio padrão de diferença da mediana corresponde a uma unidade de escore Z.

Os índices antropométricos mais amplamente usados, recomendados pela OMS e adotados pelo MS na avaliação do equilíbrio nutricional de crianças e adolescentes estão no Quadro 1.

Quadro 1. Índices antropométricos para crianças e adolescentes

| FAIXA ETÁRIA | Crianças de 0 a 5 anos incompletos | Crianças de 5 a 10 anos incompletos | Adolescentes (10 a 19 anos) |
|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO | Peso para idade | Peso para idade | — |
| | Peso para estatura | — | — |
| | IMC para idade | IMC para idade | IMC para idade |
| | Estatura para idade | Estatura para idade | Estatura para idade |

Fonte: OMS/MS

IMC: Índice de masa corporal

A avaliação antropométrica, a utilização de índices antropométricos e a sua interpretação baseada na comparação com a população em geral, nos permite o diagnóstico nutricional antropométrico da seguinte forma:

Baixo peso para idade (escore z de peso para idade < -2)

Criança baixa

Criança magra

Baixo índice de massa corporal (IMC) (escore z de IMC < -2)

Criança magra (subnutrição aguda)

Baixa estatura para idade (escore z de estatura para idade < -2)

Nanismo nutricional

Baixa estatura de origem não nutricional

Elevado peso para idade (escore z de peso para idade > +2)

Criança alta

Criança obesa ou com excesso de massa corporal de outra origem (edema, hipertrofia muscular, etc)

Elevado IMC (escore z de IMC para idade > +2)

Criança obesa ou com excesso de massa corporal de outra origem (edema, hipertrofia muscular, etc)

Elevada estatura para idade (escore z de estatura para idade > +2)

Gigantismo.

Para concluir, deve-se salientar que a avaliação antropométrica é a mais amplamente utilizada, mas ela avalia mais a adequação de macronutrientes, sendo de fundamental importância a verificação da qualidade da ingestão alimentar. Isso porque a ingestão inadequada de micronutrientes, fato extremamente frequente nas crianças e adolescentes com dificuldades alimentares, também está relacionada com distúrbios nutricionais e comprometimento da imunidade.

6. Quais são as possíveis complicações do lactente e da criança que não cresce bem (*faltering growth*)?

Elza Daniel de Mello

Embora a maioria das crianças com dificuldade alimentar tenha habitualmente um processo transitório, elas podem determinar: a) repercussões nutricionais, como comprometimento de peso e estatura ou mesmo obesidade; b) desequilíbrio de micronutrientes, comprometendo imunidade e determinando processo inflamatório tecidual relacionado com ocorrência de doenças crônicas; e c) interferência psicossocial e cognitiva.

A principal característica das crianças com dificuldade alimentar é a tendência de evitar certos alimentos ou grupos alimentares. Enquanto os com dificuldade alimentar parecem consumir menos vegetais em comparação com os sem dificuldade alimentar, não foram observadas diferenças consistentes na ingestão dos grupos de alimentos ou da ingestão de energia, macronutrientes e fibra alimentar. Os estudos não têm consenso em relação à associação entre crianças com dificuldade alimentar e comprometimento antropométrico. No entanto, os pesquisadores acreditam que essa associação não é largamente encontrada pela grande variedade de critérios para caracterizar as crianças com dificuldade alimentar.

A falta de dados consistentes entre dificuldade alimentar e ingestão de alimentos/nutrientes ou estado de crescimento/peso corporal nos diferentes estudos da literatura destaca os vários desafios enfrentados pelos pesquisadores nesse campo. Por um lado, não existe uma definição concisa para dificuldade alimentar que tenha sido amplamente adotada. Existem diferentes maneiras para identificar crianças com dificuldade alimentar, desde a simples pergunta “Seu filho tem dificuldade alimentar?”, que é altamente subjetiva e requer interpretação por parte do respondente, até o uso de ferramentas mais complexas que dependem de uma combinação de respostas relacionadas a comportamentos alimentares exigentes. Tal como acontece com qualquer outro comportamento humano, dificuldade alimentar é altamente complexo; está em constante evolução, mesmo dentro de um indivíduo, e provavelmente mudará com a idade.

É salientado que a área de pesquisa se beneficiaria com a adoção de uma definição uniforme de alimentação exigente. Avaliações mais longitudinais também são necessárias para entender o impacto de longo prazo da alimentação seletiva no estado nutricional e no crescimento.

Apesar de não ter sido estabelecida nenhuma relação consistente entre crianças com dificuldade alimentar e ritmo de crescimento, diferenças significativas no peso corporal/crescimento entre crianças com e sem dificuldade alimentar tenham sido mais discerníveis em estudos em que vários critérios definidores foram usados para identificar a dificuldade alimentar. Além disso, os pais de crianças com dificuldade alimentar são mais propensos a relatar que seus filhos não consomem uma quantidade adequada de alimentos em cada refeição, ou que a criança não come a quantidade de alimentos que os pais acham que deveriam comer.

Em alguns estudos é observado que as crianças com dificuldade alimentar têm índices de IMC significativamente mais baixos, menores porcentagens de gordura corporal, e menores índices de massa gorda e massa livre de gordura. Eles tendem a ser mais propensos a serem classificados como abaixo do peso, embora seja relatado que muitas vezes, dependendo do grupo alimentar que a criança aceite, possa apresentar excesso de peso, claro que associado com fome oculta. Importante também a composição corporal dos cuidadores das crianças com dificuldade alimentar, pois observa-se que cuidadores de uma criança com alto IMC podem ser mais propensos a fornecer alimentos mais calóricos e mais palatáveis para criança com dificuldade alimentar. E, também já foi evidenciado algumas crianças com dificuldade alimentar sendo mais baixas em altura. Sandvik e colaboradores (2018), no seu estudo observaram que a alimentação seletiva foi menos comum, mas ainda prevalente entre crianças com obesidade, sugerindo que estudos futuros deveriam investigar a potencial influência da alimentação seletiva no sobrepeso e na obesidade infantil. Além disso, como as crianças com alimentação exigente apresentam maior sensibilidade emocional, são necessárias mais pesquisas para entender como criar ambientes alimentares positivos, especialmente para crianças com dificuldade alimentar e obesidade.

É bem estabelecido que uma dieta nutricionalmente equilibrada é fundamental para garantir o crescimento e o desenvolvimento normais das crianças. Recomenda-se a ingestão de dieta variada, com vegetais, frutas, cereais (de preferência grãos integrais), proteínas magras e laticínios. Alimentos ricos em gordura saturada, açúcares e sal adicionados devem ser limitados. A variedade de alimentos consumidos também é importante, uma vez que os alimentos individuais dentro de cada grupo de alimentos podem diferir em relação aos seus perfis nutricionais. Por exemplo, dentro do grupo de proteínas, aves e carnes fornecem ricas fontes de niacina e zinco, enquanto frutos do mar são ricos em ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa ômega-3, ácido eicosapentaenoico e ácido docosahexaenoico. Carnes, aves e frutos do mar também são fontes de ferro heme, que é mais biodisponível do que o ferro não heme presente nas proteínas vegetais. Em algumas crianças, é possível que distúrbios nos comportamentos alimentares possam resultar em uma falha em atender às necessidades nutricionais e/ou energéticas adequadas, o que pode ter implicações sérias e negativas na saúde (por exemplo, impedimento do crescimento, deficiência

nutricional ou outros comprometimentos funcionais). No entanto, é muito difícil a padronização dos conceitos de dificuldades alimentares, assim como a variação dos questionários de avaliação. Na maioria dos estudos, evidencia-se que crianças com e sem dificuldades alimentares têm ingestões semelhantes de carboidratos e de gorduras. A variação e possível inadequação na ingestão de vitaminas e minerais depende do tipo de dificuldade alimentar e de quais grupos alimentares que não são ingeridos. Dentre eles, os que se mais se observa como deficitários seriam de vitaminas A, C, E, B1, B2 e B3, folato, ferro e zinco. Algumas crianças com dificuldade alimentar têm consumo excessivo de leite, que pode refletir a falta de apetite na hora das refeições, refletindo na inadequação da ingestão de micronutrientes e mesmo de calorias como um todo. Mas, deve-se ressaltar que não é incomum também se observar deficiência de ferro, zinco e vitamina D nas crianças em geral.

Renz e colaboradores (2021) ao estudarem 924 crianças chinesas de 1 a 3 anos de idade, identificaram que as com dificuldade alimentar apresentavam mais episódios de diarreia ou constipação e piores habilidades motoras finas e sociais. Xue e colaboradores (2015) salientam que uma alimentação seletiva resulta em composição limitada e desequilibrada da dieta e menor diversidade de ingestão de alimentos. Crianças com menor ingestão de vegetais e frutas e maior consumo de alimentos processados não saudáveis é uma queixa comum nas consultas médicas, que geram conflitos na prática alimentar. Pré-escolares com dificuldade alimentar desde o início da vida podem sofrer um desenvolvimento cognitivo deficiente. No entanto, não há uma conclusão clara sobre se hábitos alimentares não saudáveis de longo prazo, como alimentação exigente, têm efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo das crianças.

Portanto, é essencial quando se diagnostica uma criança com dificuldade alimentar, uma avaliação nutricional criteriosa que caracterize a ingestão habitual dos macro e micronutrientes, para que uma suplementação adequada e individualizada seja instituída concomitantemente com o manejo do tipo de dificuldade alimentar diagnosticada. Esforços devem ser feitos para garantir que todas as crianças, especialmente aquelas com dificuldade alimentar, consumam uma dieta nutricionalmente equilibrada e variada, de acordo com as recomendações estabelecidas nas diretrizes alimentares atuais.

É importante continuar a promover hábitos alimentares saudáveis entre as crianças em geral, particularmente em crianças com dificuldade alimentar, proporcionando exposição repetida a uma variedade de alimentos, oferecendo texturas/tamanhos de porções apropriados para a idade, usando técnicas de alimentação adequadas, praticando uma alimentação responsiva, e modelagem de papéis de escolhas alimentares.

A seletividade alimentar pode ocorrer em crianças com desenvolvimento normal, bem como naquelas com distúrbios orgânicos ou de desenvolvimento, e os distúrbios alimentares na adolescência e início da idade adulta podem, às vezes, refletir a alimentação seletiva na primeira infância. Pesch e colaboradores, analisaram 2275 adultos jovens que relataram terem tido dificuldade alimentar

na infância e verificaram que na atualidade ingeriam menos frutas, vegetais e grãos integrais, e mais frequentemente salgadinhos, bebidas açucaradas e alimentos de restaurantes de *fast-food*. Este estilo alimentar é mais relacionado com desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, doenças que aumentam morbimortalidade na idade mais avançada. No entanto, não observaram associações entre alimentação exigente na infância e status de peso de adultos jovens, uso de estratégias de controle de peso ou relato de compulsão alimentar.

Assim, um padrão de dificuldade alimentar na infância pode estar associado com comprometimento do estado nutricional antropométrico, com baixo peso, baixa estatura e mesmo obesidade; com deficiência de micronutrientes que pode estar relacionado com comprometimento do estado de imunidade, da cognição e do comportamento; e refletindo qualidade alimentar deficiente na vida adulta, que pode comprometer morbimortalidade.

Referências bibliográficas

Brown CL, Perrin EM. Defining picky eating and its relationship to feeding behaviors and weight status. *J Behav Med.* 2020;43(4):587-95.

Brown CL, Perrin EM, Peterson KE, Herb HEB, Horodynski MA, Contreras D, et al. Association of picky eating with weight status and dietary quality among low-income preschoolers. *Acad Pediatr.* 2018;18(2):334-41.

Chao HC. Association of picky eating with growth, nutritional status, development, physical activity and health in preschool children. *Front Pediatr.* 2018; 6:22.

Fisberg M, Maximino P, Nogueira-de-Almeida CA, Mello ED. Dificuldades Alimentares. In: Nogueira-de-Almeida CA, Mello ED (ed). *Nutrologia Pediátrica: Prática Baseada em Evidências.* 2 ed. Barueri, Manole; 2022.

Nogueira-de-Almeida CA, Mello ED. Avaliação nutrológica. In: Nogueira-de-Almeida CA, Mello ED (ed). *Nutrologia Pediátrica: Prática Baseada em Evidências.* 2 ed. Barueri, Manole; 2022.

Nogueira-de-Almeida CA, de Mello ED, Maranhão ES, Vieira MC, Barros R, Fisberg M, et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Pediatr Mod.* 2012;48:9.

Pesch MH, Bauer KW, Christoph MJ, Larson N, Neumark-Sztainer D. Young adult nutrition and weight correlates of picky eating during childhood. *Public Health Nutr.* 2020;23(6):987-95.

Ren Z, Lan H, Szeto IMY, Yang C, Zhang J, Li P, Li J, Wang P, Zhang Y, Zhao A. Feeding difficult among Chinese toddlers aged 1-3 years and its association with health and development. *Front Pediatr.* 2021;9:758176.

Samuel TM, Musa-Veloso K, Ho Manki, Venditti C, Shakhhalili-Dullo. A narrative review of childhood picky eating and its relationship to food intakes, nutritional status and growth. *Nutrients.* 2018;10:1-30.

Sandvik P, Ek A, Somarakı M, Hammar U, Eli K, Nowicka P. Picky eating in Swedish preschoolers of different weight status: application of different weight status: application of two new screening cut-offs. *Intern J Behav Nutr and Phys Act.* 2018;15:74.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Manual de avaliação nutricional. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22962e-ManAval_Nutricional_-_2Ed_Atualizada_SITE.pdf Acessado em fevereiro 2022.

Taylor CM, Emmett PM. Picky eating in children: causes and consequences. *Proc Nutr Soc.* 2019;78(2): 161-169.

Taylor CM, Steer CD, Hays NP, Emmett PM. Growth and body composition in children who are picky eaters: a longitudinal view. *Eur J Clin Nutr.* 2019;73:869-78.

Xue Y, Lee E, Ning N, Zheng Y, Ma D, Gao H, et al. Prevalence of picky eating behaviour in Chinese school-age children and associations with anthropometric parameters and intelligence quotient. A cross-sectional study. *Appetite.* 2015;91:248-55.

Xue Y, Zhao A, Cai L, Yang B, Szeto IMY, Ma D, et al. Growth and development in Chinese pre-schoolers with picky eating behaviour: a cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2015;10(4):e-123664.

7. Dificuldades alimentares: quando e como suplementar micronutrientes?

Mônica de Araújo Moretzsohn

Crianças com dificuldades alimentares (DA) podem restringir a ingestão de alimentos, tanto em qualidade como em quantidade, com risco de deficiência de macro e micronutrientes, que pode impactar no crescimento, desenvolvimento e no sistema imune, além do risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Vitaminas e minerais são elementos essenciais que exercem inúmeras funções metabólicas no organismo e dependendo do tipo da dificuldade alimentar, quanto maior a seletividade e restrição de alimentos, maior o risco nutricional.

Dados nacionais relativos a crianças entre 4 e 8 anos com DA indicam prevalências de inadequação elevadas para cálcio, zinco, ferro e vitamina A. Taylor e colaboradores identificaram inadequação na ingestão de ferro, zinco e vitamina A em crianças com seletividade alimentar como consequência da restrição de carne, peixe, frutas e vegetais, alimentos comumente excluídos da dieta por crianças com DA.

A deficiência de micronutrientes pode se manifestar como alterações fisiológicas inespecíficas até que surjam as manifestações clínicas, que pode levar meses ou anos para acontecer. A avaliação nutricional adequada pode indicar possíveis deficiências.

A anamnese nutricional é fundamental para avaliar a adequação e qualidade da dieta e deve abranger a alimentação atual, o tipo e frequência das refeições diárias e a dinâmica alimentar.

O consumo alimentar pode ser avaliado pelo recordatório que avalia quantitativamente e qualitativamente a ingestão de alimentos nas 24 horas precedentes ou mais precisamente o inquérito alimentar, que avalia a alimentação durante três ou quatro dias alternados (dois dias de semana e um dia do final de semana). Com o registro do consumo alimentar é possível identificar quais alimentos ou grupo de alimentos são excluídos da dieta e associar com possível risco de deficiências. Um exemplo é a criança que exclui carne da dieta, uma importante fonte alimentar de ferro e zinco. No Quadro 1 estão listados os micronutrientes com maior prevalência de inadequação nas DA e suas fontes alimentares.

O exame físico minucioso da pele, do cabelo e das mucosas pode revelar sinais clínicos de deficiência, como a palidez de mucosas (deficiência de ferro), queilite angular (deficiência de riboflavina), listados na tabela abaixo.

Quadro 1. Índices antropométricos para crianças e adolescentes

| | |
|------------|---|
| Vitamina A | Leite integral e derivados, gema de ovo, fígado, hortaliças e frutas amarelo alaranjadas e verde escuros (cenoura, abóbora, batata doce, mamão, caju, agrião) |
| Vitamina D | Óleo de fígado de bacalhau, atum, sardinha, gema de ovo, manteiga |
| Vitamina C | Frutas e hortaliças de folhas verdes |
| Ferro | Carne vermelha, fígado de boi, vegetais verde escuros e leguminosas |
| Cálcio | Leite e derivados, carnes, verduras, feijões, frutas |
| Zinco | Carne bovina, frango, peixe, leguminosas, cereais integrais, nozes |

Fonte: Manual de alimentação/SBP 2018

Os sinais mais frequentes de carências nutricionais segundo a área do corpo e diagnóstico estão no Quadro 2.

Quadro 2. Sinais clínicos mais frequentes nas carências nutricionais.

| Áreas | Sinais clínicos | Diagnóstico |
|--------|---|---|
| Cabelo | Dermatite, alopecia | Zinco |
| Face | Seborreia nasolabial Palidez | Riboflavina Ferro |
| Olhos | Conjuntiva pálida Membranas vermelhas Xerose conjuntival e de córnea Vermelhidão e fissura de epicantos Blefarite | Ferro Vitamina C Vitamina A Riboflavina Zinco |
| Lábios | Estomatite angular, queilite | Riboflavina, zinco |

continua...

... continuação

| Áreas | Sinais clínicos | Diagnóstico |
|----------|---|--|
| Língua | Língua escarlate e edematosa Língua magenta(púrpura) Papila filiforme, atrofia, hipertrofia | Niacina Riboflavina Folato e B12 |
| Gengivas | Esponjosas, sangrando | Vitamina C |
| Pele | Xerose, hiperqueratose folicular Petéquias Equimoses Pigmentação avermelhada em áreas de exposição solar | Vitamina A Vitamina C Vitaminas C e K Niacina |
| Unhas | Coiloníquia (forma de colher), quebradiças e rugosas Redução do crescimento e paroníquia | Ferro Zinco |

Fonte: Adaptado do Manual de Avaliação nutricional da Criança e do Adolescente - SBP, 2020.

A avaliação antropométrica pode demonstrar alteração do estado nutricional como baixo peso ou excesso de peso e diminuição da velocidade de crescimento seguindo os gráficos de referência da OMS, que devem ser analisados cronologicamente.

Quando há suspeita de deficiência de um ou mais micronutrientes poderá ser solicitada a avaliação laboratorial para confirmação: hemograma, retinol plasmático, 25 OH vitamina D, zinco sérico e vitamina C plasmática, considerando as deficiências mais prevalentes em crianças com DA.

Diante de uma criança com alimentação seletiva e restrita é comum a prescrição de polivitamínicos e minerais com o objetivo de melhorar o apetite. As pesquisas com suplementação de micronutrientes não constatarem modificações significativas no comportamento alimentar no que diz respeito ao aumento do apetite, assim como são poucas as evidências na suplementação do zinco em relação a alterações do paladar. O tratamento medicamentoso deve ser reservado quando identificadas deficiências específicas e com acompanhamento médico.

Tratamento das deficiências de micronutrientes:

Ferro (anemia ferropriva): 3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar por 3 a 6 meses

Zinco: 0,5 a 1 mg/kg/dia por 3 a 4 meses.

Vitamina C: 100 a 300 mg/dia por 30 dias ou até a remissão dos sinais e sintomas.

Vitamina A: crianças com manifestações oculares devem receber o tratamento oral com mega doses de acordo com o Programa de Hipovitaminose A do Ministério da Saúde.

Cálcio: a inadequação da ingestão de cálcio deve ser corrigida com a ingestão de alimentos fonte deste mineral. Na impossibilidade do consumo alimentar deve ser considerada a oferta de cálcio de acordo com a ingestão diária recomendada (DRI) para idade.

Vitamina D: 2000 UI por 8 a 12 semanas (crianças e adolescentes de 1 a 18 anos).

Ao contrário dos suplementos de vitaminas e minerais, o uso de suplementos alimentares (que fornecem macro e micronutrientes de forma balanceada) quando indicado, é uma estratégia a ser considerada para garantir a segurança nutricional das crianças com DA.

Referências bibliográficas:

Fisberg M, Maximino P. A criança que come mal: atendimento multidisciplinar: a experiência do CENDA - Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares do Instituto PENSI -1ª ed- Barueri, Manole, 2022.

Leite HP, Konstantyner T. Micronutrientes em Pediatria -1ª ed., Barueri, Manole, 2021.

Maximino P, Ricci R, Machado RHV, de Cássia Ramos C, Nogueira LR, Fisberg M. Children with feeding difficulties have insufficient intake of vitamins, minerals, and dietary fiber. *Nutrire.* 2020;45(2):22.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_programa_nacional_vitamina_a_2edicao.pdf Acessado em fevereiro 2022

Nogueira-de-Almeida C, de Mello E, Filho D, Maximino P, Fisberg M. Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia sobre o uso de suplementos alimentares para crianças com dificuldades alimentares. *Int J Nutrology.* 2018;11(S 01):S4-15.

Samuel TM, Musa-Veloso K, Ho M, Venditti C, Shahkhalili-Dulloo Y. A Narrative Review of Childhood Picky Eating and Its Relationship to Food Intakes, Nutritional Status, and Growth. *Nutrients.* 2018;10(12):1992.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia Manual de Avaliação Nutricional. 2ª Edição - Atualizada - 2021. São Paulo: SBP. 2021. 120 p.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. - Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar 4ª. ed. - São Paulo: SBP, 2018.

Taylor CM, Northstone K, Wernimont SM, Emmett PM. Macro- and micronutrient intakes in picky eaters: a cause for concern?. *Am J Clin Nutr.* 2016;104(6):1647-1656.

8. Quando e como suplementar calorias e proteínas?

Mônica Chang Wayhs

A indicação de suplementos dependerá do tipo de dificuldade alimentar, do estado nutricional, da quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos (suprem a necessidade nutricional da criança?) e da presença de comorbidades.

Crianças com bom estado nutricional e que, apesar da dificuldade alimentar, apresentam ingestão adequada de macro e micronutrientes, não necessitam do uso de suplementos. Já as crianças com redução global da ingestão e comprometimento nutricional podem se beneficiar de suplementos completos isocalóricos ou hipercalóricos.

Doenças orgânicas que causam algum tipo de desconforto durante ou após a ingestão alimentar podem ser a causa da dificuldade alimentar, devendo ser descartadas na investigação. Por outro lado, o tratamento de algumas enfermidades pode ser a causa da dificuldade alimentar, como por exemplo a dieta isenta de glúten, da proteína do leite de vaca, diabetes, entre outras enfermidades cuja terapêutica envolve modificações dietéticas. Efeitos colaterais envolvendo alterações do paladar e do mecanismo de fome/saciedade, como nos tratamentos quimioterápicos e psicotrópicos, também são responsáveis por dificuldades alimentares.

Em relação aos suplementos modulares (proteínas, carboidratos ou lipídios), a Associação Brasileira de Nutrologia recomenda que: “Suplementos modulares podem ser utilizados quando houver uma deficiência isolada comprovada na ingestão de um macronutriente específico ou no prejuízo no estado nutricional da criança de acordo com a idade.”

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os “suplementos alimentares são produtos para ingestão oral, apresentados em formas farmacêuticas, destinados a suplementar a alimentação de indivíduos saudáveis com nutrientes, substâncias bioativas, enzimas ou probióticos, isolados ou combinados”. Sendo indicados para indivíduos saudáveis, a ANVISA recomenda ainda que “pessoas com doenças ou outras situações específicas de saúde somente consumam suplementos alimentares sob orientação de profissional de saúde habilitado”.

Crianças com ingestão alimentar que suprem sua necessidade proteica, mas com aporte calórico insuficiente podem se beneficiar de suplementos modulares de carboidratos ou lipídios, que podem ser utilizados de forma isolada ou conjunta, dependendo do quadro clínico da criança e da presença ou não de alguma comorbidade.

A maltodextrina é o módulo de carboidrato de amplo uso e fácil disponibilidade no Brasil. A maltodextrina resulta da hidrólise de um amido (geralmente de milho ou fécula), composto por vários oligômeros de glicose, podendo ser definida como um polímero de glicose. Considerada uma excelente fonte de energia, é de rápida digestão gerando glicose, que é prontamente absorvida. A maltodextrina resistente à digestão é usada como fibra ou prebiótico. Com o objetivo de aumentar o valor calórico, deve-se usar a maltodextrina digerível. Para uso infantil, sua principal apresentação é a em pó, podendo ser adicionada em vários alimentos. Fornece cerca de 4 calorias por grama. Quando adicionada às fórmulas infantis, em geral não é ultrapassada a quantidade de 3% do volume final. Em relação à glicose e à sacarose, tem vantagens, como menor osmolaridade e menor poder cariogênico. Importante lembrar que o uso indiscriminado e sem indicação da maltodextrina, leva a um balanço energético positivo, podendo levar à resistência insulínica e aumento dos níveis lipídicos.

Outra forma de aumentar o valor calórico dos alimentos é a adição de módulos de lipídios, encontrados no Brasil em forma isolada de triglicerídeos de cadeia média com ou sem ácidos graxos essenciais, e triglicerídeos de cadeia longa. A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso de suplementos nutricionais à base de lipídios (LNS – *lipid based nutriente supplements*) na prevenção e tratamento da desnutrição. Não são considerados suplementos completos, mas fornecem energia, proteínas, ácidos graxos essenciais, vitaminas e minerais, com indicação de serem adicionados a alimentação de crianças de 6 a 59 meses de idade.

Os módulos de triglicerídeos de cadeia média são disponíveis no mercado sob a forma líquida ou em pó, com ou sem ácidos graxos essenciais e fornecem 9 calorias por grama, podem ser adicionados aos alimentos ou fórmulas infantis. Quando adicionados às fórmulas infantis, não deve ser ultrapassado o percentual máximo de 3% em relação ao volume oferecido. Fórmulas especiais, como semi-elementares, elementares, hipercalóricas costumam apresentar conteúdo de triglicerídeos de cadeia média mais alto do que as fórmulas infantis, com variação da adição máxima entre 1% e 3%. Os módulos de triglicerídeos de cadeia longa são disponíveis na forma líquida, para uso oral ou enteral, fornecem 4,5 calorias/mL, com indicação para serem usados puros.

Os módulos de proteína são encontrados na apresentação em pó, tendo como base proteína do soro isolada ou hidrolisada, geralmente não são utilizados para suplementação ambulatorial de crianças com transtornos alimentares. Nestes casos geralmente a criança apresenta baixa ingestão calórica e quando associada a baixa ingestão proteica, a melhor indicação são os suplementos completos isocalóricos ou hipercalóricos. Suplementos orais que fornecem alto teor proteico e calorias podem ser indicados em algumas enfermidades crônicas com alta demanda energético proteica e no tratamento da desnutrição.

Importante lembrar que na adição de suplementos modulares à dieta da criança, deve-se respeitar o percentual calórico de cada macronutriente de acordo com a faixa etária:

- 1 a 3 anos: 45-65% fornecidos por carboidratos; 30-40% fornecidos pelas gorduras (< 10% de ácidos graxos saturados), 5-20% fornecidos pelas proteínas.
- 4 a 18 anos: 45-65% fornecidos por carboidratos; 25-30% fornecidos pelas gorduras (< 10% de ácidos graxos saturados), 10-30% fornecidos pelas proteínas.

Referências bibliográficas

ANVISA - AN de VS-G geral de alimentos. Perguntas e respostas - Suplementos alimentares. Brasília: ANVISA; Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/alimentos/perguntas-e-respostas-arquivos/suplementos-alimentares.pdf> Acessado em fevereiro 2022.

Arimond M, Zeilani M, Jungjohann S, Brown KH, Ashorn P, Allen LH, et al. Considerations in developing lipid-based nutrient supplements for prevention of undernutrition: experience from the International Lipid-Based Nutrient Supplements (iLiNS) Project. *Matern Child Nutr.* 2015;11:31-61.

Das JK, Salam RA, Hadi YB, Sadiq Sheikh S, Bhutta AZ, Weise Prinzo Z, et al. Preventive lipid-based nutrient supplements given with complementary foods to infants and young children 6 to 23 months of age for health, nutrition, and developmental outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 May 2;2019(5).

Francis DK, Smith J, Saljuqi T, Watling RM. Oral protein calorie supplementation for children with chronic disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 May 27.

Hofman DL, van Buul VJ, Brouns FJPH. Nutrition, Health, and Regulatory Aspects of Digestible Maltodextrins. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2016;56(12):2091-100.

Matos AP, Brasil ALD, Nogueira-de-Almeida C, Mello ED, Oliveira FLC, Mello ED, et al. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4a edição. São Paulo; 2018. 172 p

Microbial safety of lipid-based ready-to-use foods for management of moderate acute malnutrition and severe acute malnutrition – Second report [Internet]. FAO and WHO; 2021. Disponível em: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb3223en> Acessado em janeiro 2022.

Nogueira-de-Almeida C, de Mello ED, Maximino P, Fisberg M. Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia sobre o uso de suplementos alimentares para crianças com dificuldades alimentares. *Int J Nutrology.* 2018;11(S 01):S4-15.

Rezende G, Arthur RA, Grandio D, Hashizume LN. Cariogenic Potential of Sucrose Associated with Maltodextrin on Dental Enamel. *Caries Res.* 2017;51(2):129-35.

Stegues CG, Arthur RA, Hashizume LN. Effect of the association of maltodextrin and sucrose on the acidogenicity and adherence of cariogenic bacteria. *Arch Oral Biol.* 2016;65:72-6.

WHO. WHO Guideline on the dairy protein content in ready-to-use therapeutic foods for treatment of uncomplicated severe acute malnutrition. Geneve: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo> Acessado em fevereiro 2022.

WHO. WHO Guideline: updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneve: WHO; 2013 Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95584/9789241506328_eng.pdf;jsessionid=767E1F44252320EA0A1A3A76DEFAA1CE?sequence=1 Acessado em fevereiro de 2022.

9. Uso de suplemento infantil nutricionalmente completo nas dificuldades alimentares: o que é recomendado e o que não deve ser recomendado

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida
Virgínia Resende Silva Weffort

Dentro das estratégias recomendadas para o tratamento das dificuldades alimentares (DA) na infância, está o uso de suplementos. Nesse contexto, ainda é bastante comum o uso de polivitamínicos e/ou poliminerais, que não são recomendados como estratégia global. Macronutrientes modulares, vitaminas e/ou minerais individualmente considerados podem ser usados quando os inquéritos alimentares apontarem deficiências de ingestão específicas. Quase sempre, quando a avaliação do profissional aponta para a necessidade de suplementação, ela se refere à ingesta calórica aquém das necessidades. Dessa forma, frente à opção pela prescrição de “calorias”, é necessário que elas tenham um perfil equilibrado e completo de macro e micronutrientes. Para atender a essa demanda, em geral indicam-se os chamados **“Suplemento de nutrição completa também conhecidos como Suplementos Completos”**, que podem ser isocalóricos, quando fornecem aproximadamente a mesma densidade energética da dieta habitual (1kcal/mL); ou hipercalóricos, quando buscam manter as características de balanceamento, mas fornecendo densidade energética superior (de 1,1 a 2 kcal/mL). De fato, vários estudos têm demonstrado a eficácia do uso desses produtos para crianças com DA, promovendo recuperação ou manutenção do estado nutricional, garantindo crescimento adequado e ajudando na ingesta suficiente de micronutrientes, sem promover ganho de peso excessivo.

Recentemente, a Associação Brasileira de Nutrologia publicou um consenso destacando as recomendações para a suplementação de crianças com DA, as quais estão descritas abaixo:

1. Polivitamínicos não têm indicação para o tratamento das dificuldades alimentares;
2. Vitaminas isoladamente podem ser utilizadas para crianças que apresentem deficiências específicas plasmáticas ou de ingestão comprovadas;
3. Poliminerais não têm indicação para o tratamento das dificuldades alimentares;

4. Minerais específicos isoladamente podem ser utilizados para crianças que apresentem deficiências específicas plasmáticas ou de ingestão comprovadas;
5. Suplementos modulares podem ser utilizados quando houver deficiência isolada comprovada na ingestão de um macronutriente específico ou prejuízo no estado nutricional da criança de acordo com a idade;
6. Suplementos hipercalóricos podem ser usados desde que apresentem composição semelhante aos suplementos completos isocalóricos, apenas com a característica particular de apresentarem densidade energética elevada, o que pode ser indicado para crianças com dificuldade na ingestão do volume habitualmente prescrito;
7. Suplementos de nutrição completa isocalóricos (suplementos completos) devem ser considerados como a principal estratégia de tratamento, podendo ser indicados prioritariamente nos seguintes casos:
 - a. Quando os inquéritos alimentares demonstrarem ingestão calórica-nutricional insuficiente;
 - b. Sempre que peso, estatura e/ou índice de massa corporal estiverem abaixo do recomendado ou desacelerando de acordo com a curva de crescimento da criança;
 - c. Sempre que estiverem presentes agravos à saúde a fim de oferecer segurança nutricional para a recuperação;
 - d. Quando o tempo para a reeducação alimentar for muito longo expondo a criança a risco nutricional até que seja implementada;
 - e. Face à presença de pais excessivamente ansiosos e incapazes de implementar as medidas educativas, com o objetivo de assegurar nutrição adequada enquanto os pais possam ser também preparados;
 - f. Quando houver casos semelhantes na família que evoluíram mal sem a suplementação;
 - g. Sempre que for detectada doença de base (orgânica ou psíquica) a ser tratada, mas esperar-se tempo longo para esse tratamento;
 - h. Quando a criança estiver em uso de medicamentos que sabidamente reduzem o apetite;
 - i. Em casos de seletividade alimentar ampla por muito tempo, abrangendo macro e micronutrientes.

Conclusão

As dificuldades alimentares podem ser parte de um processo fisiológico do amadurecimento infantil, mas, quando mal acompanhadas, podem levar a consequências preocupantes. Devem ser diagnosticadas precocemente para evitar as deficiências ou excessos de micro e macronutrientes, observando que quando a ingestão alimentar for inferior a 80% das necessidades nutricionais por mais de 10 dias, é necessária a realização de intervenção nutricional. Podemos exemplificar na tabela abaixo, algumas indicações dos suplementos completos.

Quadro 1. Suplementação nas Dificuldades Alimentares

| ACOMPANHA OS PERCENTIS | ESTAGNADA NA CURVA | PERDA DE PESO |
|---|--|--|
| Dieta com variedade e qualidade deficientes | Paciente deixa de acompanhar a curva e apresenta estagnação de crescimento | Paciente com perda de peso ≥ 2 p |
| Risco de deficiências de micronutrientes e fibras | Dieta com quantidade, qualidade e variedade insuficientes | Dieta com quantidade, qualidade e variedade insuficientes |
| | Risco de deficiências de micronutrientes e fibras | Risco de deficiências de micronutrientes e fibras |
| SUPLEMENTO INFANTIL COMPLETO NORMOCALÓRICO (1 Kcal/mL) | SUPLEMENTO INFANTIL COMPLETO HIPERCALÓRICO (1,5Kcal/mL) | SUPLEMENTO INFANTIL COMPLETO HIPERCALÓRICO (1,5Kcal/mL) |

Referências bibliográficas

Alarcon PA, Lin L-H, Noche M, Hernandez VC, Cimafranca L, Lam W, et al. Effect of Oral Supplementation on Catch-Up Growth in Picky Eaters. *Clinical pediatrics* 2003;42:209-17.

ANVISA. Suplementos: Anvisa quer regulação específica 2018. disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/rss/-/asset_publisher/Zk4q6UQCj9Pn/content/anvisa-quer-regulacao-especifica-para-suplementos-alimentos/219201?inheritRedirect=false. Acessado em fevereiro 2022.

Braegger C, Dias JA, Hartman C, Kolacek S, Koletzko B, Koletzko S, et al. Practical approach to paediatric enteral nutrition: A comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN* 2010;51: 110–122.

Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(1):119-132.

Fisberg M, Maranhão HS, Weffort VRS, Nogueira-de-Alemeida CA. Dificuldades alimentares. In: Sociedade Brasileira de Pediatria - Tratado de Pediatria. 5ª.ed. Barueri. Manole. 2022.

Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics.* 2015; 135(2):344-53.

Martin, F.A.; Belinchon, P.P.; Costa, C.M.; Perez, M.P.; Caro, J.G. et al Effect of oral supplementation with or without synbiotics on sickness and catch-up growth in preschool children. *Int Pediatrics.* 2002;17:2.

Ghosh AK, Kishore B, Shaikh I, Satyavrat V, Kumar A, Shah T, et al. Continuation of oral nutritional supplementation supports continued growth in nutritionally at-risk children with picky eating behaviour: A post-intervention, observational follow-up study. *J Int Med Res.* 2018;46:2615-32.

Huynh DT, Estorninos E, Capeding RZ, Oliver JS, Low YL, Rosales FJ. Longitudinal growth and health outcomes in nutritionally at-risk children who received long-term nutritional intervention. *J Hum Nutr Diet.* 2015;28:623-35.

Nogueira-de-Almeida C, de Mello E, Filho D, Maximino P, Fisberg M. Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia sobre o uso de suplementos alimentares para crianças com dificuldades alimentares. *Int J Nutrol.* 2018;11:S4-S15.

Siviero AA, Anti SMA, Bandeira CRS, Russeff MM, Fisberg M. Intervenção e orientação nutricional no acompanhamento de crianças desnutridas em creches de São Paulo. *Rev Paul Pediatr.* 1997;15:7.

Weffort VRS. Transtornos alimentares. In: Weffort VRS, Lamounir JA. *Nutrição na infância: da neonatologia à adolescência.* 2ªed. Barueri. Manole. 2017

Yackobovitch-Gavan M, Lebenthal Y, Lazar L, Shalitin S, Demol S, Tenenbaum A, et al. Effect of nutritional supplementation on growth in short and lean prepubertal children after 1 year of intervention. *J Pediatrics.* 2016;179:154-9. e1.

10. Como abordar a criança que não come?

Mauro Fisberg

Antes de qualquer coisa, precisamos entender direito o que faz a criança comer bem ou porque não come como gostaríamos. E ainda considerar que seu filho pode ter períodos em que come melhor ou pior, uma vez que o apetite varia com o tempo, com a idade, com a temperatura e com o humor. Muitas situações da vida da criança fazem com que o seu apetite não seja absolutamente regular ou previsível.

Comemos mais ou comemos menos se estamos cansados, agitados, tristes ou alegres, deprimidos ou muito excitados com algum acontecimento. Temos períodos de maior fome e períodos em que simplesmente não temos vontade de comer muita coisa. Por este motivo, é sempre importante que se observe o tempo em que a criança modificou o seu apetite ou deixou de comer. Precisamos ver se é uma coisa apenas momentânea ou se realmente está se prolongando e precisará de ajuda para que se verifique o que está ocorrendo.

A alimentação da criança é individual, e não podemos comparar fomes e apetites. Não podemos tratar o sintoma - comer pouco - como se fosse uma doença. Não comer em algumas ocasiões não é uma doença.

Quase sempre o primeiro profissional a receber esta queixa, que pode vir dos pais, dos parentes mais próximos ou até da escola, é o pediatra da criança. Pode ser que os pais digam que a criança não se alimenta bem já como queixa principal ou mesmo acompanhando outros problemas clínicos.

A primeira coisa que o profissional da saúde determinará é se o problema é de curta ou longa duração, se há algum motivo já associado pela família, ou se houve alguma mudança em outros aspectos além da alimentação. O objetivo maior do pediatra é tentar entender se há alguma causa relacionada a alguma doença que possa ser evitada ou tratada ou se há motivos mais ligados a criança, a família e ao meio ambiente.

A avaliação e o seguimento da criança com dificuldade alimentar envolvem fatores de diferentes causas e consequências. É uma condição que exige uma abordagem pediátrica com ampliação para fatores além da medicina, como: dinâmica familiar, rotina alimentar, funções motoras, habilidades sensoriais e psicoemocionais da criança. Para alcançar questões da repercussão de um problema alimentar, o envolvimento de outras disciplinas é fundamental para completar abordagem de forma integral da criança e de sua família.

Quase sempre, problemas mais simples, podem ser resolvidos pelo próprio pediatra que avaliará alguns aspectos importantes como a história ou seja des-

de quando começou a situação, o que já foi feito para melhorar a dificuldade, fará um detalhado exame clínico e se necessário pedirá exames laboratoriais. O objetivo inicial será orientar a família sobre técnicas e preparação dos alimentos usuais, horários e a forma de alimentar a criança. Isto poderá avaliar o tipo de aleitamento e as comidas principais. Se houver alguma dúvida sobre a possibilidade de alguma doença que esteja dificultando a alimentação, pedirá exames de laboratório, radiografias e o que puder facilitar o diagnóstico.

A primeira atitude para a família é prevenir e não deixar que as coisas saiam do controle. A criança só vai comer bem se tiver exemplos dentro de casa, com modelos de comportamento que favoreçam a experimentação, a liberdade, e ao mesmo tempo a possibilidade de sentirem que estão apoiados. A criança precisa se sentir protegida, precisa de oferta, de ajuda e positividade.

A oferta de alimentos depende da cultura, do acesso, da chance de que o alimento faça parte da vida da família. Obviamente depende da estação do ano, do custo e do hábito do grupo. E depende de ajuda de pessoas mais experientes (por exemplo, avós e familiares) ou profissionais que possam orientar.

No entanto, quando existe uma doença que tenha a alimentação relacionada com sua causa ou consequência, temos que tratar primeiro esta condição. Fica fácil entender que quando existe uma asma crônica, se não tratarmos a doença, não teremos como melhorar o apetite desta criança, uma vez que estará sempre com falta de ar, internada ou recebendo medicamentos para isto. Ou seja, quando existe uma alergia a algum alimento, temos de tirar a chance de contato com este desencadeante para que não haja risco de problemas graves com a exposição ao fator agressor. Quando existe uma intolerância, o princípio do tratamento é diminuir a quantidade de alimento que causa mal-estar, diferentemente de uma alergia, quando devemos tirar totalmente a chance de contato com este alimento.

No caso da intolerância à lactose, um açúcar que faz parte da composição do leite, essa condição deve ser tratada com diferentes graus de exposição ou diminuição de contato do indivíduo com este açúcar. Sabe-se que a criança, ao longo de seus primeiros anos de vida, vai diminuindo a produção da enzima (lactase), que ajuda a absorver a lactose do leite ou derivados. Alguns grupos étnicos têm maior risco de diminuir a capacidade de produção da enzima: asiáticos, negros, indígenas ou nativos, uma vez que costumam ter menor contato com leite de animais. É importante salientar que o leite materno contém lactose em grande quantidade, desde o aparecimento do leite ainda não maduro, o colostro. Para prevenir a intolerância a lactose, a mãe produz lactase desde o período da gravidez, e assim seu filho pode consumi-lo logo após o nascimento. Já a alergia ao leite da mãe é extremamente rara, mas pode acontecer (proteína heteróloga veiculada através do leite amaterno). Na alergia, qualquer partícula da proteína do leite pode causar problemas graves, com a produção de anticorpos e uma reação que pode ser muito complicada, com vômitos, diarreias, problemas de urticária e mesmo edema (inchaço) da glote (garganta), com risco de morte. Por isso devemos evitar o contato com QUALQUER quantidade do possível agressor.

Fica claro então que quando criança que não come tem alguma doença, esta deve ser tratada o mais rápido possível. Isso não significa tratar a falta ou modificação do apetite, e sim o que está possivelmente contribuindo para o problema. Porque além dos danos fisiológicos, a doença de base - e suas consequências - pode gerar tamanho desconforto para a criança que esta passe a ter receio de comer e passar mal. Ou seja, uma complicação clínica pode ser a causa dos problemas alimentares, ou também pode contribuir e/ou piorar seu aspecto.

Talvez o mais complicado seja tratar a dificuldade de alimentação que está ligada aos problemas de comportamento, de relação com a família, ambiente ao qual está inserida, e mesmo do padrão da própria criança. Nestes casos, é importante trabalhar a oferta de alimentos, texturas, sabores, preparações e a disciplina ligada ao alimentar. E envolve toda a família, afinal não se pode tratar só a criança sem modificar todo o comportamento de irmão, pais e todos que estão próximos. Deve-se mobilizar a criança, mas também a escola, que precisa estar preparada para entender, acolher e ajudar a criança que come mal e vem para este ambiente educativo. No entanto, escola não é restaurante e não tem condições de ter atendimento individual e cardápios para todos os problemas de alimentação.

Crianças com alterações do crescimento e baixa ingestão alimentar podem precisar de suplementos para aumentar a oferta de calorias e dar um reforço energético já que nestes casos normalmente não conseguem aumentar a ingestão. Se além de falta de energia ainda temos deficiência ou risco de carência de nutrientes, devemos utilizar a vitamina ou mineral para compensar a insuficiência.

É comum que o pedido para a prescrição de vitaminas, suplementos e estimulantes de apetite, parta dos pais e/ou avós, em decorrência da ânsia de que a criança coma e do receio que a falta de nutrientes possa prejudicar a saúde. Pesquisas mostraram que estimulantes de apetite não modificam o apetite por mais de 15 dias. Além disto, podem causar efeitos secundários ou complicações indesejadas, como fraqueza, tonturas, diarreia ou intestino preso. O mais complexo é que não existem estudos adequados que mostrem que estes medicamentos funcionem. Vitaminas e minerais devem ser avaliados com cuidado, e devem ser utilizados se há alguma suspeita clínica de falta destes nutrientes. Os suplementos podem ser utilizados em alguns casos, para manter o estado nutricional da criança enquanto o pediatra avalia o problema, para aumentar a oferta de calorias e para ganho de peso mais rápido. No entanto, deve ser prescrito pelo profissional de saúde, que determinará quando e qual produto utilizar. É importante ressaltar que os suplementos não são o tratamento em si, mas apenas um suporte enquanto estamos tentando resolver os problemas individuais da criança e do ambiente.

No caso de crianças que apresentam alteração sensorial do paladar há a indicação do uso de alguns minerais específicos como é o caso do zinco. Apesar do benefício que pode trazer, este metal tem sabor difícil e pode causar efeitos colaterais como náuseas, vômitos, dor epigástrica, diarreia, letargia e fadiga, portanto somente um clínico experiente deve prescrever.

O que sabemos é que quanto mais complexo o caso da dificuldade alimentar, maior a necessidade de envolvimento de profissionais de diferentes áreas e conhecimentos, com a incorporação de equipes ou grupos treinados para ajuda à criança que não come. Mas, é importante repetir, a gravidade do problema não tem relação necessariamente com a presença de uma doença específica. A inquietação familiar é essencial para que exista atenção e apoio por parte do profissional de saúde que acolhe esta criança e sua família.

A ação multiprofissional possibilita a identificação de fatores específicos em cada área de atuação. O **pediatra** poderá pautar suas prescrições e condutas baseando-se nos resultados da avaliação nutricional da criança, entendendo os riscos de diminuição da ingestão alimentar, seletividade de alimentos e mudanças de peso. O(a) **nutricionista** ajuda na avaliação do estado de nutrição da criança, e fornece orientações de como organizar o ambiente alimentar de forma a auxiliar a família a cobrir as necessidades nutricionais da criança mesmo diante de suas limitações. A oferta nutricional pode ser constantemente avaliada no decorrer do seguimento da criança que tem dificuldades com a alimentação. Em cada caso e cada fase, o(a) nutricionista pode atuar reavaliando de acordo com o desenvolvimento da criança ou do adolescente.

O **fonoaudiólogo** que atua em dificuldades alimentares, identifica se existe algo desde a manipulação de alimentos, o levar à boca e à mastigação, deglutição e qualquer problema que possa causar desconforto ou até mesmo certa incapacidade para a evolução da alimentação. É uma fase importante de diagnóstico pois no decorrer do crescimento infantil há etapas de aquisição das habilidades para a alimentação que, se não são atingidas, podem dificultar a mastigação e deglutição.

A alimentação da família e da criança também envolve laços afetivos e emocionais. As refeições podem ter um clima agradável ou se apresentarem como verdadeiros campo de guerra. Neste quesito, o **psicólogo** tem ferramentas de avaliação e orientação para que, tanto os pais como a criança possam aprender a lidar melhor com este momento, muitas vezes já bastante desacreditado que é o momento das refeições.

A participação do **terapeuta ocupacional** pode também compor o time multidisciplinar na abordagem da criança com dificuldade alimentar. O profissional participa desde a avaliação relacionada a questões sensoriais até no decorrer do tratamento orientando como a criança pode lidar e aceitar melhor cada tipo de estímulo sensorial durante as refeições. Há crianças com dificuldades de integração dos sentidos, podendo interferir no momento das refeições, merenda escolar e na alimentação fora de casa.

Existem centros de atendimento para crianças com problemas alimentares em diferentes cidades do país, quase sempre ligados a clínicas de pediatria de hospitais escola das universidades, e centros de atendimento que atendem de forma privada.

Como orientação geral, é importante lembrar que qualquer dúvida dos pais sobre a alimentação da criança, precisa ser respondida pelos profissionais de

saúde, que nunca devem simplesmente afastar a queixa somente porque a criança apresenta bom peso e estatura e aparentemente não apresenta uma doença orgânica. O enfoque mais amplo deve analisar todo o contexto da alimentação da família e a repercussão sobre a criança.

Referência bibliográfica

Kachani A, Fisberg M, Maximino P. Como Lidar com a Criança que Não Come. Editora Hogrefe, 2022.

11. Quais as possíveis complicações da criança que não come? Riscos de curto e longo prazos

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida

Considerando-se a elevada prevalência das dificuldades alimentares (DA) na infância, torna-se de alta relevância entender as consequências que esse quadro pode trazer à saúde da criança. A primeira delas, e que pode estar presente mesmo nos quadros de mais curta duração, é o baixo ganho de peso, devido à ingestão energética insuficiente. Chatoor e colaboradores, Dubois e colaboradores, Ekstein e colaboradores e Wright e colaboradores mostraram que crianças com diferentes tipos de DA podem se apresentar com peso para idade abaixo do ideal. Pode ocorrer redução da velocidade de ganho ou até mesmo perda de peso, com prejuízos associados a esse quadro, tais como baixa imunidade, perdas cognitivas, redução da massa óssea e distúrbios metabólicos. A evolução para “stunting” pode ocorrer se o balanço energético negativo se prolongar, tal como já foi demonstrado por Wright e colaboradores, Xue e colaboradores e Zhang e colaboradores e também devido a carências nutricionais específicas, tais como de zinco, ferro, cálcio, entre outras.

O “stunting” não leva apenas a perdas estaturais, mas também está associado a aumentos de morbidade e mortalidade, desenvolvimento prejudicado, maior risco de infecções e DCNT, maior acúmulo de gordura visceral, menor oxidação de gordura, menor gasto energético, resistência à insulina e maior risco de desenvolver diabetes, hipertensão, dislipidemia, redução da capacidade de trabalho e desfechos reprodutivos maternos desfavoráveis na idade adulta. Além disso, crianças com prejuízo estatural nutricional que experimentaram ganho rápido de peso após dois anos têm risco aumentado de se tornarem obesas ou obesas mais tarde na vida.

Outro aspecto que deve ser lembrado é a possibilidade de deficiências nutricionais específicas. Em crianças com dificuldade alimentar, já foram demonstrados baixo consumo de vitaminas D, E e C e de cálcio e zinco. Dados nacionais recentes relativos a crianças entre 4 e 8 anos com dificuldades alimentares mostram prevalências de inadequação bastante elevadas para cálcio, ferro, zinco e vitamina A. A deficiência de vitamina A, para além dos riscos bastante conhecidos à saúde

visual, também pode levar a prejuízos imunológicos e à anemia. Na população pediátrica brasileira, a deficiência de ferro pode ser considerada endêmica e atinge, segundo dados recentes 33% das crianças e a presença de DA aumenta ainda mais o risco de acometimento. Adicionalmente à anemia, que se caracteriza como o estágio mais grave da deficiência e provoca sonolência, desânimo, isolamento social, agravamento de doenças infecciosas, inapetência, entre outros sintomas, a carência de ferro *per se* pode levar a problemas no desenvolvimento cognitivo e na imunidade.

O processo de formação da massa óssea acontece fundamentalmente durante infância e adolescência e é dependente, dentre outras coisas, do adequado estado nutricional de cálcio e vitamina D, nutrientes que podem apresentar ingestão insuficiente nas crianças com DA. A vitamina D também tem papéis nos mecanismos inato e adaptativos da imunidade, destacando-se a característica de atuar estimulando e modulando as reações imunológicas. O zinco participa de dezenas de reações metabólicas e tem papel reconhecido na defesa imunológica; adicionalmente, é um mineral essencial para a renovação de tecidos, com impacto relevante em pele, mucosas, unhas e cabelos.

Para as crianças com DA, a ingesta de alguns alimentos mostra-se preferencialmente prejudicada. Dentre eles, os peixes devem ser lembrados, devido a seu sabor peculiar e à falta de hábito de consumo na maior parte das regiões do Brasil. Esse fato, pode refletir no baixo consumo de LC-PUFAS (extenso), como o DHA (extenso), podendo levar a desbalanço imunológico, além de prejuízos visuais e de aprendizagem. Precursores provenientes de óleos vegetais, tais como ácidos graxos linoleico e alfa linolênico, poderiam garantir a produção endógena de DHA, entretanto deve-se levar em conta a imaturidade enzimática da faixa etária pediátrica que pode dificultar a conversão. O DHA tem papéis nas vias de neurotransmissores, transmissão sináptica e transdução de sinais, atuando também na proteção contra o estresse oxidativo, além de participar de funções variadas, tais como integração entre informações sensoriais e motoras, memória, aprendizado, comportamento.

Um aspecto que não pode ser negligenciado em relação às DA são as consequências cognitivas e psicossociais. Já forma observados excessos de brigas à refeição, estigmatização e segregação da tipo de comida. Também já se verificaram menor *performance* em termos de escore de desenvolvimento mental, além de temperamento mais difícil e irregular, negatividade, dependência, agitação, maior grau de insegurança, ansiedade, pressão para comer. A seletividade, em especial, mais frequentemente se liga a aspectos comportamentais e psicológicos negativos, tais como distúrbios de comportamento e emocionais, bem como processos de somatização, dificuldades em apreender comportamentos saudáveis, inadequada expressão de sentimentos e vontades e menor vinculação afetiva com os pais. Especificamente sobre o relacionamento com os pais, o uso de tentativas de persuasão é comum sendo frequentes comportamentos negativos e coercitivos em relação ao processo de alimentação, com uso de comentários aversivos durante a refeição. E, talvez o mais grave, pais de crianças com DA

parecem menos propensos a se aproximar delas e a tocá-las, comprometendo severamente a relação. Por fim, avaliando-se aspectos hedônicos, estudo recente mostrou correlação negativa entre dificuldade alimentar e prazer com a alimentação e com preparo dos alimentos e correlação positiva com coerção e restrição.

Referências bibliográficas

Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran J, 3rd, Coletta F, Ott D. The phenomenon of “picky eater”: a behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J Am Coll Nutr.* 1998;17:180-6.

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 Adol Psychiatry.* 1998;37:1217-24.

Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell E, Mrazek DA. Maternal Characteristics and Toddler Temperament in Infantile Anorexia. *J Am Acad Child Adol Psychiatry.* 2000;39:743-51.

Chatoor I, Surlis J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to Thrive and Cognitive Development in Toddlers With Infantile Anorexia. *Pediatrics.* 2004;113:e440-e7.

de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. *Matern Child Nutr.* 2016;12(Suppl 1):12-26.

De Sanctis V, Soliman A, Alaaraj N, Ahmed S, Alyafei F, Hamed N. Early and Long-term Consequences of Nutritional Stunting: From Childhood to Adulthood. *Acta Biomed.* 2021;92:e2021168.

Diau GY, Hsieh AT, Sarkadi-Nagy EA, Wijendran V, Nathanielsz PW, Brenna JT. The influence of long chain polyunsaturate supplementation on docosahexaenoic acid and arachidonic acid in baboon neonate central nervous system. *BMC Med* 2005;3:11.

Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *International J Behav Nutr Phys Activ.* 2007;4:9.

Ekstein S, Laniado D, Glick B. Does Picky Eating Affect Weight-for-Length Measurements in Young Children? *Clin Pediatr.* 2009;49:217-20.

Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O, Tyano SAM. Mother, and Child Touch Patterns in Infant Feeding Disorders: Relation to Maternal, Child, and Environmental Factors. *J Am Acad Child Adol Psychiatry.* 2004;43:1089-97.

Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are “picky eaters”. *J Am Diet Assoc.* 2005;105:541-8.

Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc.* 2003;103:692-8.

Gil-Campos M, Dalmau Serra J, Comité de Nutrición de la Asociación Española de P. Importance of docosahexaenoic acid (DHA): Functions and recommendations for its ingestion in infants. *An Pediatr (Barc).* 2010;73:142 e1-

Huynh DT, Estorninos E, Capeding RZ, Oliver JS, Low YL, Rosales FJ. Longitudinal growth and health outcomes in nutritionally at-risk children who received long-term nutritional intervention. *J Hum Nutr Diet.* 2015;28:623-35.

Innis SM. Omega-3 Fatty acids and neural development to 2 years of age: do we know enough for dietary recommendations? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48(Suppl 1):S16-24.

Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adol Psychiatry.* 2003;42:76-84.

- Jacobi C, Schmitz G, Agras WS. Is picky eating an eating disorder? *Int J Eat Dis.* 2008;41:626-34.
- Kar BR, Rao SL, Chandramouli BA. Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition. *Behav Brain Funct.* 2008;4:31.
- Kuratko CN, Barrett EC, Nelson EB, Salem N Jr. The relationship of docosahexaenoic acid (DHA) with learning and behavior in healthy children: a review. *Nutrients.* 2013;5:2777-810.
- Lauritzen L, Brambilla P, Mazzocchi A, Harslof LB, Ciappolino V, Agostoni C. DHA Effects in Brain Development and Function. *Nutrients.* 2016;8:6.
- Lozoff B. Early iron deficiency has brain and behavior effects consistent with dopaminergic dysfunction. *J Nutr.* 2011;141:740S-6S.
- Lozoff B, Georgieff MK. Iron deficiency and brain development. *Semin Pediatr Neurol.* 2006;13:158-65.
- Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav.* 2010;11:253-7.
- Maximino P, Ricci R, Machado RHV, de Cássia Ramos C, Nogueira LR, Fisberg M. Children with feeding difficulties have insufficient intake of vitamins, minerals, and dietary fiber. *Nutrire.* 2020;45:22.
- Micali N, Simonoff E, Elberling H, Rask CU, Olsen EM, Skovgaard AM. Eating Patterns in a Population-Based Sample of Children Aged 5 to 7 Years: Association With Psychopathology and Parentally Perceived Impairment. *J Develop Behav Pediatr.* 2011;32:572-80.
- Mitterer-Daltoné M, Latorres J, Treptow R, Pastous-Madureira L, Queiroz M. Acceptance of breaded fish (*Engraulis anchoita*) in school meals in extreme southern Brazil. *Acta Alimentaria.* 2013;42:275-82.
- Nguyen VH. School-based nutrition interventions can improve bone health in children and adolescents. *Osteop Sarcop.* 2021;7:1-5.
- Nogueira-de-Almeida CA, de Mello ED, Maranhão ES, Vieira MC, Barros R, Fisberg M, et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Ped Mod.* 2012;48:9.
- Nogueira-de-Almeida CA, Ricco RG, Nogueira MPC, Del Ciampo LA, Mucillo G. Comparison of four anthropometric methods of nutritional assessment and evaluation of the agreement between two reference populations. *J Trop Pediatr.* 1999;45:345-50.
- Nogueira-de-Almeida CA, Ued FdV, Del Ciampo LA, Martinez EZ, Ferraz IS, Contini AA, et al. Prevalence of childhood anaemia in Brazil: still a serious health problem: a systematic review and meta-analysis. *Pub Health Nutr.* 2021;24:6450-65.
- Okuizumi AM, Morimoto JM, Nogueira LR, Maximino P, Fisberg M. Fatores associados aos tipos de dificuldades alimentares em crianças entre 0 e 10 anos de idade: um estudo retrospectivo em um centro de referência brasileiro. *Sci Med.* 2020;30.
- Ozyurt B, Sarsilmaz M, Akpolat N, Ozyurt H, Akyol O, Herken H, et al. The protective effects of omega-3 fatty acids against MK-801-induced neurotoxicity in prefrontal cortex of rat. *Neurochem Int.* 2007;50:196-202.
- Pires MMS, Obelar MS, Wayhs MLC. Deficiências de Vitaminas. In: Nogueira De Almeida CA, Mello ED (Ed). *Nutrologia Pediátrica: Prática Baseada em Evidências.* 1ªed. Barueri, Manole; 2016, p. 501.
- Salem N Jr., Litman B, Kim HY, Gawrisch K. Mechanisms of action of docosahexaenoic acid in the nervous system. *Lipids.* 2001;36:945-59.
- Sanders MR, Patel RK, Le Grice B, Shepherd RW. Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health psychology. J Am Psychol Assoc.* 1993;12:64-73.
- Shay NF, Mangian HF. Neurobiology of zinc-influenced eating behavior. *J Nutr.* 2000;130:1493S-9S.

van der Horst K. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite*. 2012;58:567-74.

Xue Y, Lee E, Ning K, Zheng Y, Ma D, Gao H, et al. Prevalence of picky eating behaviour in Chinese school-age children and associations with anthropometric parameters and intelligence quotient. A cross-sectional study. *Appetite*. 2015;91:248-55.

Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, Mwangome M, Poullas MS, Yajnik CS, et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. *Lancet* 2020;395:75-88.

Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child Care Health Dev*. 2000;26:5-16.

Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. How Do Toddler Eating Problems Relate to Their Eating Behavior, Food Preferences, and Growth? *Pediatrics*. 2007;120:e1069-e75.

Zhang Y, Wang P, Lyu J, Lan H, Zhao A, Ren Z. Feeding Difficulty and Its Association with Growth and Development Among Young Children in China. *Curr Develop Nutr*. 2020;4:1062-.

12. Quando encaminhar para outro especialista?

Tulio Konstantyner

Como dissemos, o pediatra geral usualmente é o primeiro a ser consultado quanto a possíveis problemas na alimentação. Desde os primeiros meses, ele participa das orientações de aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar, período essencial para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Isso lhe traz a atribuição de conduzir crianças com suspeita ou diagnóstico de dificuldade alimentar. Apesar de ser apto para tal e poder trabalhar sozinho, é recomendável que estes pacientes sejam acompanhados conjuntamente com outros especialistas como pediatra nutrólogo, nutricionista e psicólogo.

A avaliação do crescimento físico, desenvolvimento neuropsicomotor, antecedentes pessoais, aspectos da dinâmica familiar, presença de doenças orgânicas, consumo alimentar e dos hábitos de vida (horários e rotina) são essenciais nestes casos. Neste sentido, esses especialistas potencialmente contribuem com visão abrangente do caso e municiam o pediatra para condução e tomada de decisão clínica.

De fato, o manejo da dieta com reconhecimento de alternativas alimentares, a escolha de suplementos medicamentosos ou alimentares, a abordagem comportamental, a identificação do estilo parental, a leitura das impressões dos cuidadores e o suporte psicoemocional ocorrem de forma efetiva, geralmente, apenas com o atendimento transdisciplinar integrado com a família.

Paralelamente, o dentista, o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta são bem-vindos para integrar a equipe pois são capazes de identificar problemas da fase inicial da digestão. São exemplos: 1) a ausência de mastigação efetiva associada a mordida cruzada ou cárie dental, 2) a dificuldade de deglutição de alimentos de consistências específicas associada a doenças motoras e 3) a incoordenação deglutição/respiração resultante das patologias pulmonares. Após o exame inicial, se o pediatra desconfiar de patologias ou dificuldades desta natureza, o encaminhamento a estes profissionais é recomendado.

Além disso, a dificuldade alimentar pode ser resultante do: 1) impacto clínico de doenças orgânicas, que acarretam alterações do paladar e do mecanismo de fome/saciedade; 2) presença de doenças mentais ou de comportamento; ou 3) tratamento de alergias ou intolerâncias que envolvem uso de medicações e modificações dietéticas. Assim, a proximidade com o especialista é essencial para a uniformização das condutas e do manejo clínico. A parceria e a troca de experiência com alergistas, gastroenterologistas, neurologistas, psiquiatras e demais especialistas médicos trazem benefícios expressivos para a criança com dificuldade alimentar.

Cabe destacar que o atendimento em equipe é benéfico para a criança e sua família, porém devemos evitar terceirizar o cuidado do nosso paciente. Encaminhar significa somar esforços e agregar possibilidades de atuação e não passar a responsabilidade para outro profissional de saúde. Desta forma, o pediatra deve incorporar progressivamente o conhecimento específico relacionado as dificuldades alimentares na infância e adolescência, formar equipe, interagir com os demais especialistas e gerenciar os casos de acordo com a necessidade de cada paciente/família.

Referências bibliográficas

Almeida CA, Mello ED, Maranhão HS, Vieira MC, Barros R, Barreto JR, et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Ped Mod.* 2012;48:24-6.

Fisberg M, Maximino P. A criança que come mal: atendimento multidisciplinar: a experiência do CENDA - Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares do Instituto PENSI - 1ª ed- Baureri, Manole, 2022.

Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics.* 2015;135:344-53.

Maranhão HS, Aguiar RC, Lira DTJ, Sales MUF, Nóbrega NAN. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares progressas e estado nutricional. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(1):45-51.

Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019;21(10):51.



GUIA DE ORIENTAÇÕES - DIFICULDADES ALIMENTARES - 2022

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO
DE NUTROLOGIA

ISBN 978-65-992921-5-6