

AJUDAR A DESENVOLVER HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS NA INFÂNCIA

GRAÇA APARÍCIO *

Docente da Escola Superior de Saúde e investigadora
do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu.

Resumo

As doenças relacionadas com a alimentação são hoje consideradas um grave problema de saúde pública, cujas causas e consequências têm sido amplamente estudadas. A aprendizagem do comportamento alimentar inicia-se na infância, tendo a família e todo o contexto sociocultural onde as refeições ocorrem, um papel determinante no processo de formação dos hábitos alimentares da criança, tendo estes grande probabilidade de prevalecerem na vida adulta.

Com este artigo pretendeu-se, através duma revisão da literatura, reflectir sobre a alimentação no período infantil, seus determinantes e processo de aprendizagem, com base nas várias evidências dos autores, bem como definir algumas linhas orientadoras para uma boa prática de promoção da saúde alimentar no ambiente familiar.

Palavras-chave: Comportamento alimentar, infância, família, alimentação saudável.

Abstract

The diseases linked to feeding are now considered a serious public health problem, whose causes and consequences have been widely studied. The learning of eating behavior starts in childhood, and whole family and socio-cultural contexts where meals take place had a decisive role in training child's eating habits, and these, most likely, prevail in adulthood.

With this article we intended, through a literature review, reflect on childhood nutrition, its determinants and learning process and, based on evidence from several authors, set some guidelines for good practices to promote healthy eating habits in family environment.

Keywords: Eating behavior, childhood, family, healthy eating.

1. Introdução

É hoje consensual que a saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente sócio-familiar, biofísico e ecológico tem um papel determinante no estado de saúde das populações em geral e particularmente na saúde das crianças, (DGS, 2005).

A inter-relação entre hábitos alimentares, manutenção da saúde e desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, tem vindo a tornar-se cada vez mais evidente nos últimos trinta anos, dado o reconhecimento de que as características da dieta podem exercer influência decisiva sobre o estado de saúde dos indivíduos (WHO, 1990).

Por outro lado, as doenças associadas às dietas alimentares desequilibradas, além do sofrimento causado às pessoas afectadas, contribuem para aproximadamente 30% dos custos totais dos serviços de saúde (UE-15), colocando assim um peso adicional aos já sobrecarregados orçamentos de saúde (WHO, 2001).

Assim, as doenças relacionadas com a alimentação são hoje um grave problema de saúde pública, pois mostram um perfil epidemiológico de extrema desigualdade social, cujas causas e consequências têm sido alvo de análise, de modo a orientar políticas de saúde e nutrição. Segundo a DGS, (2003), intervir sobre os determinantes do estilo de vida, nomeadamente a alimentação, torna-se numa estratégia de saúde fundamental, que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos, em termos de redução da prevalência de doenças crónicas e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados, como a experiência de outros países tem vindo a comprovar.

Neste sentido, têm sido implementados, a nível nacional e europeu, redes e programas focalizados em ambientes específicos, nomeadamente escolas, locais de trabalho e comunidade em geral, orientados para a capacitação individual e colectiva (*empowerment*), através da informação e educação para a saúde e da reorientação dos serviços de saúde, criando desta forma condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde (DGS, 2003).

Especificamente na faixa etária pediátrica, as famílias têm um grande impacto na saúde global das suas crianças, dado que constituem o seu primeiro ambiente de aprendizagem. Também em termos alimentares, os pais constituem modelos e influenciam de diferentes formas o comportamento alimentar das crianças. No entanto,

a escassez de tempo, associada à vida urbana, condiciona muitas vezes as escolhas alimentares dos pais e, inevitavelmente, a das crianças. Estas escolhas são em muitas ocasiões direccionadas para alimentos hipercalóricos, com grande densidade energética, de fácil preparação e de consumo rápido, fornecendo sobretudo um elevado suprimento em proteínas e gorduras, o que origina um desequilíbrio entre as necessidades (quantidade/ qualidade) e o gasto necessário, determinando um incremento da massa gorda corporal total (Rego et al., 2004).

Reconhece-se, hoje, que uma alimentação saudável durante a infância é duplamente benéfica, pois, por um lado, facilita o desenvolvimento intelectual e o crescimento adequado para a idade, e, por outro, previne uma série de patologias relacionadas com uma alimentação incorrecta e desequilibrada, como a anemia, obesidade, desnutrição, cáries dentárias, atraso de crescimento, entre outras (Rego et al., 2004).

Portugal é um dos Países Europeus com maior número de crianças com excesso de peso e obesidade, o que obriga a uma intervenção urgente, tanto a nível da identificação dos determinantes, como a nível da sua prevenção (OMS, 2006).

Neste âmbito, reflectir sobre a alimentação no período infantil e definir algumas linhas orientadoras para uma boa prática de promoção da saúde alimentar no ambiente familiar, torna-se de extrema importância para os profissionais de saúde.

2. Características do crescimento na infância

É hoje consensual que influências genéticas e ambientais concorrem para o crescimento da criança, pelo que a avaliação seriada do crescimento é o indicador que melhor define a saúde da criança, o seu estado nutricional e até as suas condições de vida.

O crescimento é um processo biológico de multiplicação e aumento celular, visível através do aumento do tamanho corporal. Apesar de dinâmico e contínuo, este processo não é constante, pois, ao longo da vida, apresenta características diferentes: fases de ganho acelerado, como é o caso do período intra-uterino, primeiro ano de vida e início da puberdade; de desaceleração, que acontece do primeiro ao segundo ano de vida e final da puberdade; e fases de menores ganhos, do segundo ano de vida até ao início da puberdade, estas últimas, habitualmente, acompanhadas de diminuição do apetite (Ministério da Saúde, 2002).

Enquanto a influência genética se torna particularmente expressiva no crescimento do adolescente, nas crianças menores de 5 anos, os factores ambientais, nomeadamente a alimentação, a ausência de doença e os cuidados gerais, têm uma influência decisiva na preservação do potencial de crescimento (Ibidem). Estudos longitudinais comprovaram que, do nascimento aos 2 anos de vida, é o período chave

para ocorrerem falhas importantes de crescimento e deficiências de certos micronutrientes, posteriormente difíceis de reverter (WHO, 2003). Alguns marcos permitem obter, de forma rápida, valores médios da estatura e do peso nos períodos de maior crescimento da criança nascida de termo: esta duplica o peso de nascença entre os 5-6 meses, triplica ao ano de idade e quadriplica aos 2 anos. Relativamente à estatura, esta aumenta cerca de 50% aos 12 meses, duplicando até aos 4 anos. Por volta dos 2 anos de idade a criança terá cerca de metade da sua estatura adulta (Carmona da Mota et al., 2002).

Atendendo a estas características do crescimento e desenvolvimento infantil, é lógico considerar que a alimentação, durante os primeiros cinco anos de vida, requer cuidados específicos, nomeadamente em qualidade, quantidade, frequência e até consistência.

No início da vida, o leite materno é o mais adequado e deve ser dado em exclusivo até aos 6 meses de vida da criança. Este é perfeitamente adaptado à sua imaturidade digestiva e, devido às suas características, protege-a de doenças infecciosas e alérgicas, promove um melhor desenvolvimento intelectual e psico-motor e, sobretudo, promove a vinculação, facilitando a interacção mãe-bebé (Levy, 2008; WHO, 2009).

No segundo semestre de vida, com o crescimento e desenvolvimento acelerado, a criança necessita de outros alimentos que lhe permitam fazer face às necessidades biológicas, contribuindo estes progressivamente com 20 a 50% de energia.

A introdução de novos alimentos é, não só necessária, pelos aspectos nutricionais já referidos, mas possível, pela maturação estrutural e funcional dos aparelhos gastro-intestinal, renal e metabólico e pela maturidade dos mecanismos imunológicos do intestino, dado que após os 6 meses há redução da possibilidade de reacções de hipersensibilidade. Além disso, o desenvolvimento psicomotor e neuro-comportamental do lactente permite-lhe o controlo da cabeça e pescoço e perda do reflexo de extrusão, característica dos bebés até cerca dos 4-5 meses, que os leva a expulsar qualquer alimento mais consistente, depositado na parte anterior da língua e muitas vezes interpretado como recusa por parte da criança, (Silva et al., 2005). Desta forma, a utilização da colher é possível e deve ser estimulada, pois permite o desenvolvimento de outras competências, como a mastigação e progressiva integração da criança na dieta e refeições da família.

3. Determinantes da Alimentação na Infância: o papel da família

Considerando o actual reconhecimento de que aprender a comer é essencial para uma boa saúde, é de extrema importância compreender os determinantes da alimentação saudável e das escolhas alimentares ao longo da vida. Estas, a quantidade

de alimentos, o tempo e o intervalo entre as refeições, enfim, as regras e normas da alimentação são estabelecidas pelo grupo social.

Durante a infância, a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança através da aprendizagem social, tendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais. Neste âmbito, os factores culturais e psicossociais da família influenciam as experiências alimentares da criança desde o momento do nascimento, dando início ao processo de aprendizagem, (Ramos e Stein, 2000). Uma adequada introdução de novos alimentos no primeiro ano de vida, com uma correcta socialização alimentar a partir deste período, assim como a oferta de alimentos variados e saudáveis, em ambiente alimentar agradável, permite à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo (Birch, 1998).

Na sua socialização, a criança aprende sobre a sensação de fome e saciedade e desenvolve a percepção para os sabores e as suas preferências, iniciando a formação do seu comportamento alimentar.

Neste âmbito, as estratégias que os pais utilizam para a criança se alimentar ou para aprender a comer determinados alimentos, podem apresentar estímulos tanto adequados como inadequados, o que vai determinar a aquisição das preferências alimentares da criança e o seu autocontrolo na ingestão alimentar (Birch & Fisher, 1997; Rozin, 1990).

Factores económicos e de disponibilidade dos alimentos, constituem igualmente determinantes nas escolhas alimentares da família. O custo dos alimentos é um dos factores primordiais no processo de escolha e está directamente relacionado com o nível sócio-económico da família. Grupos de baixa renda têm uma maior tendência para consumir dietas desequilibradas e, em particular, com baixa ingestão de frutas e produtos hortícolas (EUFIC, 2005). No entanto, os estudos revelam que o acesso a mais dinheiro não é automaticamente sinónimo de uma alimentação de melhor qualidade, aumentando no entanto o poder de escolha. Outros estudos têm analisado a relação entre o nível cultural e o comportamento alimentar (Kearney et al. 2000; De Almeida, 1997, citados por EUFIC, 2005). Estes indicam que o nível educacional pode influenciar a dieta na idade adulta. No entanto, conhecimentos sobre nutrição e hábitos alimentares saudáveis não se apresentaram fortemente correlacionados. Segundo os autores, isso ocorre porque o conhecimento sobre saúde não leva a uma acção directa, quando os indivíduos não sabem como aplicar o seu conhecimento. Além disso, a informação divulgada sobre nutrição vem de uma variedade de fontes e é vista, ou como conflituante, ou com desconfiança, o que desestimula a motivação para a mudança.

Assim, na educação alimentar, é importante transmitir mensagens precisas e consistentes através dos vários meios de comunicação, nas embalagens de alimentos e, claro, através dos profissionais de saúde.

3.1 Processos de aprendizagem alimentar

No passado, a psicologia fisiológica mostrou que a sensação interna de fome e saciedade seriam responsáveis pela alimentação, no entanto, após os estudos de Pavlov, reconheceu-se o papel da aprendizagem/condicionamento na ingestão alimentar.

Tal como já referimos, a experiência alimentar influencia os padrões alimentares, o desenvolvimento sócio-emocional da criança e a qualidade da relação pais-filhos. O principal foco de interação entre pais e filhos, durante os primeiros anos de vida da criança, é, em geral, o momento da refeição, iniciando-se este processo com a amamentação, (Ramos e Stein, 2000). Durante esta, a expressão orofacial do bebé é interpretada pelos pais como resposta de prazer ou insatisfação, originando por sua vez respostas dos pais, num processo de interação e de oportunidade única de aprendizagem recíproca, não apenas sobre o processo alimentar, mas sobre outros comportamentos da criança.

O desenvolvimento do paladar inicia-se durante esta fase, dadas as características sensoriais diversas do leite materno. A composição deste modifica-se à medida que a lactação progride, com diminuição dos níveis de lactose e aumento dos níveis de cloreto, tornando o leite levemente salgado. Essa mudança pode favorecer a aceitação dos alimentos complementares no tempo oportuno (Giugliani & Victora, 2000).

Durante a introdução de novos alimentos, inicia-se a aprendizagem de novos sabores e consistências, a maioria das vezes, acompanhados por sentimentos de stress e ansiedade por parte dos pais (Beauchamp & Mennella, 1994).

Neste período, através da ingestão repetida e variada, que lhe permite conhecer diferentes sabores, a criança exercita o seu paladar, aprendendo a gostar e a associar os sabores com a reacção afectiva do contexto social e com a própria satisfação fisiológica da alimentação. O efeito/consequência pós-ingestão dos alimentos tem sido considerado como um bom predictor da sua aceitação, quando esta consequência é positiva, ou de aversão quando esta consequência é negativa (Ramos e Stein, 2000).

Birch, (1992), num estudo realizado com crianças em idade pré-escolar, verificou que os alimentos não podem apenas ser percebidos visualmente, ou pelo odor, é necessário provar o alimento, mesmo que em pequenas quantidade, para que se produza a sua aceitação. Perante um sabor novo, a aceitação do alimento ocorre somente após 12-15 apresentações, o que pode determinar a desistência dos pais, justificando que a criança não gosta. Contudo a exposição repetida pode reduzir a neofobia alimentar, (recusa em experimentar alimentos novos), tão frequente na idade pré-escolar, e que tem como resultado uma dieta limitada e pouco diversificada, típica dos “*picky eaters*” ou “*esquisitos*” (Plinner & Loewen, 1997).

Ainda na aprendizagem associada ao sabor, verifica-se haver uma maior aceitação de alimentos desconhecidos quando estes são adocicados. Esta característica de melhor aceitação é inata e tem sido relacionada com as experiências pré-natais de sensibilização pelo contacto com o líquido amniótico, que é aromático e o seu odor influenciado pela dieta da mãe.

Por outro lado, o contacto com alimentos calóricos promove uma consequência fisiológica de saciedade, que, associada ao sabor, aumenta a sua aceitação e preferência (Ramos e Stein, 2000), o que justifica a fácil aceitação da maioria das crianças por este tipo de alimentos denominados *fast-food*.

A consistência dos alimentos é igualmente alvo de aprendizagem. É aconselhável o consumo de alimentos de texturas variadas, pois estas favorecem a maturação da fase oral da deglutição. Uma dieta alimentar pouco consistente, adquirida na infância, pode levar á falta de capacidade muscular, fazendo com que a criança tenha preferência por alimentos mais pastosos, criando um ciclo vicioso entre a mastigação deficitária e as alterações produzidas por ela (Cantoni, et al 2001).

Tal como já foi referido, o contexto social onde as refeições ocorrem é igualmente um factor determinante na aprendizagem alimentar. Fazer as refeições em contexto familiar, na presença dos irmãos, dos amigos e dos pais que lhe servem de modelos e que a elogiam ou chamam à atenção para o comportamento à mesa, influencia a experiência e mesmo os padrões alimentares.

A interacção que é estabelecida entre os pais e a criança, sobretudo durante as refeições, influencia a alimentação da criança e o seu peso, nomeadamente através de estratégias de excessivo controlo externo, como o incitamento a comer, o ritmo da alimentação e a restrição de certos alimentos, (Birth et al., 2001; Faith, et al. 2004). Forçar ou coagir a criança a comer resulta, habitualmente, em reacções de oposição, diminuindo a preferência da criança por esses alimentos. Estas práticas alimentares controladoras têm igualmente sido associadas a uma menor auto-regulação da criança, podendo impedir o auto-controlo, responsável pela sensação de fome e saciedade, resultando em alterações do comportamento alimentar, com maior risco para obesidade futura (Birch et al, 2001). Segundo o mesmo autor, também a utilização dos alimentos como recompensa ou castigo tem sido associada a efeitos adversos nas preferências por determinados alimentos e, mais tarde, a perturbações do comportamento alimentar e obesidade, pois levam as crianças a associar a sensação de saciedade com situações de frustração e conflito (Black & Hurley, 2007).

4. Recomendações para uma alimentação equilibrada na infância

Qualquer serviço de aconselhamento implica um processo de escuta activa, individualizado e centrado no cliente, que permita o estabelecimento de uma relação de

confiança capaz de estimular a autonomia do indivíduo como sujeito da sua própria saúde e transformação. Essa metodologia, quando aplicada à capacitação sobre alimentação infantil, pretende fortalecer mães ou cuidadores para que se tornem capazes de tomar decisões adequadas relativamente à alimentação das suas crianças.

A mudança no comportamento alimentar, enquanto principal e mais complexo componente dos estilos de vida, deve, na actualidade, constituir um dos mais importantes focos de investimento para os profissionais de saúde. A educação alimentar deve ser um processo contínuo, que disponibilize informação, respeitando o ritmo de compreensão e interiorização dessa informação, promova motivação e utilize estratégias de apoio e manutenção da mudança, (Nunes e Breda, 2001).

Intervir nos períodos críticos da vida é entendido como uma oportunidade única de intervenção em saúde, constituindo a idade pediátrica o paradigma dessa oportunidade.

4.1 Primeiro ano de vida: O aleitamento materno

O leite materno é hoje defendido como o alimento mais adequado ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança. No entanto, para que esta prática tenha sucesso, é importante que a mulher decida amamentar, que se tenha estabelecido a lactação e que a mulher sinta apoio/suporte principalmente no período inicial, ou até que a lactação esteja perfeitamente estabelecida (Levy & Bértolo, 2008).

Desde 1991, que a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

As recomendações da OMS relativas à amamentação são as seguintes:

As crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade¹. Ou seja, até essa idade, o bebé deve tomar apenas leite materno e não deve dar-se nenhum outro alimento complementar ou bebida;

A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno;

As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os dois anos de idade.

A iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés*, proposta pela OMS, é uma iniciativa internacional que, ao ser adoptada pelas instituições de saúde (hospitais e

¹ Conclusões e recomendações da reunião consultiva de *experts* (Geneva, 28 a 30 de Março de 2001) que ultimou o exame sistemático da duração óptima da lactância natural exclusiva. WHO – *The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001.*

maternidades), pretende defender os dez passos imprescindíveis para o sucesso da amamentação².

A prática do aleitamento materno apresenta alguns aspectos importantes para o seu sucesso, dos quais salientamos:

- Iniciar o aleitamento materno na primeira meia-hora após o parto, logo que o bebé esteja estável e ainda vigil. O sucesso da primeira mamada é muito importante.

- A duração da mamada não é importante. O importante é que a mãe perceba que o bebé está a obter leite e não a fazer da mama chupeta. O tempo da mamada varia igualmente em função da capacidade de sucção do bebé.

- O horário entre as mamadas não deve ser fixo, ou seja o bebé deve mamar sempre que manifestar fome, em regime livre. Com o tempo, um horário mais ou menos regular será estabelecido. No entanto, durante o primeiro mês, o bebé não deverá dormir mais de três horas sem mamar.

- A posição do bebé a mamar é igualmente importante, pois uma boa pega, para além de facilitar a mamada, previne algumas dificuldades, tais como leite retido e, conseqüentemente, mama ingurgitada.

- É importante que o bebé esvazie a mama, antes de a mãe oferecer a outra, pois as características nutricionais do leite materno são diferentes ao longo da mamada: o primeiro mais rico em água e lactose, e, no final, mais rico em gordura, pelo que permite uma maior saciedade. Por outro lado, esvaziar a mama é o segredo para aumentar a sua produção.

- O leite materno varia em qualidade e quantidade ao longo do dia, em função da dieta materna e de outros aspectos psico-emocionais. A mãe deve fazer uma alimentação variada e equilibrada, sem restrições ou excessos. Se houver atopia familiar, deve evitar-se o abuso de leite e seus derivados ou os alimentos mais alergizantes, assim como ricos em dioxinas (alimentos processados *como fast-food* ...).

- Sentimentos agradáveis, auto-confiança e apoio são importantes para que mais leite seja produzido e a sua ejeção da mama facilitada. Assim, evitar o stress é facilitador da ejeção do leite, evitando-se assim também pequenas dificuldades, como mama ingurgitada e dolorosa. Neste último caso, para que a mama continue a produzir leite, este deve ser removido, manualmente ou com bomba³.

² Consultar “*Manual de Aleitamento Materno*” Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés Edição Revista de 2008.

³ No caso de extracção do leite materno, é importante ensinar a mãe a extrair e conservar o leite. Consultar “*Manual de Aleitamento Materno*” Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Edição Revista de 2008 e Moleiro et al (2004). Aleitamento Materno. In Consensos em neonatologia. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra.

Se a criança é amamentada com leite materno, a diversificação alimentar deve iniciar-se apenas aos 6 meses (WHO, 2000).

Diversificação alimentar

Para o início da introdução de novos alimentos, não são aconselháveis regras fixas, dada a influência de motivações sócio-culturais, económicas e geográficas.

A alimentação complementar não deve iniciar-se antes dos 4-6 meses, nem após os 6-8 meses, pois o período crítico de aprendizagem de habilidades ou competências pode ser ultrapassado, levando ao seu inadequado desenvolvimento.

Para que a alimentação complementar assegure as necessidades nutricionais é necessário que seja introduzida de forma oportuna, ou seja, logo que as necessidades energéticas não sejam satisfeitas apenas com leite, não sendo este, por si só, capaz de satisfazer as necessidades nutricionais. Esta deve também ser inócua, para isso deve ser preparada de forma simples e armazenada em condições de higiene, devendo dar-se atendendo aos sinais de apetite, assegurando-se também um método adequado de alimentação, tal como o uso da colher (WHO, 2001).

Segundo Silva, (2005), os principais critérios devem ser a qualidade nutricional, a digestibilidade e atender à potencialidade alergénica. É recomendado igualmente alimentos de uso local, logo mais acessíveis.

- O alimento com que se inicia a diversificação alimentar é aleatório, podendo depender da disponibilidade local e dos hábitos familiares. A papa de cereais, (sem glúten, se iniciada antes dos seis meses), pelo seu sabor, consistência e qualidades nutricionais, é habitualmente a primeira opção, eventualmente adiada se o bebé apresenta tendência para peso excessivo. Esta pode ser láctea ou não láctea, neste caso preparada com leite (leite materno ou fórmula infantil), (Fernandes, 2009). A papa de cereais é rica em proteínas e minerais (do leite) e hidratos de carbono (dos cereais), logo, é uma fonte importante de energia.

- Após os cereais, deverá iniciar-se a introdução de legumes simples, dos mais claros para os mais verdes (mais ricos em fibra), iniciando com uma base simples e progressivamente adicionando um novo vegetal.

- Cada novo legume deve manter-se em quantidades razoáveis, durante cinco a sete dias para desenvolver tolerância. A estimulação para produção de IgE, perante alimentos alergizantes, parece ser maior se estes forem fornecidos em quantidades pequenas.

- Progressivamente deverá ser iniciada a fruta, a carne magra e branca e só após os nove meses o peixe.

- Adiar para depois do ano, principalmente em famílias atópicas, a introdução de citrinos, ovos, morangos, tomate, leguminosas secas e o peixe.

- A consistência dos alimentos deve passar progressivamente de homogênea para granulosa, depois para partículas mais grosseiras e finalmente para pequenos fragmentos, dando tempo à criança para a familiaridade com os novos sabores e consistências.
 - A criança deve manter 5 a 6 refeições diárias, sendo o número de não lácteas 2 a 3 ao ano de idade. O leite deve manter-se não inferior a meio litro por dia, podendo iniciar-se o iogurte natural antes do leite de vaca, para fortalecer a microflora intestinal. Apesar deste poder ser introduzido após o ano de idade, nas crianças em que o leite continua a ser o alimento principal, é recomendado o uso de “leite de crescimento”, por ser enriquecido com ferro.
 - Durante o primeiro ano, a confecção dos alimentos deve respeitar as recomendações nutricionais: com pouca gordura, de preferência vegetal, tal como o azeite, sem condimentos e sal.
 - Deve ser oferecida água com frequência, principalmente nos meses de verão;
 - O horário das refeições deve ser, sempre que possível, coincidente com os da família, sendo um momento de partilha e interação positiva.

4.2 Alimentação da criança em idade pré-escolar

Após o primeiro ano de vida há uma desaceleração normal (fisiológica) de crescimento, pelo que é habitual uma diminuição de apetite, com desinteresse pela comida e mesmo pelas refeições em si (anorexia fisiológica). Esta situação é habitualmente vivida com preocupação por parte dos pais e é muitas vezes geradora de conflitos e práticas persuasivas contraproducentes (Cordeiro, 2005).

Esta é também uma fase de afirmação e desejo de autonomia por parte da criança, desempenhando a alimentação um papel importante para o treino de novas habilidades e, por vezes, exigências.

Do ponto de vista nutricional, neste período é fundamental procurar obter um equilíbrio entre a energia que a criança consome e a energia que ela gasta, caso contrário haverá acumulação de gordura e consequente aumento de peso, quando esta é fisiologicamente uma fase de desaceleração no crescimento.

Inquéritos nacionais realizados em diversos países, relataram ingestão excessiva de calorias durante a primeira infância, continuando muitas crianças a consumir assustadoramente baixas quantidades de frutas, vegetais e micro nutrientes essenciais, (Black & Hurley, 2007; Rito, 2004). Estes comportamentos têm sido

apontados como responsáveis pelo incremento da obesidade na idade pré-escolar, que, em Portugal, se aproxima dos 30%⁴ (Rito, 2006; Duarte, 2008).

Para manter uma alimentação saudável é importante assegurar:

- Segurança alimentar, tanto em termos de qualidade como de higiene;
- Diversidade para serem asseguradas as necessidades em nutrientes essenciais;
- Variedade de forma a evitar excessos ou défices em determinados nutrientes;
- Manter a proporcionalidade entre os diferentes grupos de alimentos.

Para que as regras sejam cumpridas, os pais, em particular, e, em geral, todos os adultos com que a criança contacta, devem servir de modelos para uma alimentação saudável.

A Plataforma Contra a Obesidade⁵ (DGS, 2009) divulga alguns conselhos para os pais:

- As crianças devem começar o dia com um pequeno-almoço equilibrado, de forma a optimizarem a capacidade cognitiva e facilitarem os processos de aprendizagem. Este deve corresponder a cerca de 25% do valor calórico total diário, contendo um lacticínio, uma porção de fruta e uma de cereais;
- O ideal é uma criança comer cinco vezes por dia com intervalos de cerca de três horas e meia;
- A alimentação diária da criança deve incluir sopa de legumes (ao almoço e ao jantar), vegetais (2 a 3 porções/dia), peixe, carne ou ovos (duas vezes/dia), enquanto fontes construtoras, três a cinco peças de fruta (reguladoras e fonte de vitaminas) e cerca de meio litro de leite ou substitutos; O grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, aveia), massas e tubérculos são importantes fontes de fibra (regulação do trânsito intestinal) e de energia, por isso devem predominar nas refeições da criança em crescimento;
- Incluir leguminosas (feijão, grão, ervilhas), fonte de proteínas vegetais, contribuindo os alimentos de origem animal com uma menor quantidade para a dieta;

⁴ Rito, A. (2006), verificou que no global da sua amostra, 23,6% das crianças tinham peso excessivo, (16,9% excesso de peso e 6,7% obesidade), sendo que nas meninas e nas mais velhas esse valor atingia os 39,4%. Por seu lado Duarte E. (2008), num estudo efectuado entre 2006-2007 na região da Beira Interior, numa amostra de 1111 crianças em idade pré-escolar, verificou no global da amostra uma percentagem de 27,7% de peso excessivo (15,7 excesso de peso e 12% obesidade).

⁵ No site da Plataforma contra a Obesidade, iniciado em 2007, são divulgadas igualmente as necessidades energéticas para crianças e receitas saudáveis. Disponível em: http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165

- O intervalo entre as refeições pode ser preenchido com diferentes tipos de lanches saudáveis, como por exemplo: um iogurte líquido, uma maçã e metade de um pão escuro com queijo ou meia colher de sopa de compota;
- Será ainda importante que, pelo menos, uma das refeições do dia seja tomada em família, mas a televisão não deve ter lugar à mesa;
- Às refeições devem ser estabelecidos limites e regras, mas sem exercer uma pressão excessiva sobre a criança;
- As guloseimas, refrigerantes e batatas fritas devem ser evitados e para isso o melhor é não os ter em casa; incentivar a ingestão de água;
- Estipular um dia por semana para a ingestão de gulodices e para a ida ao “*fast food*”;
- As crianças devem ser introduzidas aos processos de manipulação e confecção alimentar, sendo encorajadas a participar neste processo sempre que possível;
- Reduzir o tempo “não-activo” dispendido com a televisão e jogos de computador (menos de 2 horas/dia) e manter um crescimento e peso corporal entre os limites recomendados, encorajando níveis moderados de actividade física diária;
- Os pais devem participar com os filhos em actividades ao ar livre, incentivando a escolha e a prática de uma actividade desportiva do seu agrado.

5. Conclusão

A alimentação, para além de constituir uma necessidade fundamental do ser humano, é hoje reconhecida como um dos factores do ambiente que mais afecta a saúde dos indivíduos. Nunes e Breda (2001) afirmam que “somos o que comemos” e que é importante saber comer, o que constitui um desafio na actualidade, dado o fácil acesso a alimentos prontos e disponíveis a baixo custo.

Muitos dos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida, pelo que desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância reveste-se de uma dupla importância: por um lado, permite um crescimento e desenvolvimento adequado e, por outro, permite uma aprendizagem baseada na experiência, observação e educação, tornando-se este período da vida numa importante janela de oportunidade.

Entre os factores ambientais que mais interferem no comportamento alimentar da criança, demos destaque à influência do cuidador, em especial das mães, divulgando estudos que evidenciam que, tanto o exemplo dado pelos pais, quanto as atitudes tomadas por eles em relação à alimentação de seus filhos, são determinantes na formação dos hábitos alimentares.

Apesar de ser um acto natural, reconhece-se hoje que o comportamento alimentar é complexo, incluindo determinantes externos e internos à pessoa. Para o profissional de saúde, o entendimento desses factores determinantes possibilita a

elaboração de processos educativos mais efectivos, que permitam obter mudanças mais eficazes no padrão alimentar das crianças, futuros adultos, com benefícios tanto a nível individual, quanto colectivo.

Considerando as co-morbilidades associadas às doenças crónicas não transmissíveis, não apenas na idade adulta, mas já documentadas em idades pediátricas, relacionadas com a alimentação e estilo de vida não saudável, reforça-se a necessidade de intervenção no contexto da promoção da saúde em geral e, em particular, da saúde alimentar da família.

As famílias têm características, dinâmicas e formas de organização diferentes, assim como necessidades, capacidades e expectativas. Como tal, o impacto e os resultados das intervenções vão depender do envolvimento da família, da sua capacidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e controlar o processo de mudança.

Neste âmbito, a equipa de saúde deve ter uma visão global dos comportamentos de saúde da família e ser capaz de planear programas de educação alimentar adequados às suas aspirações, necessidades e dificuldades, colaborando com a família, através de incentivo, protecção e apoio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beauchamp GK, Mennella JA. (1994). A alimentação nas primeiras etapas da vida e o desenvolvimento das preferências pelos sabores. In Nestlé Nutrition Services (Ed.), *A alimentação na infância e suas consequências a longo prazo*, (pp. 27-9). Resumo do 36º Seminário Nestlé Nutrition.
- BLACK, M.M.; Hurley, K.M. (2007). Helping Children Develop Healthy Eating Habits. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. University of Maryland School of Medicine, USA
- BIRCH L.L. (1992). Children's preferences for high fat foods. *Nutrition Review*, 50, 249-55.
- BIRCH L.L.; Fisher JA. (1997). The role of experience in the development of children's eating behavior. In: Capaldi ED, editor. Why we eat what we eat. *The Psychology of Eating*. 2ª ed. Washington: APA, p. 113-41.
- BIRCH L.L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *Journal Nutrition* 128:407-10.
- BIRCH, L.L., Fisher, J.O., Grimm-Thomas, K., Markey, C.N., Sawyer, R., Johnson, S.L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. [versão electrónica]. *Appetite*, 36, 201-210.
- CARMONA DA MOTA, et al. (2002). *Lições de Pediatria*. Hospital Pediátrico de Coimbra, Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra: Serviço de Textos e Reprografia.
- CATTONI, D.M; Andrade, D.R.F; Zackiewicz D.M, Neiva, F.C.B. (2001). Levantamento da consistência do alimento recebido no primeiro ano de vida. *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*; 6:59-64.
- CORDEIRO, M. (2005). Alimentação da criança Pré-escolar e Escolar. In Silva, A.C; Gomes-Pedro, J. (Ed.), *Nutrição Pediátrica, princípios básicos*, (pp. 106-114). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Ministério da Saúde.

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, (2005). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação* / Direcção-Geral da Saúde. 2.ª edição, Lisboa: 48 p. (Orientações Técnicas; 12).
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, (2007). Plataforma Contra a Obesidade. Obesidade Infantil – conselhos para os pais. Acedido a 15 de Maio de 2010, em:
- <http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?ctextoid=194&menuid=198&exmenuid=198>
- DUARTE, E. (2008). Estilos de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar na região da Beira Interior. In Do Carmo, Isabel [et al] (Eds), (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo* (pp. 139-159). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- EUFIC, (2005). The Determinants of Food Choice. *EUFICREVIEW-European Food of Information Council*.
- FAITH, M.S.; Bertwitz, R.I.; Stallings, V.A.; Kerns, J.; Storey, M.; Stunkard, A.J. (2004). Parental Feeding Attitudes and Styles and Child Body Mass Index: Prospective analysis of a gene-environment interaction. [Versão electrónica]. *Pediatrics*, 114 (4), 429-436.
- FERNANDES, A. (2009). Diversificação alimentar. *Centro Pediátrico de Telheiras*.
- GIULIANI, E. R.; Victora, C. G. (2000). Artigo de Revisão: Alimentação complementar. *Journal de Pediatria*, v.76(3): p.253-262
- LEVY, L. Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés Edição Revista de 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002). Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Cadernos de atenção básica*. N.º 11. Brasília.
- NUNES, E.; Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. DGS, Divisão de Promoção e Educação para a Saúde. Lisboa.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (2006). *Especial Crescimento Infantil: OMS estabelece padrão universal de desenvolvimento para as crianças. Notícias e informações sobre saúde*. News.med.br acedido a 10 de Maio de 2010, disponível em: <http://www.news.med.br/p/especial+crescimento+infantil++oms+-1276.html>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006). *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade*. Conferência Ministerial da OMS, sobre a luta contra a obesidade. Istambul, Turquia, 15-17 de Novembro.
- PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE (2009). *Obesidade Infantil. Conselhos para os Pais*. Direcção Geral da Saúde. Acedido a 17 de Maio, 2010, disponível em: http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165
- PLINNEr P, Loewen R. (1997). Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite*; 28,239-54.
- RAMOS, M.; Stein, L.M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria. 76 (Supl.3), S229-S237.
- REGO, C.; Silva, D.; Guerra, A.; Fontoura, M.; Mota, J.; Mais, J.; Fonseca, H.; Matos, M. (2004). *Obesidade Pediátrica: a doença que ainda não teve direito a ser reconhecida*. In 1º Simpósio Português sobre a Obesidade Pediátrica. Grupo de Estudo da Obesidade Pediátrica (GEOP) da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO), p.1-5.
- RITO, A. (2004). *Estado Nutricional de Crianças e Oferta Alimentar do Pré-Escolar do Município de Coimbra*, Portugal 2001: Tese de Doutoramento (n.p).
- RITO, A. (2006). Estado nutricional de crianças e oferta alimentar no pré-escolar do Município de Coimbra. In Do Carmo, I. [et al] (Eds.) (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo* (pp. 113-138), Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- ROZIN P. (1990). Development in the food domain. *Developmental Psychologie* Vol. 26:455-562.
- SULLIVAN S.A, Birch L.L. (1994). Infant dietary experience and acceptance of solid food. *Pediatrics*. 93:271-77
- SILVA, A. (2005) Diversificação alimentar – Porquê, Quando e Como? In Silva, AC; Gomes-Pedro, J. (Ed.), *Nutrição Pediátrica, princípios básicos*, (pp. 98-105). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1990). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Report of a WHO study group. WHO Technical Report Series 797. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000) *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. [versão electrónica]. WHO, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, [versão electrónica].WHO Commission on Macroeconomics and Health, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). *Principios De Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado*. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2009). *Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. WHO, Geneva.