

Guia de Alimentação Infantil

DIRETRIZES DE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA DE 0 A 18 ANOS



Guia de Alimentação Infantil

**DIRETRIZES DE ALIMENTAÇÃO E
ATIVIDADE FÍSICA DE 0 A 18 ANOS**



GUIA PEDIÁTRICA DE ALIMENTAÇÃO

Editora:	Instituto Nacional de Saúde Pública
Grupo de trabalho da adaptação cabo-verdiana:	Edna Duarte Lopes <i>Doutora em Psicologia, Mestre em Psicologia Clínica, Psicóloga - INSP</i> Alzerina Maria Rocha Lima Monteiro <i>Nutricionista - DSP</i> Irina Monteiro Spencer Maia <i>Nutricionista - MSSS</i> Miriam Livramento <i>Nutricionista e Dietista - ERIS</i> Dulcineia Elisa Lima Rodrigues Trigueiros <i>Nutricionista - MSSS</i> Alice Rodrigues Correia <i>Engenheira Alimentar e Mestre em Ciências do Consumo Alimentar - ERIS</i> Lenira de Jesus Bento Monteiro <i>Nutricionista - FICASE</i> Fernanda Maria Gomes Azancoth <i>Mestre em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar, Nutricionista - HAN</i> Maria Francisca Alvarenga Varela <i>Mestre em Psicologia Clínica e Patológica: Políticas e Serviços de Saúde Mental - HAN</i> Maria Adelaide Correia da Silva <i>Médica Pediatra - DSP</i> Isandro Paulo Varela Gonçalves <i>Licenciado em Nutrição - HAN</i>
Colaboradores:	Vandira Sofia Ferreira Lopes: <i>Licenciada em Relações Públicas e Secretariado Executivo - INSP</i> Catarina Varela Monteiro da Veiga: <i>Licenciada em Jornalismo e Comunicação, Mestre em Saúde Pública e Comunitária - INSP</i> Vandisa Isabel Rodrigues Furtado: <i>Licenciada em Contabilidade e Administração, Pós-graduada em Gestão de Empresas - INSP</i> Eleonora Helena Baptista de Sousa: <i>Licenciada em Ciências de Educação e Práticas educativas, Pós-graduada em Educação Especial - ME</i> Maria de Fátima Albuquerque Mestre: <i>Enfermeira - INSP</i>
Coordenadora:	Edna Duarte Lopes, PhD <i>Doutora em Psicologia, Mestre em Psicologia Clínica, Psicóloga - INSP</i>
Design:	Adnilson Medina <i>Designer - INSP</i>
Impressão:	IMPRIMA - Artes Gráficas S.A
Projecto:	PERVEMAC II
Ano de Edição:	2021

Autores da Versão Espanhola:

Edita:	Sociedades Canarias de Pediatría <i>Dirección General de Salud Pública del Servicio de Canario de la Salud</i>
Autoras:	Elisa M ^a Barrios Ganzález <i>Médico Especialista em Pediatría e Puericultura</i> Maria José García Mérida <i>Médico Especialista em Pediatría e Puericultura</i> Mercedes Murray Hurtado <i>Médico Especialista em Pediatría e Puericultura</i> Mónica Ruiz Pons <i>Médico Especialista em Pediatría e Puericultura. Nutrición Pediátrica</i> Catalina Santana Vega <i>Médico Especialista em Pediatría</i> M ^a Eloisa Suárez Hernández <i>Médico Especialista em Pediatría</i>
Colaboradores:	Honorio Harmas Ramos <i>Médico Especialista em Pediatría e puericultura. Gastroenterología Pediátrica</i> Ángeles Cansino Campuzano <i>Médico Especialista em Pediatría</i> Luis Peña Quintana <i>Médico Especialista em Pediatría e puericultura. Gastroenterología Pediátrica</i> Valentín Ruiz <i>Médico Especialista em Pediatría</i>
Coordinadores:	Alberto Armas Navarro <i>Médico Especialista em Medicina Preventiva y Salud Pública. Médico Puericultor</i> Rosa Gloria Suárez López de Vergara <i>Médico Especialista em Pediatría</i>
Diseño e Impresión:	SOFPRINT, S.L. www.sofprint.com

Dep. Legal: TF-702/2011

I.S.B.N.: 978-84-694-4195-4

**Proyecto subvencionado por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
Integrado en la estrategia de prevención de la obesidad infantil de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.**

Ministério da Saúde

- Dr. Arlindo Nascimento do Rosário

Instituto Nacional de Saúde Pública

Conselho de Administração:

- Dra. Maria da Luz Lima Mendonça (Presidente)
- Dr. Júlio Monteiro Rodrigues (Administrador Executivo)
- Doutora Edna Duarte Lopes (Administradora não Executiva)

Cabo Verde tem conseguido progressivos ganhos em matéria de segurança alimentar e nutricional, que se traduzem na diminuição do atraso de crescimento, mas também na redução da prevalência da anemia, na diminuição da mortalidade infantil, e na prevalência de doenças transmitidas através da água e alimentos contaminados, ao longo dos anos.

Os dados do inquérito nacional sobre a vulnerabilidade alimentar e nutricional das famílias, realizado em 2018, interpela a todos para a necessidade do reforço de sistemas alimentares sustentáveis e dietas saudáveis, na institucionalização da educação alimentar e nutricional como motor da promoção da saúde e no combate ao triplo fardo da má nutrição.

Esta edição do Guia de Alimentação Infantil, na continuidade da edição espanhola do Guía Pediátrica de la Alimentación: Pautas de alimentación y actividad física de 0 a 18 años, traduz duas finalidades muito específicas: fornecer aos técnicos de saúde, técnicos de educação e famílias cabo-verdianas o conhecimento atualizado acerca da alimentação infantil, e proporcionar aos técnicos de saúde um texto útil para a sua prática clínica e de investigação.

A fidelidade ao texto original é garantida pela qualidade da equipa de tradução e pelo conhecimento e experiência profissional da equipa de adaptação. Para garantir a fiabilidade do conteúdo, constituiu-se uma equipa pluridisciplinar de técnicos altamente qualificados na matéria tanto do ponto de vista académico como de prática clínica, que trabalharam individualmente e em conjunto em várias e extensas reuniões de trabalho.

Esperamos que os leitores e utilizadores desta versão do Guia de Alimentação Infantil possam dela retirar alguns ensinamentos teóricos e empíricos que apoiem a sua intervenção no âmbito da alimentação infantil.

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário
O Ministro da Saúde

Índice

Índice

Introdução	13	3. EXERCÍCIO FÍSICO	51
Os Alimentos	19	4. PROBLEMAS MAIS FREQUENTES	52
Valor Nutricional e Benefícios para a Saúde.....	21	Influência da televisão	52
1. INTRODUÇÃO	21	Ingestão de calorias em excesso	52
2. NUTRIENTES.....	22	Ingestão desproporcionada de proteínas	53
I. As proteínas	22	Consumo excessivo de gorduras, especialmente as de origem animal.....	53
II. Os hidratos de carbono	23	Consumo excessivo de açúcares	53
III. A fibra dietética.....	23	Consumo excessivo de sal.....	53
IV. Gorduras ou lípidos	24	Consumo insuficiente de fibra	53
V. As vitaminas	25	Dieta pouco variada com alimentos sempre triturados.....	53
VI. Os minerais	25		
3. CONCLUSÃO	26		
		Alimentação entre 4 e 8 anos de vida	57
Alimentação no primeiro ano de vida	27	1. INTRODUÇÃO	59
BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO.....	30	2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS	60
TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO (Posição/Pega	31	Proporções e tipos de alimentos ao longo do dia	62
e Sucção)	31	3. EXERCÍCIO FÍSICO	66
FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO.....	32	Como estimular a criança para que se mantenha ativa?	67
OUTROS ASPETOS IMPORTANTES.....	32	Quais as atividades apropriadas para estas idades?	67
EXTRAÇÃO DO LEITE MATERNO	33	4. PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NESTA ETAPA DA VIDA.....	68
CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO EXTRAÍDO	33	Avós, avôs e outros cuidadores	68
Tempo de armazenamento	33	Aversão a legumes	68
Tipos de recipientes	33	Neofobia	68
Limpeza dos recipientes.....	34	O que se pode fazer nestes casos?.....	69
Como descongelar e aquecer o leite extraído.....	34		
PROBLEMAS FREQUENTES DURANTE A AMAMENTAÇÃO	35	Alimentação entre 9 e os 13 anos	71
A mãe produz pouco leite	35	1. INTRODUÇÃO	73
O bebé aumenta pouco de peso.....	35	2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS.....	74
Mamilo plano e invertido.....	36	3. ATIVIDADE FÍSICA	76
Rejeição da mama.....	37	4. PROBLEMAS MAIS FREQUENTES	76
Lácteos.....	40		
Cereais	40		
Vegetais.....	41	Alimentação entre os 14 e 18 anos	79
Frutas	41	1. INTRODUÇÃO	81
Proteínas animais.....	42	Maior independência e capacidade de decisão.....	82
Sal, açúcar e mel	42	Maior preocupação com o aspeto físico e a integração no seu grupo social....	83
Água	42	2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS NESTA FAIXA E GRUPO ETÁRIA	84
		3. ATIVIDADE FÍSICA	85
		4. PROBLEMAS MAIS FREQUENTES	86
		Obesidade	86
		Distúrbios do comportamento alimentar	86
		“Diets milagrosas”	86
		Atividade física reduzida	87
Alimentação entre 1 e 3 anos de vida	45		
1. INTRODUÇÃO	47		
2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS	48		
Apresentação e texturas	48		
Características dos diversos alimentos nesta fase	49		

A Obesidade	89
1. O QUE É A OBESIDADE?	91
2. CAUSAS DA OBESIDADE	91
3. EXCESSO DE PESO	92
Frequência	92
Influência na saúde	92
4. COMO SE CALCULA O EXCESSO DE GORDURA CORPORAL?	93
5. TRATAMENTO DA OBESIDADE DURANTE A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	95
Quando tratar o excesso peso?	95
Porque tratar o sobrepeso?	95
6. MITOS E IDEIAS ERRADAS	96

Perturbações Alimentares	99
1. DEFINIÇÃO	101
2. CAUSAS DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES	102
3. TIPOS DE PERTURBAÇÕES ALIMENTARES	103
Anorexia Nervosa	103
Bulimia Nervosa	104
PERTURBAÇÃO DE COMPULSÃO ALIMENTAR	106
Prevalência	106
Sintomas	107
PICA	107
Causas do comportamento PICA	108
Consequências da PICA	108
MERICISMO	108
Características associadas	109
Prevalência	109
Evolução	109
OUTRAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES	109
4. COMO PREVENIR AS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES	110

Dietas Vegetarianas	113
1. O QUE É UMA DIETA VEGETARIANA?	115
2. TIPOS DE DIETAS VEGETARIANAS	116
3. RISCOS E BENEFÍCIOS DAS DIETAS VEGETARIANAS	117
4. DIETAS VEGETARIANAS NAS DIFERENTES ETAPAS DA VIDA	119
Grávidas e mães que amamentam	119
Primeiro ano de vida	119
Período de 1 a 3 anos	122

Anexo	125
--------------------	------------

Introdução



Introdução

A Alimentação e a Nutrição constituem Direitos Humanos Fundamentais consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e são requisitos básicos para a proteção e a promoção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania (MS, 2015).

Uma alimentação diversificada e equilibrada constitui um dos alicerces de um desenvolvimento dentro dos parâmetros da normalidade e, conseqüentemente de uma vida saudável.

A família é um importante determinante na formação dos hábitos alimentares. Entretanto, não se pode deixar de mencionar outros fatores como a escola, a rede social, as condições socioeconômicas e culturais que embora sejam potencialmente modificáveis, também influenciam o processo de construção dos hábitos alimentares da criança e, conseqüentemente, do indivíduo adulto (Rossi et al, 2008).

A nível mundial, 84% dos países enfrentam um quadro múltiplo da má nutrição no seio das suas populações. Segundo a ONU, a fome está em ascensão, afetando cerca de 11% da população, 155 milhões de crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crônica e 55 milhões de desnutrição aguda. Segundo a UNICEF (2019), pelo menos uma em cada três crianças com menos de cinco anos, mais de 200 milhões em todo o mundo, está desnutrida ou com sobrepeso.

O perfil nutricional das crianças em Cabo Verde caracteriza-se pelo triplo fardo da malnutrição: a desnutrição, a obesidade e a carência em micronutrientes.

O inquérito IDRF efetuado pelo Instituto Nacional de Estatística em 2015 (MS, 2015) revelou a existência de um quadro múltiplo da malnutrição, nomeadamente em crianças menores de 12 anos (5,2% desnutrição e 6,5% obesidade), e em adolescentes de 12 a 17 anos (9,7% desnutrição e 1,7% obesidade).

Dados mais recentes (MAA, 2018), apontam que 11,0% das crianças menores de cinco anos apresentam desnutrição crónica; 4,4% desnutrição aguda; 5,0% insuficiência

ponderal; e 6,0% pré obesidade.

Esses dados revelam uma fraca severidade em termos de desnutrição, contudo o risco de excesso de peso e de pré-obesidade começam a ganhar proporções maiores, sobretudo, em crianças menores de cinco anos.



Relativamente à carência em micronutrientes, a anemia por deficiência de ferro é a carência nutricional mais prevalente, atingindo 43% das crianças cabo-verdianas menores de cinco anos, sendo considerada um grave problema de saúde pública pela OMS (INE & MSSS, 2018).

De notar que, a anemia nos primeiros anos de vida “1000 dias a partir da gravidez até 24 meses”, a chamada “janela de oportunidade” está associada ao atraso de desenvolvimento mental e físico, e aumento da morbidade e mortalidade, prolongando o ciclo da desnutrição e da pobreza. Pode levar a um atraso de crescimento, dificuldades de aprendizagem, baixa imunidade, aumento de infeções, e deficiências em vitaminas e outros minerais.



Nesse contexto, a alimentação durante a infância, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, pode também representar um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta (Rossi et al, 2008).

Verifica-se em Cabo Verde uma transição alimentar, com um crescente consumo de alimentos processados e hipercalóricos, contendo quantidades excessivas de sódio, açúcar, gordura saturada e as ditas gorduras trans, e um baixo consumo de frutas, verduras e leguminosas. Sabe-se que as dietas pobres são atualmente a principal causa de doenças no mundo, derivado do consumo excessivo desses alimentos (Steel, 2017; Hay, 2017). Com a transição alimentar, percebe-se que a desnutrição vem dando lugar ao sobrepeso e à obesidade, mantendo-se ainda as carências nutricionais, ainda que em menor escala, sendo as crianças a população mais afetada.

Um dos problemas mais importantes da obesidade na infância e na adolescência é o risco de perpetuação na vida adulta, com uma carga de doença associada muito importante. Algumas dessas comorbidades (doenças associadas) são perceptíveis, como as psicossociais ou ortopédicas, mas outras permanecem ocultas e passam despercebidas, aumentando assim o risco de outras doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, hipertensão, resistência à insulina, diabetes, câncer, osteoporose), e perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia).

A deficiente literacia em termos de educação alimentar, pode levar a comportamentos e hábitos não assertivos que, em matéria de memória afetiva

como é a alimentação, pode resultar num círculo vicioso prejudicial para a saúde e o bem-estar. Educar e orientar a população com critérios de equidade de forma assertiva deve constituir uma das primeiras responsabilidades de qualquer sociedade.

Com este guia pretende-se facultar aos responsáveis pela alimentação e saúde durante a infância e adolescência, conhecimentos científicos atuais e recomendações sobre alimentação e nutrição que os ajudem a preparar uma alimentação variada, equilibrada e saborosa, tornando a alimentação não só uma necessidade, mas um prazer.

O presente guia incluiu nove capítulos que, fazemos votos, se traduzam em conhecimento, mas sobretudo em comportamentos assertivos face à alimentação, para o bem das crianças e adolescentes e, conseqüentemente, da sociedade cabo-verdiana.



Os Alimentos



Os Alimentos

Valor Nutricional e Benefícios para a Saúde

1. INTRODUÇÃO

Uma alimentação correta e adequada, para além de fornecer energia e os nutrientes necessários para a manutenção da saúde, deve também visar a melhoria da qualidade de vida.

Portanto, quando se fala em alimentação saudável, considera-se que esta deve:

- Proporcionar uma sensação de bem-estar, já que o ato de comer tem implícitos aspetos culturais e sociais que vão para além do ato de alimentar.
- Aumentar a eficácia do nosso organismo, fornecendo nutrientes necessários para a sua formação, crescimento e reparação, bem como regular os processos metabólicos.
- Reduzir o risco de doenças, uma vez que, para além de satisfazer as necessidades nutricionais, pode contribuir com nutrientes que têm efeitos positivos na prevenção e tratamento de doenças.

2. NUTRIENTES

Os nutrientes são substâncias encontradas nos alimentos, necessários para o funcionamento adequado do organismo e para a manutenção da saúde. Alguns nutrientes não podem ser produzidos pelo organismo, devendo ser fornecidos através da alimentação (alguns aminoácidos, vitaminas, etc.).

- **Os hidratos de carbono, as gorduras e as proteínas** fornecem a energia de que o organismo necessita para a manutenção das funções vitais, crescimento e atividade física. Para além disso, fazem parte da estrutura das células, dos órgãos e tecidos.

- **As vitaminas e minerais** são necessários para controlar o metabolismo, dado o seu papel regulador em várias funções do corpo.

Os nutrientes possuem:

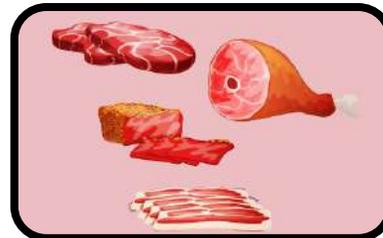
- Funções energéticas: lipídios ou gorduras, hidratos de carbono e, em menor grau, proteínas.
- Funções estruturais: proteínas, lipídios, minerais e água.
- Funções regulatórias: vitaminas e minerais.

I. As proteínas

As proteínas são constituídas por aminoácidos essenciais e não essenciais, sendo que alguns não são produzidos pelo organismo e, por isso, devem ser fornecidos diariamente através da alimentação.

Portanto, uma alimentação equilibrada deve ter:

- proteínas de origem animal ou alto valor biológico (assim chamadas porque contêm todos os aminoácidos essenciais).
- proteínas de origem vegetal: leguminosas, cereais e nozes. Para aumentar o valor biológico destas proteínas podem combinar-se leguminosas com cereais no mesmo alimento, já que os seus aminoácidos se complementam.



II. Os hidratos de carbono

A sua principal função é ser uma fonte de energia, pois são o principal combustível das células do organismo. Subdividem-se em:

- **Hidratos de carbono simples:** são digeridos e absorvidos rapidamente, aumentando rapidamente o nível de açúcar no sangue. Encontram-se nos doces, salgados, açúcar, bebidas açucaradas, sumos, nozes e derivados.



- **Hidratos de carbono complexos:** exigem mais tempo para serem digeridos, de modo que a sua absorção e passagem para o sangue ocorrem de forma mais lenta e gradual. Encontram-se nas leguminosas, tubérculos, pão, arroz, macarrão, cereais e, em menor escala, nos vegetais.



III. A fibra dietética

São constituídas por solúveis e insolúveis. A fibra dietética não é absorvida pelo nosso organismo.

As suas principais funções no organismo são:

- Causar uma sensação de saciedade.
- Diminuir a absorção do colesterol e de glicose.
- Estimular e regular a função intestinal.
- Diminuir a absorção de substâncias tóxicas.

Os alimentos mais ricos em fibras são as leguminosas, os cereais e os produtos integrais, fruta sem casca e legumes.



IV. Gorduras ou lípidos

São nutrientes essenciais, dada a sua contribuição em termos de energia, de ácidos gordos essenciais (que o corpo não pode produzir) e de vitaminas. As gorduras alimentares são constituídas, maioritariamente, por triglicerídeos e, em menor escala, por outras gorduras complexas, como o colesterol, etc.

- Os triglicerídeos são, por sua vez, constituídos por ácidos gordos:

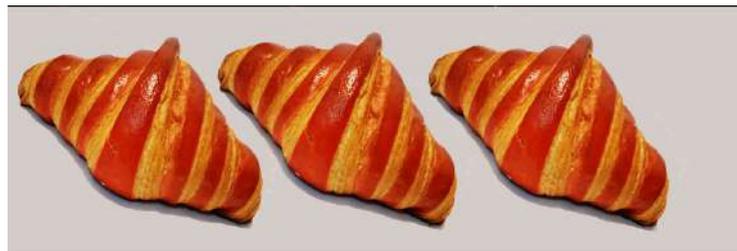
Os ácidos gordos saturados encontram-se nas gorduras animais e nas gorduras de coco e palma, usadas frequentemente na panificação industrial. Aumentam os níveis de colesterol LDL (“mau” para a saúde) no sangue, e o seu excesso é prejudicial para o corpo.

- Os ácidos gordos monoinsaturados encontram-se no azeite de oliva e aumentam o colesterol HDL, o “bom” para a saúde.

Os ácidos gordos polissaturados encontram-se nos peixes gordos e nos óleos ou gorduras de animais marinhos (ómega 3) e nos óleos de sementes, como o girassol, milho e soja (ómega 6).

- Os ácidos gordos encontram-se nas margarinas e nas gorduras hidrogenadas utilizadas para a produção de doces, massas industriais e batatas fritas. Aumentam o colesterol LDL e os triglicerídeos e diminuem o colesterol HDL (o colesterol “bom”).

O colesterol encontra-se na gordura de origem animal: gema de ovo, leite, vísceras, frutos do mar, etc. O consumo desta gordura aumenta a taxa de colesterol total no sangue e o colesterol LDL (o “mau”), pelo que o seu consumo deve ser limitado.



V. As vitaminas

As vitaminas têm funções reguladoras importantes em numerosos processos do organismo.

- As vitaminas hidrossolúveis encontram-se nos alimentos vegetais, com exceção da B12, que se encontra apenas em alimentos de origem animal.



- Os alimentos gordos são, geralmente, uma boa fonte de vitaminas lipossolúveis.



Uma alimentação variada e equilibrada satisfaz, geralmente, as ingestões dietéticas de referência estabelecidas para as diferentes fases da vida.

VI. Os minerais

Os minerais classificam-se de acordo com as necessidades do organismo:

- Macrominerais: cálcio, fósforo, magnésio, sódio, potássio, cloro e enxofre.
- Microminerais: ferro, zinco, iodo, etc.

Os minerais participam nas diferentes funções de regulação metabólica: regulação do equilíbrio hídrico, da função nervosa, manutenção da pressão osmótica, e constituintes das enzimas.

Além disso, alguns minerais desempenham um papel importante na formação e manutenção dos ossos e dos dentes.

Os legumes e as nozes são boas fontes de minerais. Uma dieta variada e equilibrada deve fornecer as necessidades diárias de minerais.



3. CONCLUSÃO

Não há alimento que tenha todos os nutrientes de que o organismo necessita, exceto o leite materno nos primeiros meses de vida.

Não existem alimentos bons e maus por si só, mas há alimentos cujo consumo recomendado é mais ou menos frequente ou esporádico.

Dependendo do seu valor nutricional, os grupos alimentares são classificados como energéticos, estruturais e reguladores.

Para cobrir as necessidades nutricionais é necessário ingerir alimentos de todos os grupos e nas proporções adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério de Saúde. *Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, 2015–2020 (PNAN), 2015*
2. Instituto Nacional de Estatística. *Estado Nutricional da População Cabo-Verdiana - Avaliação Antropométrica. Inquérito às Despesas e Receitas Familiares (IDRF) 2015*
3. Ministério da Agricultura e Ambiente. *Inquérito Nacional sobre a Vulnerabilidade Alimentar e Nutricional das Famílias (INVANF) 2018*
4. Instituto Nacional de Estatística e Ministério da Saúde e da Segurança Social. *Terceiro Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR III) 2018*
5. Rossi et al, 2008
6. Steel, N. (2017). *Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet, 390(10100), 1151-1210*
7. Hay, S. I. (2017). *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet, 390: 1211–5*
8. UNICEF. *Relatório da “Situação Mundial da Infância 2019: Crianças, alimentação e nutrição”, 2020*

Alimentação no primeiro ano de vida



Alimentação no primeiro ano de vida

1. ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é o alimento ideal para o bebê nos primeiros 6 meses de vida; os seus múltiplos benefícios estão cientificamente comprovados, assim como os riscos da alimentação com leite artificial.

A amamentação deve iniciar na sala de parto, favorecendo a produção de leite e fortalecendo o vínculo mãe-filho.

Excetuando-se alguns casos isolados, toda a mãe está preparada para produzir leite em quantidade e qualidade suficiente para alimentar o seu bebê. Não hesite em procurar aconselhamento e apoio nos serviços de saúde (Centro de Saúde, Maternidade, Banco de Leite Humano-BLH, Posto de Colheita de Leite Humano-PCLH) durante a gravidez e amamentação.

BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Para o bebê:

- Fornece todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável durante os primeiros 6 meses de vida.
- Facilita a digestão.
- Protege contra doenças diarreicas e outras infeções, doenças crónicas como alergia, asma e diabetes.
- Favorece o desenvolvimento físico e intelectual.
- Ajuda no desenvolvimento do rosto da criança, a ter dentes bonitos, a desenvolver a fala e a ter uma boa respiração.
- Reforça o vínculo entre a mãe e filho.

Para a mãe:

- Diminui o sangramento ajudando a prevenir o risco de hemorragia e de anemia pós-parto.
- Ajuda o útero a recuperar o seu tamanho normal.
- Ajuda na diminuição do peso ganho durante a gravidez.
- Ajuda a prevenir os cancros da mama e do ovário, a hipertensão, depressão e osteoporose pós-parto.
- Ajuda a reduzir os riscos de uma nova gravidez, quando a amamentação é correta e frequente (sempre que a criança quiser – no mínimo 8 vezes em 24 horas).
- Ajuda a prevenir o ingurgitamento e abscessos mamários.
- É um alimento pronto para ser utilizado, em qualquer lugar, a qualquer hora, sempre na quantidade e temperatura certas.

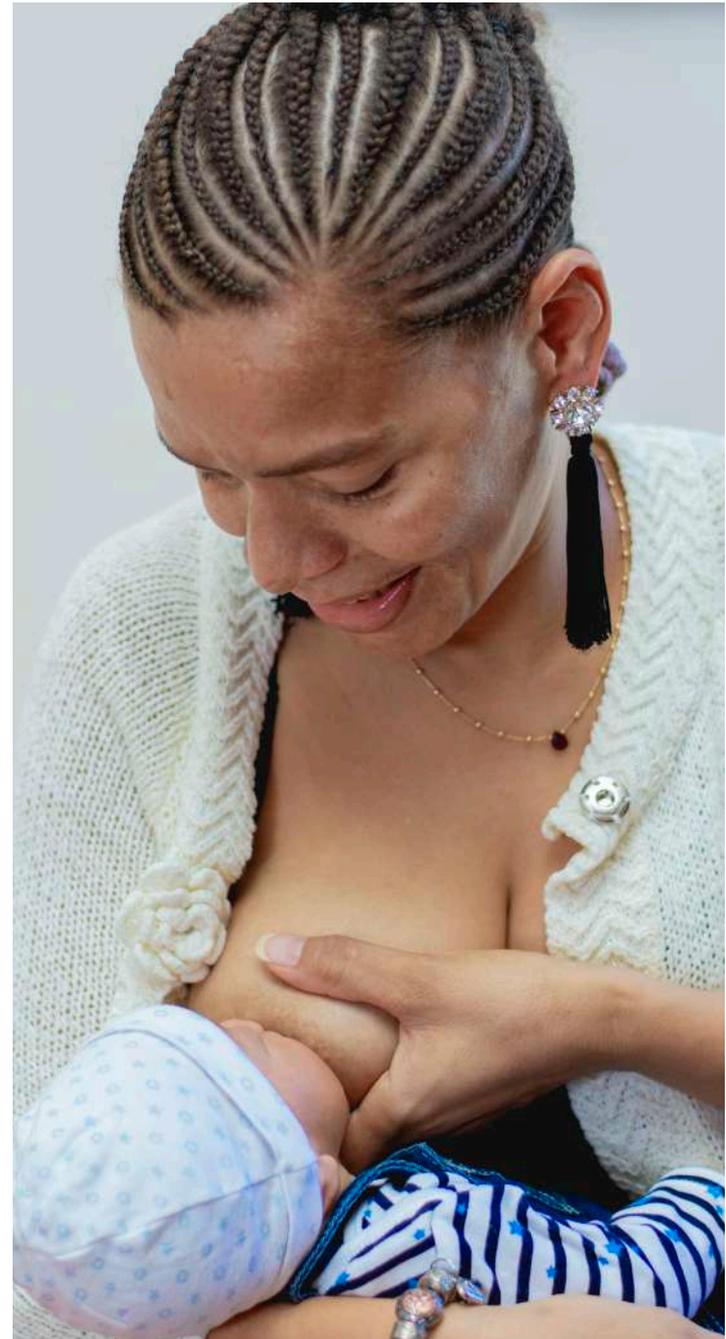


TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO (Posição/Pega e Sucção)

O posicionamento mãe/bebé e a pega do bebé de forma correta são passos essenciais para uma amamentação bem-sucedida e duradoura.

Existem várias posições possíveis da mãe e do bebé (deitados, sentados, etc.), mas todas têm alguns pontos em comum:

- Ambos devem estar numa posição confortável, num ambiente calmo e agradável.
- O corpo da mãe e do bebé devem estar juntos, “barriga com barriga”.
- A cabeça e o corpo do bebé devem estar alinhados, com o rosto a olhar diretamente para a mama e com o nariz no nível do mamilo.
- A cabeça e o ombro do bebé devem estar apoiados (assim como o corpo no caso de recém-nascidos).
- Estimular suavemente a boca do bebé (tocando a boca do bebé com o mamilo) para que a abra, e esperar que esteja com a boca bem aberta (como se fosse bocejar), e quando isso suceder, aproximar delicadamente a sua cabeça ao seio.
- A boca do bebé deve estar bem aberta, com o lábio inferior projetado para fora, o queixo tocando o seio.
- A aréola deve estar mais visível acima do que abaixo da boca do bebé.
- As bochechas devem estar cheias, com sons de sucção lenta, profunda e com pausa, e sons do bebé engolindo o leite.
- O bebé solta a mama quando termina. Entretanto, quando soltar uma mama, pode oferecer a outra, embora haja bebés que ficam saciados apenas com a toma de uma das mamas, não pegando na outra até à próxima toma.





FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação deve ser guiada pelo bebê, isto é, a frequência e a duração das mamadas são determinadas pelas necessidades e pelos sinais do bebê (aumenta os movimentos dos olhos, abre a boca, estica a língua e vira a cabeça para procurar a mama, faz sons suaves de gemido, chupa as mãozinhas ou outro objeto que toca a boca). Não espere que o bebê chore, pois está exibindo sinais tardios da fome que podem dificultar a pega da mama). Alguns bebês mamam durante curtos períodos, em intervalos frequentes. Outros bebês mamam por um longo período e esperam algumas horas até mamarem novamente. Os bebês podem alterar seu padrão de alimentação de um dia para o outro ou até no mesmo dia.

A duração da ingestão é variável, o bebê deve poder amamentar-se o tempo que ele quiser; se o bebê adormecer ao mamar ou parecer que já não está amamentando, deve ser retirado com cuidado, com ajuda do dedo mindinho, para evitar feridas no mamilo e o surgimento de estrias.

OUTROS ASPETOS IMPORTANTES

Deve-se evitar o uso de bicos artificiais, biberões, chuchas, de modo a não causar confusão ao bebê quanto à maneira de sugar a mãe, podendo levar à sua recusa.

Recomenda-se que o leite materno seja o único alimento do bebê nos primeiros 6 meses de vida. É aconselhável, ainda, que seja o alimento principal, juntamente com uma alimentação complementar saudável, durante o primeiro ano. É mesmo, aconselhável mantê-lo durante os primeiros dois anos de vida ou mais.





EXTRAÇÃO DO LEITE MATERNO

A extração do leite materno está indicada para aliviar as mamas muito cheias, manter a produção do leite, guardar leite para oferecer ao bebê na ausência da mãe e, também, para doar a um Banco de Leite Humano (BLH) ou e Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH) em casos de excesso de produção de leite.

O leite pode ser extraído com as mãos (extração manual) ou com o auxílio de uma bomba própria.

Técnica para extração do leite

- Faça a sua higiene pessoal antes de extrair o leite.
- Massageie as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da parte escura (aréola).
- Coloque o dedo polegar acima da linha onde termina a aréola e os dedos indicador e médio abaixo da aréola. Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo e despreze as primeiras gotas.
- Aproxime a ponta do polegar com a ponta dos outros dedos, apertando e soltando muitas vezes para o leite sair. Recolha o leite da mama em um frasco limpo.

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO EXTRAÍDO

Tempo de armazenamento

- Temperatura ambiente: 2 horas
- Refrigerado (no frigorífico): até 12 horas
- Congelado: até 15 dias.

Tipos de recipientes

O leite materno extraído deve ser sempre armazenado em recipientes destinados ao uso alimentar. Os melhores recipientes para congelamento são os de vidro com tampas de plástico (frascos de café, maionese, creme de mancarra, etc., que oferecem a melhor proteção. Outra opção são os sacos de plástico especialmente comercializados para armazenar o leite materno.



Limpeza dos recipientes

- Devem ser lavados com água e detergente de lavar a loiça, enxaguar bem.
- De seguida o frasco e a tampa devem ser colocados numa panela cobrindo-os com água e deixar ferver por 15 minutos, contando o tempo a partir da fervura.
- Escorrer o frasco e a tampa de boca virada para baixo, sobre um pano limpo até secar.
- Fechar o frasco sem tocar na sua parte interna nem no interior da tampa.



Como descongelar e aquecer o leite extraído

Existem várias alternativas quanto ao modo de descongelar o leite: idealmente, deve ser feito lentamente deixando-o no frigorífico (na primeira prateleira), o que exigirá várias horas, mas pode-se, também, colocar o recipiente imerso em água à temperatura ambiente ou imerso em água quente, caso não tenha tempo. No entanto, não é adequado descongelar no micro-ondas ou diretamente no lume. Uma vez descongelado, o leite só pode ser armazenado até 12 horas no frigorífico.



PROBLEMAS FREQUENTES DURANTE A AMA- MENTAÇÃO

A mãe produz pouco leite

Regra geral, todas as mães produzem a quantidade exata de leite que os seus bebés precisam. Só excepcionalmente é que uma mãe não produz o leite suficiente para alimentar o recém-nascido. Quando uma mãe relata que tem pouco leite, várias coisas podem estar a acontecer:

- **A posição do bebé e a pega não estão corretas** e, por isso, os seios não são bem esvaziados, podendo diminuir a produção de leite que o bebé precisa. Neste caso, geralmente há dor ao amamentar ou rachaduras. É importante rever a secção sobre a posição correta ou entrar em contacto com os profissionais de saúde para ajudá-la a corrigir a posição (BLH, PCLH, Centro de Saúde ou um grupo de apoio para amamentação).

- **Há leite suficiente, mas parece que os seios estão “vazios”**: isso acontece, geralmente, depois dos primeiros meses de amamentação, quando o aumento do leite não se nota tão facilmente. Se o bebé está calmo, cresce bem, molha 6 ou mais fraldas em 24 horas com urina clara e evacua, ele está recebendo leite suficiente.

O bebé aumenta pouco de peso

A preocupação com o peso do bebé é muito frequente entre as mães que amamentam, embora na maioria dos casos não existam problemas. Tenha em conta que:

- A avaliação do crescimento de um bebé faz-se através de gráficos específicos da Organização Mundial da Saúde

(OMS).

- O aumento progressivo adequado de peso e altura é mais importante do que o peso num determinado momento. Os ganhos aproximados durante o primeiro ano de vida são:

- 0-6 semanas: 20 g/dia
- menos de 4 meses: 100-200 g/semana
- 4-6 meses: 80-150 g/semana
- 6-12 meses: 40-80 g/semana

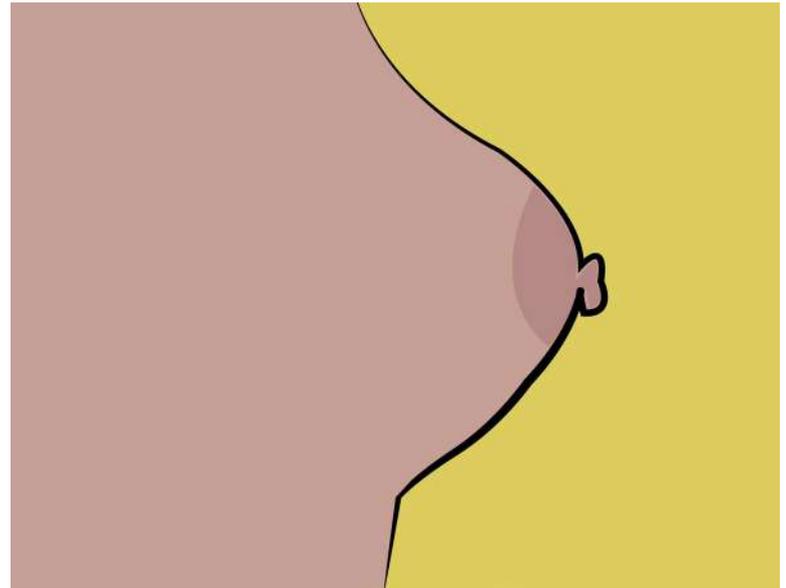
- O crescimento deve ser controlado na secção infantil dos Centros de Saúde.



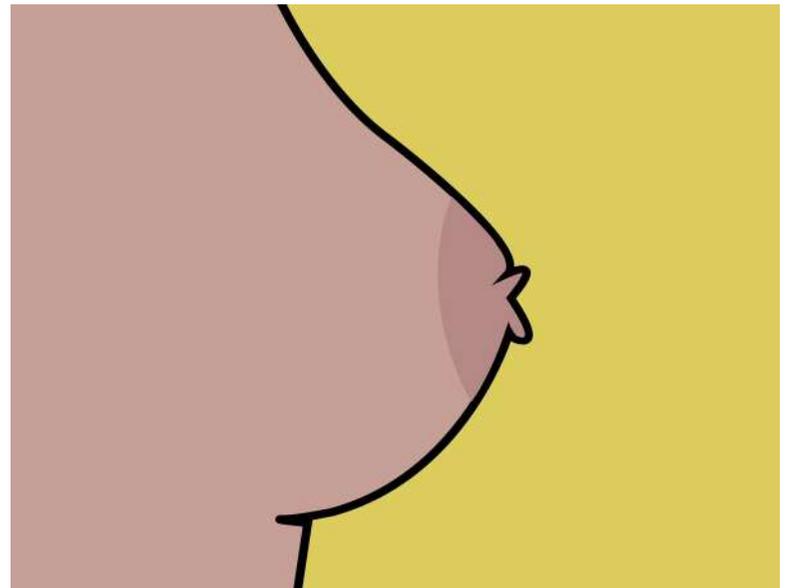
Mamilo plano e invertido

O tipo do mamilo não costuma representar um problema para a amamentação, pois os bebês pegam a mama, e não o mamilo. A maioria dos casos de mamilos plano e invertido é resolvida quando o bebê começa a mamar, embora seja necessário um pouco de ajuda nos primeiros dias para uma boa pega.

Em caso de dificuldade em amamentar, consulte os profissionais de saúde no Banco de Leite Humano, Pediatria do Hospital, Centro de Saúde ou procure um grupo de apoio para amamentação.



Mamilo plano



Mamilo invertido

Rejeição da mama

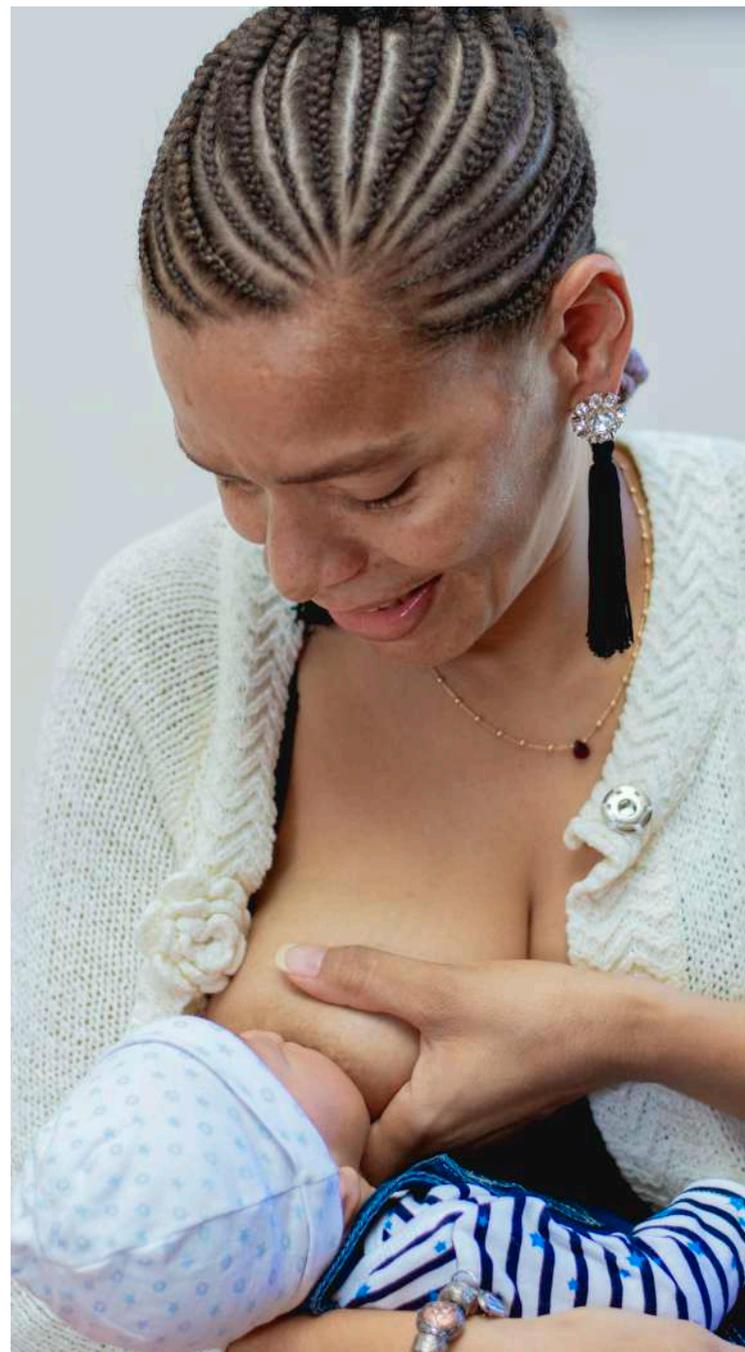
A rejeição de uma mama, pode dever-se ao facto de o bebé estar numa posição inadequada, ter dificuldade em segurar a mama, ter algum desconforto (otite, fratura da clavícula...) ou, simplesmente, preferir uma mama à outra. Uma vez que doenças e desconforto tenham sido descartados ou a posição corrigida, se o problema persistir, o bebé pode continuar a alimentar-se apenas numa mama.

A rejeição de ambas as mamas pode ocorrer porque o bebé está doente ou devido a uma mudança que o incomodou e que pode ter passado despercebida:

- Mudança de sabão ou desodorante da mãe.
- Tensão materna.
- Reação violenta da mãe a uma mordida.
- Deixá-lo chorar repetidamente antes de oferecer o peito.
- Uma separação prolongada.

Em qualquer dos casos é preciso ter um pouco de paciência. Uma vez descartadas as doenças, pode ser útil:

- Assegurar um ambiente tranquilo durante as tomas, tentando posições diferentes para encontrar uma posição confortável para ambos.
- Mimar o bebé, estar perto do bebé, tranquilizando-o antes de mamar. Espremer um pouco de leite do mamilo para encorajá-lo a agarrá-lo.
- Extrair o leite e oferecê-lo com um copo ou colher (garrafas e bicos podem piorar a situação).
- Não tenter retirar o bebé com fome.
- Se a causa foi uma mordida, evitar assustá-lo, se ela se repetir.



2. ALEITAMENTO ARTIFICIAL

Embora o leite materno seja o alimento ideal para o bebê durante os primeiros 6 meses de vida, a amamentação nem sempre é possível (esta situação é avaliada e decidida entre a mãe e os profissionais de saúde). Nestes casos existem leites artificiais modificados para tentar adaptar-se às necessidades do bebê.

Consulte os profissionais de saúde para orientação.

Leite de vaca, ovelha ou cabra não são adequados para consumo por bebês com menos de 1 ano.

3. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A transição de uma dieta baseada apenas em leite (materno ou artificial) para uma dieta variada é um momento único no desenvolvimento do bebê. Nesta fase de transição são estabelecidas as bases para hábitos alimentares saudáveis na vida adulta.

Por volta dos 6 meses, as necessidades nutricionais variam e passam a não ser cobertas pela amamentação exclusiva, sendo necessária a introdução gradual de outros alimentos.

Existem certos períodos no desenvolvimento do bebê que devem ser respeitados para promover um desenvolvimento normal e uma atitude saudável em relação aos alimentos: a partir dos 6 meses começam a estar prontos para comer alimentos semi-sólidos (puré amassados com garfo) com colher; com cerca de 8 meses pode iniciar a comer pequenos pedaços de alimentos moles (bolachas, pão, frutas, carne moída ou desfiada, massa, legumes, etc.) e entre 9 e 12 meses é conveniente começar aumentar a consistência aos poucos até chegar à alimentação da família, com ajuda dos pais, colher e garfo,

bem como beber segurando o copo. Atrasar a prática destas habilidades pode dificultar a alimentação subsequente.

Quando se inicia a alimentação complementar existem diferentes possibilidades em relação à ordem de introdução dos diferentes alimentos. Por volta dos 8-10 meses pode-se iniciar a alimentação complementar. Começa oferecendo um alimento de cada vez, por 3 dias seguidos, de forma lenta e em pouca quantidade, verificando a aceitação e possíveis alergias. Não é preciso se preocupar com a quantidade de comida que o bebê come. No início se o bebê cuspir o alimento, não significa que não goste, deve-se continuar a insistir mais vezes e mudar o modo de preparação.

Preferir os alimentos locais e da época (frescos e variados). Oferecer água potável (fervida, tratada ou de garrafa) no intervalo das refeições. Como utensílio, utilizar copo, prato e colher limpos.

Evitar frituras, refogados, alimentos gordurosos, refrigerantes, sumos de pacote, guloseimas, temperos prontos e industrializados.



Evitar a oferta de leite e derivados (fontes de cálcio) junto com o almoço e jantar.

Lavar bem as mãos e os utensílios de cozinha, antes e depois de preparar a refeição da criança.

Conservar bem os alimentos e não reaproveitar as sobras de comida.

É conveniente que o bebê faça as refeições com toda a família, para que este momento em torno da mesa seja um momento agradável e sirva para a aprendizagem de hábitos alimentares saudáveis, seguindo o exemplo dos pais e irmãos mais velhos.

Assim como é necessário compreender os sinais de fome do bebê, também é muito importante respeitar os seus sinais de saciedade: se virar a cabeça, fechar ou retirar a boca, significa que está satisfeito e não precisa de comer mais.

Lácteos

Durante o primeiro ano de vida e uma vez iniciada a alimentação complementar, o leite (materno ou adaptado) continua a ser uma fonte de nutrientes muito importante, devendo ser assegurada a ingestão de 500-700 ml/dia.

Outros produtos derivados do leite (iogurte, queijo, etc.) podem ser introduzidos em pequenas quantidades a partir dos 12 meses, devido à sua capacidade de produzir alergias.



Cereais

Cereais como arroz e milho podem ser introduzidos após os 6 meses de idade, misturados com água ou com leite materno ou adaptado. Estes não devem ser ingeridos em quantidades excessivas, evitando o desenvolvimento da obesidade.

Quanto aos cereais como aveia, trigo, cevada recomenda-se introduzi-los em pequenas quantidades a partir dos 8 meses.



Vegetais

Os legumes e verduras são ricos em vitaminas e fibras e são uma parte essencial de uma dieta saudável. Eles podem ser introduzidos a partir dos 6 meses, geralmente cozidos e depois amassados, adicionando um pouco de óleo vegetal.

Os vegetais de folhas verdes (espinafre, acelga, etc.) e tubérculos, como beterraba ou nabo, devido ao seu alto teor de nitrato podem

começar a ser introduzidos a partir de 1 ano.

As leguminosas podem começar a ser oferecidas em pequenas quantidades a partir dos 7 meses.



Frutas

A fruta natural pode ser introduzida a partir dos 6 meses na forma de papa ou sumo. Quase todas as frutas são adequadas, embora algumas como (pêssegos, morangos, melão e kiwis) devam ser introduzidas com cuidado devido ao poder alergénico.

Os sumos nunca devem ser oferecidos em biberões (favorece o aparecimento da cárie), mas com uma colher ou um copo, sem adição de açúcar ou mel, ou, então, o fruto picado quando o bebé é capaz de mastigar e não se engasgar.

Os sumos artificiais não são adequados para alimentar o bebé, como também não são recomendados na infância.

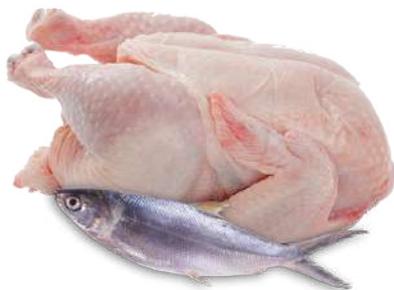
Proteínas animais

A partir do sexto mês a carne pode ser introduzida em pequenas quantidades e gradualmente. Começa-se, geralmente, com as mais macias, como frango ou vitela e depois carne de porco, etc.

As vísceras podem ser introduzidas a partir dos 7 meses.

Peixe (fresco ou congelado) é normalmente introduzido a partir do oitavo mês, geralmente primeiro o peixe branco (bodião, garoupa, linguado, etc.), e depois o peixe azul (cavala, chicharro).

Recomenda-se a introdução do ovo a partir dos 6 meses, iniciando sempre pela gema cozida e a clara a partir dos 7 meses.



Sal, açúcar e mel

Em geral, o sal não deve ser adicionado aos alimentos durante o primeiro ano de vida.

Também não é adequado adoçar com açúcar, mel, leite condensado ou adoçantes, o que predisporá a criança a um apetite precoce por doces, aumentando, também, o risco de cáries, diabetes e obesidade.



Água

Enquanto dura a amamentação exclusiva não é necessário dar água, apenas após o início da alimentação complementar, ou seja, a partir dos 6 meses.

Durante o primeiro ano é difícil estimar a quantidade de água de que um bebê precisa, uma vez que existem variações, dependendo da temperatura ambiente, dos alimentos ingeridos, etc. É melhor dar várias vezes ao dia e a criança beberá o que precisa.

Não é aconselhado dar chás ou infusões de plantas de nenhum tipo ao bebê.



Alguns conselhos

- Ofereça ao seu bebé alimentos saudáveis desde a primeira infância; Isso permitirá que seja um adulto saudável.
- Toda a criança precisa experimentar um novo alimento cerca de 10 vezes antes de o aceitar. Se rejeitar, ofereça-o novamente noutro dia.
- Seja um bom exemplo a seguir: coma saudável e variado.
- Os pais decidem o que seu bebé deve comer, mas só ele sabe a quantidade de que precisa: respeite o seus sinais de saciedade, não o superalimento.
- Gomas, doces, sumos artificiais, refrigerantes e bolos: não devem ser oferecidos nem mesmo de vez em quando.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J y Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada a lactantes y niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)* 2006;65:481-95.
2. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzco B et al. ESPGHAN Com- mittee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Com- mittee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46:99-110.
3. Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gillman MW, Lichtenstein AH, et al. Die- tary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners: Consen- sus Statement from the American Heart Association. *Circulation* 2005;112: 2061-75.
4. Aguayo Maldonado J, Gómez Papí A, Hernández Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ, Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, editores. *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica.* Asociación Española de Pediatría. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008.
5. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica.* Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediá- trica. 2ª edición. Madrid: Ed. Ergón; 2010.

ENLACES DE INTERÉS

- Asociación Canaria pro Lactancia Materna. Grupos de Apoyo y Promoción a la Lactan- cia Materna. <http://www.canaria-lactanciamaterna.org/index.htm>
- Fármacos seguros durante la lactancia: <http://www.e-lactancia.org/>
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.aeped.es/faq/lactancia-materna>

Alimentação entre 1 e 3 anos de vida

Alimentação entre 1 e 3 anos de vida

1. INTRODUÇÃO

É nesta fase que se estabelecem definitivamente os hábitos alimentares.

A criança será, aos poucos, integrada na alimentação da família. É importante que o horário das refeições seja compartilhado num ambiente positivo, servindo a família como um modelo a seguir. Este é o período de transição entre uma fase de crescimento muito rápido e o período de crescimento estável. As necessidades energéticas serão muito variáveis, sendo aconselhável respeitar a sensação de saciedade ou fome expressa pelas próprias crianças.

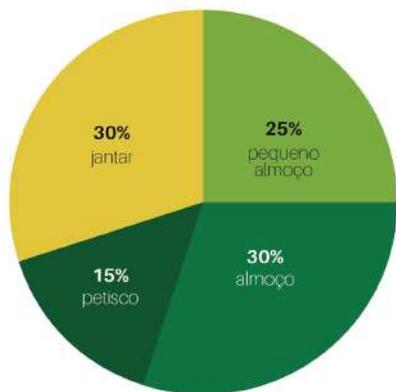


2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

Um problema específico desta fase é a crença errônea de que as crianças “gordas” são mais saudáveis. Muitos nesta idade ingerem mais calorias do que o necessário, o que poderá explicar o aumento da prevalência da obesidade nestas idades precoces.

Recomenda-se dividir as refeições em:

- Pequeno almoço: papas ou leite com cereais e frutas.
- Lanche: frutas, fiambre ou queijo em pedaços, iogurte e sanduíches.
- Almoço: a criança vai gradualmente habituar-se com a comida da família: puré de verduras ou verduras com legumes, massa, arroz e guisados. Carne ou peixe em pedaços pequenos.
- Para sobremesa usar fruta.
- Lanche: frutas, iogurte ou sanduíches.
- Jantar: igual ao almoço.



Apresentação e texturas

As apresentações mais apropriadas são as suculentas e fáceis de mastigar (sopas, purés, guisados com pouca gordura). Devem ser usadas técnicas de cozedura delicadas (cozidos, cozidos a vapor, escalfados, assados e refogados com pouco óleo). Condimentos moderadamente suaves podem ser usados (alho, cebola, salsa, coentros e outras ervas aromáticas, etc.). Evite fritos e molhos pré-preparados (ketchup, maionese, natas, etc.).

Os alimentos com uma textura mais espessa serão incluídos, em pedaços pequenos. A partir dos 2 anos a criança pode comer alimentos com textura semelhante à dos alimentos dos adultos.

Fazer uma alimentação variada para evitar deficiências nutricionais. Evitar alimentos que possam causar asfixia (frutos secos, pedaços de frutas grandes, etc.). Não se deve oferecer bebidas açucaradas, refrigerantes, sumos de pacote, guloseimas, temperos prontos e industrializados.



Características dos diversos alimentos nesta fase

- Cereais (4-6 porções/dia)



Devido ao seu alto teor de amido, fornecem à energia sob a forma de hidratos de carbono, contêm poucas proteínas e fornecem também minerais e vitaminas.

Recomenda-se que metade do consumido seja integral.

NOTA: para conhecer as porções dos diferentes alimentos consultar o anexo 1.

- Frutas (4 porções/dia)



O consumo das frutas é importante porque são ricas em vitaminas e fibras.

Prefira consumir a fruta inteira. Caso optar por sumos é

melhor o natural preparado na hora. Eles não devem ser oferecidos no biberão.



- Verduras e legumes (3-4 porções/dia)

Fornecem minerais, vitaminas e fibras. Devem ser variados para evitar carências nutricionais. Recomenda-se uma porção crua e outra cozida para melhorar a ingestão de vitaminas.



- Carnes (3-4 porções/semana)

Contêm fundamentalmente proteínas, sais minerais, e constituem uma fonte importante de vitaminas do grupo B. Recomenda-se carnes com pouca gordura (aves, porco).



- Peixe (3-4 porções/semana)

O fornecimento de proteína é semelhante à da carne, mas as suas gorduras são mais saudáveis.

- Ovo (3-4 porções/semana)



Contém todos os aminoácidos essenciais e é um excelente alimento proteico. Nunca deve ser comido cru para evitar doenças transmitidas por alimentos.

- Leite (2-4 porções/dia)



Recomenda-se um consumo de 500-600 ml de leite por dia ou quantidade equivalente dos seus derivados (iogurte, queijo magro). O consumo de leite magro não se recomenda, salvo indicação do nutricionista ou do médico.

- Feijões (1 porção/dia)

São fontes de proteínas, além de fornecer quantidades importantes de ferro. Quando combinado com um cereal e um alimento rico em vitamina C, pode ser comparável ao valor proteico das carnes.

- Gordura (2 porções/dia)



Recomenda-se o uso de azeite virgem para temperar e óleo de soja, girassol e milho para guisados e outros preparos.

Evitar gordura animal, óleo de palma, margarinas e outros produtos com gorduras vegetais e hidrogenadas.



- Fibra alimentar

Os requisitos mínimos são atingidos se forem consumidas as quantidades diárias recomendadas de frutas, verduras, legumes e grãos integrais.

- Água

O consumo de água necessário neste período de vida é de 1,3 litros por dia. Estes valores aumentam na presença de febre, diarreia, vômitos, temperaturas altas e clima seco.

É aconselhável que a ingestão de líquidos se faça, principalmente, na forma de água.

3. EXERCÍCIO FÍSICO

- Deve ser promovida a realização de atividades envolvendo o movimento de grandes grupos musculares.
- Aconselha-se a levar as crianças a locais seguros que facilitem a atividade física, garantindo que não permaneçam inativas por longos períodos.
- As crianças não devem assistir televisão, estar conectadas com a internet, fazer uso de tablet e telemóvel mais do que 2 horas por dia.
- Manter a televisão sempre fora do quarto de meninos e meninas.
- Nesta idade as crianças devem dormir pelo menos 11 horas por dia.



4. PROBLEMAS MAIS FREQUENTES

Influência da televisão

Os meios de comunicação têm uma grande influência sobre as crianças. A maioria dos anúncios de refeições para crianças oferece bolachas, refrigerantes, cereais matinais ricos em açúcar e alimentos geralmente não saudáveis, e raramente com frutas e legumes.

Ver televisão enquanto se come está associado a um menor controle sobre a quantidade de comida ingerida. Por isso, deve ser evitado.



Ingestão de calorias em excesso

Deve-se escolher o horário das refeições, fornecendo uma variedade de alimentos ricos em nutrientes, como

frutas e legumes, em vez de alimentos ricos em calorias e com poucos nutrientes, como sorvetes, batatas fritas, bolachas e bebidas açucaradas.

Deve ser dada especial atenção ao tamanho das porções, tendo em conta a idade e o peso da criança.

Devemos respeitar a autorregulação do apetite, pois forçar a ingestão de certos alimentos pode gerar excesso de peso.

O impulso natural dos pais para forçá-las a comer pode causar a perda da autorregulação do consumo na criança. Pelo contrário, proibir completamente a ingestão de certos alimentos pode gerar o desejo excessivo do alimento proibido.



Ingestão desproporcionada de proteínas

Devemos controlar a ingestão excessiva de proteínas, pois o excesso de consumo nos primeiros anos de vida pode promover o surgimento da obesidade no futuro.

Consumo excessivo de gorduras, especialmente as de origem animal

A ingestão de gordura de origem animal em excesso durante os primeiros anos de vida pode influenciar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (enfartes, trombozes) na vida adulta.

Consumo excessivo de açúcares

As recomendações para a ingestão de leguminosas e cereais raramente são cumpridas. Pelo contrário, excede-se o consumo de açúcar, que favorece o aparecimento de cárie dentária, prisão de ventre, excesso de peso, etc.



Consumo excessivo de sal

A ingestão excessiva de sal na primeira infância pode favorecer o início da hipertensão, especialmente em crianças com histórico familiar. Portanto, o sal não deve ser adicionado aos alimentos prontos e o consumo de alimentos salgados deve ser limitado.

Consumo insuficiente de fibra

Existem inúmeros benefícios relacionados com o consumo de fibras, como a melhoria na regulação do trânsito intestinal (da prisão de ventre), redução do colesterol, efeitos positivos no controle do diabetes, na prevenção e tratamento da obesidade ou na prevenção de alguns tipos de cancro.

As crianças que não consomem ou consomem insuficientemente fruta, verduras, legumes e cereais integrais podem não obter uma ingestão adequada de fibras.

Dieta pouco variada com alimentos sempre triturados

As crianças com introdução tardia de alimentos sólidos podem apresentar dificuldades na alimentação da família.

É importante, para um desenvolvimento psicomotor e nutricional adequado, fornecer alimentos com uma consistência adequada na idade certa, evitando prolongar mais do que necessário a ingestão do alimento amassado.

As crianças podem inicialmente recusar novos alimentos ou usar a rejeição como forma de se afirmarem ou mesmo chantagearem os adultos. Por isso devemos insistir repetidamente em oferecer uma alimentação variada, acompanhando os alimentos rejeitados por outros aceites, os quais devem ser comidos, também, pelo resto da família, para dar o exemplo.

Recomendações gerais

- *Oferecer novos alimentos repetidamente antes de concluir que as crianças não gostam. Está provado que uma criança precisa de 10 a 12 exposições a um determinado alimento para que haja um aumento da sua aceitação (a familiaridade aumenta o consumo).*
- *Não forçar a criança a comer ou a comer mais. Não se deve ser nem muito permissivo nem estabelecer controles rígidos e inalteráveis. Os pais devem estabelecer horários de refeição, bem como uma oferta de alimentos saudáveis e as crianças decidem a quantidade a comer. Este padrão responsável de comportamento alimentar facilita o autocontrole do que come.*
- *Não recompensar a criança por comer bem, porque ao tentar agradar as pessoas à sua volta com o ato de comer ela pode ficar sobrealimentada.*
- *Procurar um ambiente tranquilo durante as refeições, tanto físico como emocional, evitando discussões e situações que gerem tensão, para que sejam estruturados hábitos alimentares adequados.*
- *Preparar pratos apetitosos e oferecer pequenas porções adequadas para que se repitam. Cuidar da apresentação (cores, temperatura, cheiro e distribuição no prato).*
- *Deixar a criança escolher e participar na preparação das refeições.*
- *Usar talheres e louças apropriadas para as crianças: pratos, copos e xícaras devem ser feitos de material adequado e com uma boa base. Os talheres largos, sem corte e de cabo curto, para facilitar a sua utilização.*
- *Lavar as mãos antes de comer, não apenas como regra de higiene, mas também como um sinal que está associado às refeições.*
- *Estabelecer um horário regular de refeições, sem ser rígido, de preferência em família ou com outras crianças, se estiver em creches ou cantinas escolares e sem distrações (por exemplo, televisão). As crianças não comem bem se estão muito cansadas, pelo que se deve ter isso em conta no estabelecimento dos horários.*



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ros Mar L y Ros Arnal I. *Nutrición en la primera infancia: 0-3 años. An Pediatr Cont Monogr.* 2008;3: 1-10.
2. Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J y Comité de Nutrición de la AEP. *Bases para una alimentación complementaria adecuada a lactantes y niños de corta edad. An Pediatr (Barc).* 2006;65: 481-95.
3. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B et al; ESPGHAN Committee on Nutrition. *Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46:99-110.
4. *Programa de Salud Infantil del Servicio Canario de Salud. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=e590b776-e23a-11dd-8313-c9005baed236>*
5. Hernández Rodríguez M. *Alimentación del niño de uno a tres años. Alimentación infantil. Ed. Díaz de Santos. 2ª edición. 1993.*

ENLACES DE INTERÉS

1. *Asociación Española de Pediatría. <http://aeped.es/>*
2. *Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación: EUFIC (The European Food Information Council). <http://www.eufic.org/index/es/>*
3. *Asociación para la promoción del consume de frutas y hortalizas. <http://www.5aldia.com>*
4. *Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición – Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.aesa.msc.es>*

Alimentação entre 4 e 8 anos de vida



Alimentação entre 4 e 8 anos de vida

1. INTRODUÇÃO

Durante esta idade mantém-se a desaceleração do crescimento, relativamente ao verificado no primeiro ano de vida e àquele que acontecerá depois na adolescência.

A alimentação correta, hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis e o exercício físico serão decisivos no desenvolvimento físico e intelectual durante este período da infância.

É muito importante manter e favorecer o desenvolvimento de atitudes positivas em relação a alimentos e hábitos saudáveis, que serão mantidos em fases posteriores da vida. Devemos tentar estabelecer um horário organizado, não rigoroso, mas regular, que inclua pequeno almoço e refeições organizadas que completem as necessidades diárias de energia.

As crianças nesta idade já podem comer sozinhas - a partir dos 4-5 anos aprendem a usar a faca, por isso recomenda-se o uso de talheres pequenos, arredondados e sem pontas afiadas para facilitar a sua utilização e evitar acidentes.

2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

O consumo de alimentos não será uniforme em todas as refeições, haverá refeições muito abundantes e outras escassas. Se o aumento de peso e altura estiverem corretos, não há motivo para preocupação; deve-se ouvir e respeitar as necessidades alimentares de filho ou filha em todos os momentos. A adoção de uma atitude exigente pelos pais, mães e cuidadores, tentando fazer com que a criança consuma a mesma quantidade de alimentos em todas as refeições é desaconselhada e pode levar a uma atitude de rejeição.

A alimentação deve ser: **adequada, suficiente, completa, variada e equilibrada.**

As necessidades calóricas para crianças nesta faixa etária com um estilo de vida sedentário são de 1.200 quilocalorias nas meninas e até 1.400 quilocalorias para os meninos.

Nesta fase da vida, o menino ou menina vai habituar-se ao consumo de lanches, hoje em dia quase inevitáveis durante o horário que permanecem no estabelecimento de ensino. Este consumo deve ser limitado, não devendo constituir uma parte importante do consumo diário total de energia e deve ser feito com produtos de boa qualidade e nutrientes equilibrados, como cereais, frutos secos, frutas, sumos naturais, etc.

Deve ser oferecida uma grande variedade de nutrientes com diferentes variações de apresentação, sabores, cores e texturas que guiarão as preferências da criança. Repetir esta oferta em diferentes refeições ajudará a escolher alimentos de alta qualidade nutricional e a evitar atitudes de rejeição face a alguns grupos de alimentos, como frutas, verduras, peixes, etc.

Não restrinja alimentos muito saborosos, pois pode estimular um maior consumo destes, mas sim se deve orientar para um consumo moderado e esporádico desses, o que ajudará as crianças a aprender a autorregular a ingestão calórica.

Na tabela seguinte apresenta-se o número de porções para esta faixa etária.

Idade	Hidratos de Carbono	Vegetais e Verduras	Frutas	Produtos lácteos e derivados desnatados	Carnes, Peixes, Ovos	Gorduras, Óleos, Açúcares
5-6	6-9	1-1.5	4-6	2-3	2-4	1
7-8	9-10	1.5-2.5	6-7	2-3	4-5	1

A **frequência de consumo** recomendada de alimentos e equivalências por porções deveria ser:



Leite e derivados

Ao menos dois copos de leite ou alimentos derivados por dia.



Leguminosas/Feijões

2-4 vezes por semana. Cada porção são 15g cru (lentilhas, grão de bico, ervilhas, congo, feijão sapatinha, feijão pedra, etc.)



Carnes e derivados

Menos de 6 vezes por semana. Cada porção equivale a 50g. presunto, fiambre magro e enchidos só devem ser consumidos uma vez por semana.



Legumes e hortaliças

Todos os dias ao almoço e ao jantar. Consumir pelo menos uma porção de verdura fresca (salada) todos os dias. Cada ração oscila entre 200 e 300 gramas.



Peixe

Mínimo quatro vezes por semana, 130g por refeição.



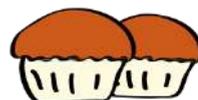
Frutas frescas

Cinco peças por dia.



Ovos

Até três vezes por semana.



Açúcares e doces

Controlar a quantidade. Consumo ocasional.



Cereais e tubérculos

Todos os dias ao almoço e ao jantar: arroz, massas, batata, etc.



Fast Foods (pizza, hamburguer, etc.

Consumo esporádico.



Óleos e gorduras

Moderar a quantidade. Recomenda-se especialmente azeite virgem de oliva.



Diversos

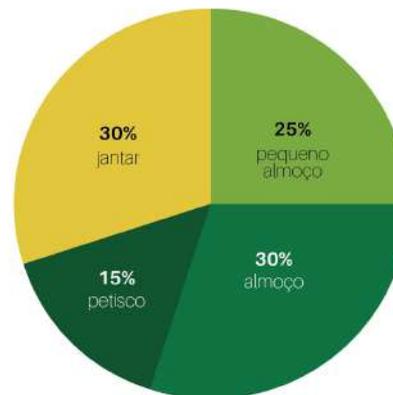
O consumo de produtos de pastelaria, refrescos, snacks etc. deve ser esporádico.

Proporções e tipos de alimentos ao longo do dia

A maioria das crianças nesta idade toma diariamente 3 refeições principais e 2 lanches ou petiscos.

A distribuição deve ser:

- Pequeno almoço 25% do total de calorias
- Almoço 30-35% do total das calorias
- Lanche 15% do total das calorias
- Jantar 25-30% do total das calorias



Pequeno-almoço

O pequeno-almoço é uma das principais refeições do dia. No entanto, entre 10-15% dos meninos e meninas começam o dia de aulas sem tomá-lo e entre 20 e 30% tomam-no insuficientemente.

O pequeno-almoço deve fornecer pelo menos 3 dos 5 grupos básicos de alimentos: laticínios, cereais e frutas frescas (preferencialmente inteiras) ou em sumo natural. Considera-se um pequeno-almoço de baixa qualidade se a contribuição de energia for inferior a 200 kcal.

Em períodos de crescimento ou de atividade física importante um pequeno-almoço adequado não é incompatível com a ingestão de uma refeição a meio da manhã, constituída por uma pequena sanduíche ou um pedaço de fruta ou um laticínio.

Almoço

A refeição do meio-dia é aquela que de um modo geral fornece mais energia, proteínas e gorduras. Por isso, deve-se ter em conta a preparação, o tamanho das porções e a quantidade dos macro e micronutrientes, especialmente cálcio, folatos, zinco e ferro.

O menu pode consistir de um prato à base de legumes e leguminosas, massa ou arroz, carne magra, peixe ou ovos e a sobremesa, preferencialmente de frutas ou laticínios.

A bebida deve ser água

Devem evitar-se produtos de pastelaria, molhos e alimentos processados. A carne deve ser preparada de forma a facilitar a mastigação (carne guisada, filetes, almôndegas, etc.) e deve evitar-se a presença de espinhas no peixe.

Objetivos da cantina escolar:

- Confeccionar os cardápios adaptados às recomendações nutricionais de energia, macro e micronutrientes.
- Cobrir cerca de 1/3 das necessidades de energia e pelo menos 50% da proteína diária.
- Os menus devem ser variados e adaptados aos hábitos alimentares e aos produtos locais.
- Apresentação atrativa.
- Incorporar novas tecnologias de alimentos e controle sanitário na cozinha e no espaço onde são tomadas as refeições.
- Deve cumprir a função de introduzir hábitos alimentares assertivos, higiénicos e sociais.



Lanche

Dependendo do nível de atividade física da criança e da sua alimentação, durante a tarde o almoço pode ser complementado com um pequeno lanche à base de produtos lácteos, frutas, hidratos de carbono, etc., nunca esquecendo a água como bebida fundamental.



Jantar

Deve servir para que toda a família equilibre a alimentação, levando em conta os alimentos que foram ingeridos durante o dia.

Deve ser mais leve e mais simples do que o almoço; saladas, legumes, cremes, sopas e com o complemento de peixe, carne ou ovo, tendo em conta o que não foi comido ao meio dia.

Um jantar adequado ajuda a dormir melhor.





Conselhos para uma alimentação saudável

- Fazer 5 refeições por dia. Estabelecer um horário regular para as refeições.
- Planificar as refeições com antecedência para atender às necessidades nutricionais e ser capaz de completar as refeições escolares, se houver. Para isso, é muito importante conhecer com antecedência a menu semanal da escola.
- Comer sentado, sem pressa. Tentar sempre comer no mesmo lugar.
- Usar pratos e porções pequenos, adequados para cada idade.
- Mastigar devagar.
- Não realizar outras tarefas enquanto estiver comendo (por exemplo: assistir TV, videogames, etc.) e aproveitar para ter um diálogo familiar relaxante.
- Beber 1,5 a 2 litros de água por dia.
- Evitar o hábito de petiscar entre as refeições.
- Evitar preparações fritas e refogadas. Usar preparações no forno, cozidas, grelhados, etc. Papillote (embrulhos de papel alumínio ou papel manteiga no forno), panelas de ferro, etc.
- Tentar ser criativo na cozinha e fugir da monotonia. Se puder, cozinhe com a colaboração das crianças.
- Evitar adicionar calorias extras com ou sem valor nutricional (refrigerantes, bebidas energéticas, sumos industrializados, etc.).
- A missão da mãe e do pai é disponibilizar na despensa ou frigorífico uma variedade de alimentos saudáveis. As crianças devem ser educadas a escolher a quantidade que precisam comer desses alimentos.
- Complementar a alimentação com exercício físico adaptado à idade da criança tendo em conta as suas preferências.



3. EXERCÍCIO FÍSICO

Durante o período de crescimento, não é aconselhável a prática intensa de desporto. Entretanto, a prática moderada de atividade física é considerada um hábito saudável que deve ser estimulado desde os primeiros anos de vida.

Recomenda-se a prática de pelo menos 1 hora de exercício físico por dia, de forma natural, através de jogos ao longo da vida (correr no parque, baloiços, bolas, brincar na praia, etc.) ou através de atividades programadas em modalidades desportivas (futebol, natação, basquete, ginástica, balé, danças, etc.).

Se a criança praticar, de forma sistemática, um desporto com uma carga de treino superior a 20 horas semanais, deve ser dada uma atenção especial à alimentação, pois além de responder às necessidades energéticas do exercício físico, deve constituir uma reserva dos nutrientes necessários para permitir o crescimento e desenvolvimento adequados.

A prática frequente de exercício traz os seguintes benefícios:

- Músculos e ossos fortes.
- Controle de peso
- Diminuição do risco de sofrer de diabetes tipo 2.
- Melhor qualidade de sono.
- Uma melhor perspetiva de vida.
- Mais motivação académica, maior concentração e com maior sucesso.
- Melhora a autoestima em qualquer idade.

Como estimular a criança para que se mantenha ativa?

Existem três pontos-chave para a criança querer praticar exercício físico:

- Escolher a atividade apropriada para a idade da criança. Caso contrário, esta pode cansar-se ou ficar desanimada.
- Oferecer opções para se manter ativa - ela precisa que os pais facilitem as atividades escolhidas, fornecendo equipamentos e levando-a a lugares onde possa jogar e praticar desportos ativos.
- Tornar a atividade divertida, já que nesta idade o desporto deve estar associado à diversão. Quando ela gosta de uma atividade, quererá realizá-la com maior frequência.

Quais as atividades apropriadas para estas idades?

Nestas idades, as crianças costumam passar mais tempo em atividades sedentárias (TV, computador, videojogos, etc.). Por isso, o desafio para os pais consiste em ajudá-las a encontrar atividades físicas nas quais se sintam confortáveis e bem-sucedidas ao realizá-las; além disso, os pais devem se envolver e praticar algumas atividades com as crianças.

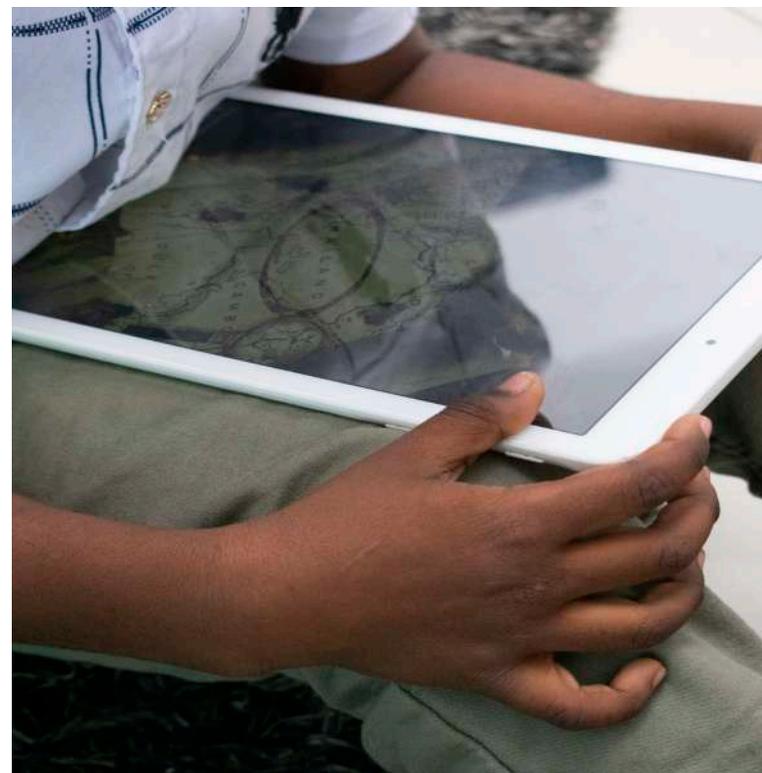
Estas atividades podem ser desportos como basquete, futebol, ciclismo, natação, ginástica rítmica, patinação, dança, etc., ou atividades ao ar livre.

Nos primeiros anos as crianças estão aprendendo as suas habilidades básicas e as regras fundamentais e só podem se destacar em algumas atividades desportivas.

À medida que crescem, as diferenças nas habilidades e na personalidade tornam-se mais notórias.

O grau de interesse e comprometimento adquiridos através da prática destas atividades é, geralmente, paralelo ao desenvolvimento das habilidades, por isso é importante ajudá-las a encontrar as atividades mais apropriadas para sua idade. Não se esqueça de reservar o tempo necessário para os seus filhos e filhas.

O entretenimento passivo (computador, videojogos, TV, etc.) tem sido associado ao aumento da obesidade e à ingestão de alimentos hipercalóricos com baixo teor nutricional, pelo que se recomenda que nessas idades o tempo gasto nestas atividades não exceda 2 horas diárias.



4. PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NESTA ETAPA DA VIDA

Avós, avôs e outros cuidadores

A falta de tempo para cozinhar, a integração das mulheres no mercado de trabalho e o pouco tempo que os pais passam com os filhos são fatores que influenciam diretamente a alimentação das crianças.

Os avós e outros cuidadores são frequentemente responsáveis por alimentar as crianças. No entanto, sobretudo quando são idosos, e acostumados a períodos de privação em que os alimentos ricos em calorias e em energia eram muito valorizados, os avós e os cuidadores oferecem, geralmente, maiores quantidades de alimentos do que a criança necessita. Regra geral, não seguem as orientações nutricionais estabelecidas pelos pais e não são tão rigorosos na aquisição de padrões e regras alimentares.

Aversão a legumes

Existem muitas crianças que evitam a ingestão de legumes nestas idades. Como é sabido, estes alimentos são muito importantes como fontes de fibras, vitaminas, minerais e antioxidantes.

As preferências por determinados alimentos, especialmente legumes, são influenciadas, em parte, por aquilo que a mãe consome durante a gravidez e a amamentação. Também podem ser influenciadas pelo ambiente em que a criança come, pela introdução de novos alimentos de forma não obrigatória, pelo estímulo da família e pelo estabelecimento de regras sobre o comportamento alimentar. Para favorecer o consumo de legumes deve-se introduzir inicialmente pequenas quantidades, que se vai aumentando gradualmente.

Neofobia

Este termo define a aversão ou recusa em experimentar novos alimentos.

Frequentemente pais e mães desistem facilmente quando, após a tentativa de novas incorporações, o menino ou a menina não se habitua ao seu consumo. Nesta fase, as crianças reagem por vezes negativamente a um alimento consumido anteriormente (como no caso de crianças que comem mal - “fastio”) e, noutras ocasiões, alternam esse comportamento com a neofobia.





O que se pode fazer nestes casos?

A família tem um papel muito importante quando se trata de melhorar esses comportamentos.

- Legumes ou novos alimentos devem ser apresentados repetidamente. Os pais devem dar exemplo consumindo esses alimentos e relacionando-os com momentos agradáveis à mesa com a família.
- Uma conversa tranquila com os avós ou cuidadores habituais pode melhorar a oferta desses alimentos às crianças. Explicar os benefícios de uma alimentação saudável, se necessário com a ajuda de profissionais.
- Relativamente à rejeição de novos alimentos, sabe-se que quanto maior o número de novos alimentos apresentados, maior a probabilidade de os experimentar e de se habituarem a eles. Às vezes pode ser necessário tentar 10-15 vezes um novo alimento antes de começar a apreciá-lo. Nas primeiras vezes devem ser introduzidos no início da refeição, quando se tem mais apetite. Recomenda-se também cozinhá-los de diferentes maneiras e com diferentes apresentações até se acostumarem ao novo sabor. Não force a criança a comer grandes quantidades destes alimentos, mas elogie-as quando provarem pequenas quantidades. Outra opção é apresentar alimentos de maneira mais atraente, como fazer imagens, rostos ou cortar vegetais de diferentes maneiras, usando mais cores e formas. Recomenda-se também que, sempre que possível, a criança colabore na preparação dos alimentos ou no cultivo de legumes no jardim ou em vasos, o que favorecerá o seu desejo de experimentar novos legumes.

BIBLIOGRAFIA

1. Martí-Henneberg C, Capdevila F. *Ingesta alimentaria y nutricional de los niños y adolescentes en España*. En: R. Tojo ed. *Tratado de Nutrición Pediátrica*. Doyma. 2001; 57-70.
2. Pearson N, Biddle SJH, Gorely T. *Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review*. *Public Health Nutr* 2009; 12: 267-83.
3. Gidding S, Dennison B, Birch L, Daniels S, Gilman M, Lichtenstein A, et al. *Dietary recommendations for childrens and adolescents. A guide for practitioners. Consensus statement from de American Heart Association*. *Circulation* 2005; 112:2061-75.
4. Serra L, Aranceta J. *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid*. Ed. Masson 2001.
5. *Alimentación saludable. Guía para familias. Programa Perseo*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de investigación y documentación educativa. 2007. Disponible en: www.perseo.aesan.msp.es/es/familia/subsecciones/guia_alimentacion_saludable.shtml
6. Peña Quintana L, Ros Mar L, González Santana D, Rial González R. *Alimentación del preescolar y del adolescente. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición de la AEP*. 2010. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>
7. *Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos*. Ministerio de Sanidad y Política Social (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) y Ministerio de Educación (Instituto de Formación e Innovación Educativa del Profesorado). 2010.

Alimentação entre 9 e os 13 anos



Alimentação entre os 9 e os 13 anos

1. INTRODUÇÃO

A fase dos 9 aos 13 anos é caracterizada por um crescimento progressivo. Lentamente durante a primeira metade, para terminar de forma acentuada, com o aumento do crescimento na puberdade que, dependendo do sexo e da genética, será mais ou menos precoce.

2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

A ingestão calórica diária recomendada nesta idade dependerá de dois fatores: sexo e atividade física. As calorias a ingerir diariamente devem ser fornecidas por alimentos de todos os grupos da seguinte forma:



Leite e derivados: a ingestão diária de cálcio necessária para esta faixa etária será obtida com 750 ml de leite por dia, ou seja, duas a três porções de leite ou o seu equivalente em outros produtos lácteos (anexo 1). É preferível utilizar produtos gordos ou meio-gordos, além de se evitar o uso de manteigas, margarinas e queijos gordurosos.



Legumes: deve-se consumir 2 porções de legumes por dia. Estes podem ser consumidos crus ou cozidos.

Frutas: recomenda-se consumir 3 porções de fruta diariamente.

Cereais: recomenda-se entre 4 a 11 porções diárias.



Leguminosas: 2 ou 3 porções por semana.



Carne, ovos e peixe: A ingestão recomendada desses produtos é de duas porções por dia. O peixe é preferível à carne, devido ao seu baixo conteúdo energético e à melhor qualidade das suas gorduras (menos gordura saturada).

Entre as carnes, as mais recomendadas são aquelas que possuem menor teor de gordura (frango, peru, etc.) e evitar sempre a gordura visível e a pele das aves.

O ovo é altamente recomendado pelas suas proteínas de alto valor biológico. Embora na literatura o ovo tenha sido muito castigado pelo seu teor de colesterol, estudos atuais têm mostrado que o nível de colesterol do ovo é insignificante, comparativamente com outros alimentos e, ainda assim, as suas proteínas e o seu conteúdo vitamínico tornam-no num alimento altamente recomendado. Recomenda-se atualmente 4 ou 5 ovos por semana.



Frutos secos: 1 a 2 porções por semana.



Azeite: 1 a 3 porções por dia.

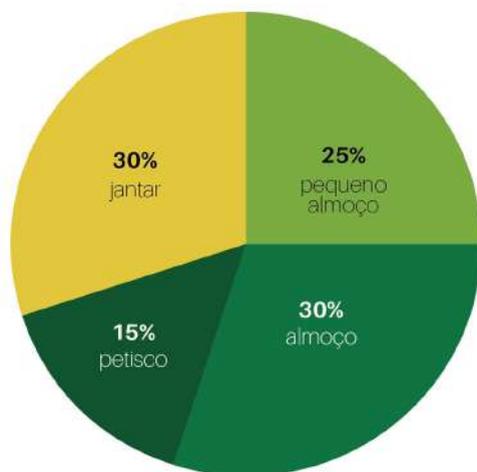
Açúcar: deve evitar o consumo de açúcares refinados.

Água: entre 6 a 8 copos diários.

PORÇÕES DE ALIMENTOS PARA 9-13 ANOS

O total das calorias deve ser distribuído ao longo do dia por cinco refeições: pequeno-almoço, lanche a meio da manhã, almoço, lanche a meio da tarde e jantar:

GRUPO DE ALIMENTOS	RAÇÕES DIÁRIAS	COMENTÁRIOS
Leite e Derivados	2-3	
Verduras	2	Cruas e cozidos
Frutas	3	
Cereais, pães e massas	4-6	
Legumes	2-3	Por semana
Carne, ovos, peixes	2	O peixe é preferível à carne. Carnes magras
Frutos secos	1-3	Por semana
Azeite	6	
Açúcar	Consumo ocasional e moderado	
Água	6 a 8 copos por dia	





3. ATIVIDADE FÍSICA

Recomenda-se realizar pelo menos uma hora por dia de atividade física moderada a vigorosa.

Pelo menos dois dias por semana, esta atividade deve incluir exercícios para melhorar a saúde óssea, a força muscular e a flexibilidade.

Pelo contrário, estas crianças não devem dedicar mais de duas horas por dia a atividades sedentárias (computador, televisão, internet, videogames, etc.).

Embora as recomendações respeitantes ao tempo dedicado ao exercício sejam as mesmas para a infância e adolescência, o tipo de atividade física difere consoante a idade.

Durante a infância, os exercícios de flexibilidade englobam alongamento e ginástica; os de força muscular, exercícios com corda e elásticos; as atividades aeróbicas corrida e saltos.

4. PROBLEMAS MAIS FREQUENTES

Os problemas que ocorrem com maior frequência nesta faixa etária são os seguintes:

Não tomar o pequeno almoço. Nesta fase é muito frequente os adolescentes não tomarem o pequeno-almoço ou tomarem-no incompleto (sem cereais, laticínios e frutas).

Consumo de snacks (“fatiotas”) e fast foods. Nesta idade começam a sofrer influências do grupo de amigos com os quais se relacionam, o que motiva o início do consumo de snacks, que costumam ser lanches altamente calóricos, devido ao alto teor de gorduras e açúcares. Além disso, em muitas ocasiões eles já administram o seu dinheiro e decidem o que comprar para lanchar, tanto de manhã como à tarde.

Obesidade. Sabe-se que 80% dos adolescentes obesos vão tornar-se adultos obesos, por isso é importante o controle do peso desde os primeiros tempos de vida. A obesidade é um dos maiores fatores de risco cardiovascular, com as consequências que acarreta: hipertensão, dislipidemia, etc.



BIBLIOGRAFÍA

1. *Gidding S, Dennison B, Birch L, Daniels S, Gilman M, Lichtenstein A, et al. Dietary recommendations for childrens and adolescents. A guide for practitioners. Consensus statement from de American Heart Association. Circulation 2005;112: 2061-75.*
2. *Alimentación saludable. Guía para familias. Programa Perseo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de investigación y documentación educativa. 2007.*
Disponible en http://www.perseo.aesan.msps.es/es/familia/subsecciones/guia_alimentacion_saludable.shtml
3. *Peña Quintana L, Ros Mar L, González Santana D, Rial González R. Alimentación del preescolar y del adolescente. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición de la AEP. 2010. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>*
4. *Marugán de Miguelsanz JM, Monasterio Corral L, Pavón Belinchón MP. Alimentación en el adolescente. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición de la AEP. 2010.*
5. *Martínez Álvarez JR, Villarino Marín AL, Polanco Allúe I, Iglesias Rosado C, Gil Gregorio P, Ramos Cordero P et al. Recomendaciones de bebida e hidratación para la población española. Nutr. Clin. Diet. Hosp.2008; 28:3-19.*
6. *Linchestein A, Appel L, Brands M, Carnethon M, Daniel S, Franch H, et al. "Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006: A Scientific Statement From the American Heart Association Nutrition Committee". Circulation 2006;114;82-96.*
7. *Actividad física y salud en la infancia y adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Educación. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>*

Alimentação entre os 14 e 18 anos

Alimentação entre os 14 e 18 anos



1. INTRODUÇÃO

Esta faixa etária abarca a maior parte da adolescência que se caracteriza por mudanças físicas, emocionais e sociais relevantes. Apesar de, nesta fase os órgãos envolvidos na digestão, absorção e metabolismo dos alimentos, terem completado o seu processo de maturação, a adolescência é considerada um período de risco nutricional.

Neste período verifica-se um crescimento acelerado, com um significativo aumento da altura e do peso. Estima-se que, durante esta fase, se pode verificar uma duplicação do peso corporal e um aumento de aproximadamente um quarto da altura. Consequentemente verifica-se um aumento das necessidades energéticas, proteicas e de alguns micronutrientes necessários para o desenvolvimento de músculos, ossos e outros tecidos.

Além disso, durante este período de crescimento existem diferenças entre os sexos, que influenciam diretamente as necessidades nutricionais dos adolescentes. Nos rapazes verifica-se um aumento principalmente de músculos e ossos, enquanto nas mulheres verifica-se um acúmulo maior de massa gorda.

Maior independência e capacidade de decisão

Os adolescentes são mais independentes em relação às escolhas alimentares, o que muitas vezes se traduz em decisões não assertivas, tais como:

- Realização de uma alimentação desorganizada e desequilibrada, com tendência a pular algumas refeições, especialmente o pequeno-almoço, e concentrar a ingestão à tarde.
- Elevado consumo de fast food, doces, gelados e bebidas açucaradas ou outros tipos de alimentos muito calóricos e pobres em micronutrientes, como o ferro, cálcio, vitaminas A e C e fibras. Tal consumo pode representar um grande risco para a saúde, pela ingestão calórica e de gorduras, causando consequentemente a obesidade, que é um fator de risco cardiovascular.
- O consumo de álcool, ainda que apenas aos fins-de-semana, tem efeitos prejudiciais para o sistema digestivo e o sistema nervoso.
- Por outro lado, mesmo a ingestão moderada de álcool tem um impacto negativo importante no equilíbrio nutricional, pois reduz a ingestão de alimentos e altera a disponibilidade de determinados nutrientes.
- O consumo de álcool aumenta o sedentarismo (estimulando o hábito de assistir televisão, uso de computador e videojogos) e, consequentemente, diminui a prática de atividade física.





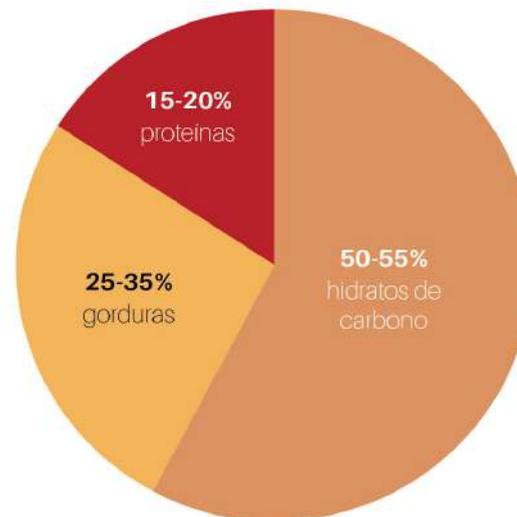
Maior preocupação com o aspecto físico e a integração no seu grupo social

A necessidade de aceitação social torna o adolescente mais propenso a consumir o que é anunciado nos media ou a seguir dietas “mágicas” da moda, baixas em calorias e desequilibradas, podendo afetar o crescimento e o desenvolvimento ou gerar deficiências nutricionais. É importante explicar ao adolescente que não existem alimentos ou dietas milagrosas; que o mais adequado para a saúde é seguir uma dieta variada, em qualidade e quantidade adequadas e adotar um estilo de vida saudável.

Isto significa que, durante a adolescência estão mais vulneráveis a terem problemas relacionados com a alimentação, como obesidade, distúrbios alimentares ou a realização de dietas desequilibradas, que levam à malnutrição por excesso ou por carência.

2. RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS NESTA FAIXA E GRUPO ETÁRIA

Nesta fase, as necessidades energéticas são muito elevadas. Porém, dependem da atividade física.



PORÇÕES DE ALIMENTOS PARA 14-18 ANOS

GRUPO DE ALIMENTOS	RAÇÕES DIÁRIAS	COMENTÁRIOS
Leite e derivados	2-3	
Verduras	2	Cruas e cozidas
Frutas	3	
Cereais, pães e massas	6-8	
Legumes	2-3	Por semana
Carne, ovos, peixes	2	O peixe é preferível à carne. Carnes magras
Frutos secos	2-4	Por semana
Azeite	6	
Açúcar	Consumo ocasional e moderado	
Água	8 a 10 copos por dia	

3. ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física proporciona inúmeros benefícios para a saúde e a sua prática é essencial ao longo da vida. Terá que ser adaptado de acordo com as condições, preferências e habilidades de cada pessoa.

Na adolescência, estas atividades têm por objetivo facilitar a flexibilidade (ginástica, dança e alongamento), aumentar a força muscular (exercícios com corda), assim como uma infinidade de atividades aeróbicas, corrida, ciclismo, natação, etc.

Recomenda-se, atualmente, a prática de pelo menos uma hora diária de exercício físico moderado a intenso, para melhorar a saúde óssea, a força muscular e a flexibilidade.

Pelo menos dois dias por semana, esta atividade deve incluir exercícios para melhorar a saúde óssea, a força muscular e a flexibilidade.

Na adolescência não se deve dedicar mais de duas horas por dia a atividades sedentárias (computador, televisão, internet, videogames, etc.).





4. PROBLEMAS MAIS FREQUENTES

Obesidade

Para o desenvolvimento da obesidade contribuem tanto a predisposição genética como a presença de hábitos alimentares inadequados e pouca atividade física.

A dieta desequilibrada (excesso de gorduras, açúcares, sal, etc., e escassez de frutas, verduras e legumes), associada a uma quase nula atividade física por parte da maioria dos adolescentes, provoca um desequilíbrio entre a energia ingerida e a energia despendida, isto é, a energia utilizada pelo corpo. Este excesso de calorias que não é utilizada, acumula-se em forma de gordura e se o processo continuar ao longo do tempo aparecem o sobrepeso e a obesidade.

Estar acima do peso ou obeso leva ao aumento do risco de contrair doenças crônicas não transmissíveis, que podem ter o seu início na infância, mas manifestar-se na adolescência e na idade adulta.

Atualmente, observa-se o início precoce dos fatores de risco cardiovascular, como dislipidemia, diabetes, hipertensão, etc., que podem dar origem a patologias graves na vida adulta.

Distúrbios do comportamento alimentar

Embora as causas dos distúrbios alimentares não sejam ainda totalmente conhecidas, parece que as mudanças na silhueta e no peso corporal durante a puberdade podem predispor os adolescentes a desenvolver atitudes alimentares pouco saudáveis. Os mais conhecidos são a bulimia e a anorexia nervosa, mas existem outros, como o distúrbio da compulsão alimentar periódica, etc. que serão tratados no capítulo correspondente.

“Dietas milagrosas”

Como consequência da obsessão atual pela perda de peso e o desejo de atingir o “peso ideal”, anualmente, especialmente antes do verão (“operação do biquíni”), são anunciadas novas “dietas mágicas”, muitas vezes utilizadas por celebridades, que garantem a solução para o problema de excesso de peso, rapidamente e sem esforço. Em geral, estas dietas não têm base científica. Existe uma grande variedade delas, mas todas têm em comum o facto de a longo prazo serem perigosas para a saúde do indivíduo (ingestão incorreta de nutrientes). Estas dietas não corrigem os hábitos alimentares incorretos, antes, pelo contrário, acentuam-nos, e podem levar ao desânimo e à frustração, visto

que o peso será recuperado rapidamente em curto espaço de tempo. A realização repetida destas dietas pode predispor as pessoas a desenvolverem algum distúrbio de comportamento alimentar.

Atividade física reduzida

Ao contrário da infância, na adolescência temos problemas em promover atividade física. Enquanto na infância o interesse se centra nos jogos e atividades físicas que giram à volta da criança, na adolescência regista-se a perda de interesse pelos jogos e o tempo de lazer é ocupado com outras atividades (sair com amigos, conversar, etc.). Os adolescentes queixam-se, também, da falta de tempo devido ao aumento das tarefas escolares. Deve-se motivar e ensinar durante a adolescência que a atividade física é uma boa alternativa ao lazer, uma maneira de se sentir bem e de fazer amigos. Quanto à utilização do tempo, o mais importante é organizar corretamente os horários. Para isso, durante esse período, as famílias e os educadores devem incentivar os adolescentes para que dediquem mais tempo à prática de atividade física.

1. Na adolescência, a alimentação deve favorecer o desenvolvimento e promover hábitos de vida saudáveis, e prevenir distúrbios alimentares.

2. O desenvolvimento significativo dos músculos e ossos, que quase duplica durante a puberdade, aumenta consideravelmente as necessidades de energia, proteínas e de algumas vitaminas e minerais, mais do que em qualquer outra fase da vida.



3. É preciso ter em conta, não apenas a idade cronológica, mas o sexo, o tamanho e o ritmo de crescimento: os meninos ganham peso mais rapidamente e fazem

isso à custa, sobretudo, do aumento da massa muscular e do esqueleto, enquanto as meninas têm tendência a acumular gordura. Além disso, o início do surto de crescimento pubertário e o momento em que se atinge o pico da taxa máxima de crescimento podem variar muito, sendo importante evitar o excesso de calorias, sobretudo nos casos dos adolescentes que iniciam o seu desenvolvimento mais tardiamente.

4. Para além das elevadas necessidades de energia e proteína, são, também, elevadas as necessidades de alguns minerais como ferro e cálcio. O zinco é essencial para o crescimento e a maturação sexual. As dietas pobres em proteína de origem animal dificilmente cobrem as necessidades diárias. Os adolescentes que fazem dietas vegetarianas estão expostos a carências desse mineral, por isso é aconselhável incorporar alimentos ricos em zinco na dieta: amendoim, cereais integrais e queijos.

5. As exigências vitamínicas são também elevadas, principalmente de algumas vitaminas do complexo B. A melhor maneira de evitar o défice é ter uma alimentação variada e equilibrada.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. *Aconselha-se uma alimentação variada que inclua alimentos de todos os grupos.*
2. *Incentivar as crianças e os adolescentes a tomar diariamente o pequeno-almoço que deve ser composto por produtos lácteos, frutas e cereais.*
3. *Promover o consumo diário de frutas, legumes e verduras.*
4. *Consumir diariamente uma fonte de proteína: carne, peixe, ovos ou leguminosas com cereais.*
5. *Cozinhar com óleo vegetal, evitando outras gorduras como manteiga, margarina, toucinho... Para temperar é melhor “azeite virgem”.*
6. *Evitar os fritos, utilizando formas de cozinhar com poucas gorduras como: fervido, assado no forno, cozido no vapor, grelhado.*
7. *Evitar enchidos, alimentos industrializados.*
8. *Evitar o uso de aperitivos, “fatiotas” e bebidas açucaradas (refrescos e sumos industriais).*
9. *Diminuir o consumo de sal.*
10. *Garantir que tenham acesso a alimentos e bebidas nutritivos e ricos em fibras, tanto nas principais refeições como nos lanches.*
11. *Seguir as recomendações, tanto quando comer em casa como fora de casa.*
12. *Evitar a restrição excessiva de alimentos.*
13. *Evitar o uso de determinados alimentos como recompensa.*
14. *Não comer em frente à televisão, já que se perde a consciência real da quantidade ingerida.*
15. *A orientação de atividade física deve ser inseparável do aconselhamento nutricional, por isso é necessário promover oportunidades de atividade física regular. Limitar, para um máximo de 2 horas, o tempo gasto diariamente em TV, computador, videogames e outros entretenimentos sedentários.*
16. *As mudanças devem ser adotadas por toda a família e a longo prazo.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Gidding S, Dennison B, Birch L, Daniels S, Gilman M, Lichtenstein A, et al. *Dietary recommendations for childrens and adolescents. A guide for practitioners. Consensus statement from de American Heart Association. Circulation 2005;112:2061-75.*
2. *Alimentación saludable. Guía para familias. Programa Perseo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de investigación y documentación educativa. 2007. Disponible en http://www.perseo.aesan.msp.es/es/familia/subsecciones/guia_alimentacion_saludable.shtml*
3. Peña Quintana L, Ros Mar L, González Santana D, Rial González R. *Alimentación del preescolar y del adolescente. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición de la AEP. 2010. Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>*
4. Marugán de Miguelsanz JM, Monasterio Corral L, Pavón Belinchón MP. *Alimentación en el adolescente. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición de la AEP. 2010. Disponible en <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>*
5. Martínez Álvarez JR, Villarino Marín AL, Polanco Allúe I, Iglesias Rosado C, Gil Gregorio P, Ramos Cordero P et al. *Recomendaciones de bebida e hidratación para la población española. Nutr. Clin. Diet. Hosp. 2008; 28:3-19.*
6. Linchestein A, Appel L, Brands M, Carnethon M, Daniel S, Franch H, et al. *“Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006: A Scientific Statement From the American Heart Association Nutrition Committee”. Circulation 2006;114:82-96.*
7. *Actividad física y salud en la infancia y adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Educación. Disponible en <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>*

A Obesidade



A OBESIDADE

1. O QUE É A OBESIDADE?

A obesidade é uma doença crônica, caracterizada por um excesso de gordura corporal.

É o distúrbio metabólico mais frequente das sociedades desenvolvidas.

2. CAUSAS DA OBESIDADE

O desenvolvimento da obesidade resulta de uma certa predisposição genética ou hormonal, mas, fundamentalmente, da existência de hábitos alimentares inadequados e de uma reduzida atividade física.

Uma alimentação desequilibrada, rica em gorduras, doces, alimentos muito salgados e pobre em frutas, verduras, e legumes, conjuntamente com os baixos níveis de atividade física realizados pela maioria das crianças, faz com que a energia ingerida seja maior do que aquela que o corpo consome para as suas necessidades energéticas diárias. Este excesso de calorias acumula-se no nosso corpo sob a forma de gordura e quando esta situação se mantém ao longo do tempo, surgem o sobrepeso e a obesidade.



3. EXCESSO DE PESO

Frequência

O excesso de peso é, atualmente, o problema nutricional mais frequente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, afetando tanto a infância como a adolescência.

Em 2018, segundo o Inquérito Nacional de Vulnerabilidade Alimentar e Nutricional das Famílias-IN-VAF (MAA, 2018) 6,0% das crianças menores de cinco anos em Cabo Verde, estavam em pré obesidade.

Muitos adultos obesos começam a manifestar os primeiros sinais da doença desde a infância ou adolescência, por isso, é importante que a prevenção comece desde cedo.

Influência na saúde

O sobrepeso e a obesidade estão na origem de muitas doenças crónicas não transmissíveis, que geralmente se manifestam na idade adulta, mas que estão cada vez mais presentes na infância e na adolescência, como:

- Dislipidemia (excesso de colesterol ou de triglicéridos).

- Diabetes (açúcar elevado no sangue).
- Hipertensão arterial (aumento da pressão arterial).
- Esteatose hepática (fígado gordo).
- Doenças coronárias (angina, infarto agudo do miocárdio).
- Acidente vascular cerebral (trombose ou derrame cerebral).
- Apneia do sono (interrupção da respiração por mais de 10 segundos).
- Problemas osteoarticulares (artroses).
- Colelitíase (pedras na vesícula).
- Aumento do risco para desenvolver alguns tipos de cânceres (colon, mama, útero, ovário, próstata, vesícula).

Além disso, as pessoas com excesso de peso sofrem, muitas vezes nesta fase da vida, de problemas psicológicos, derivados da provocação e dos comentários dos seus colegas, frequentemente associados a uma baixa autoestima, sintomas ansiosos ou depressivos, isolamento social, etc.

4. COMO SE CALCULA O EXCESSO DE GORDURA CORPORAL?

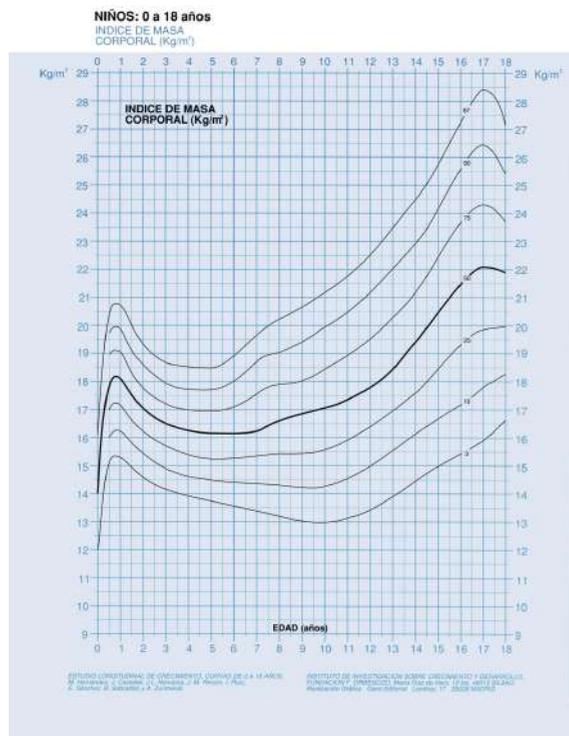
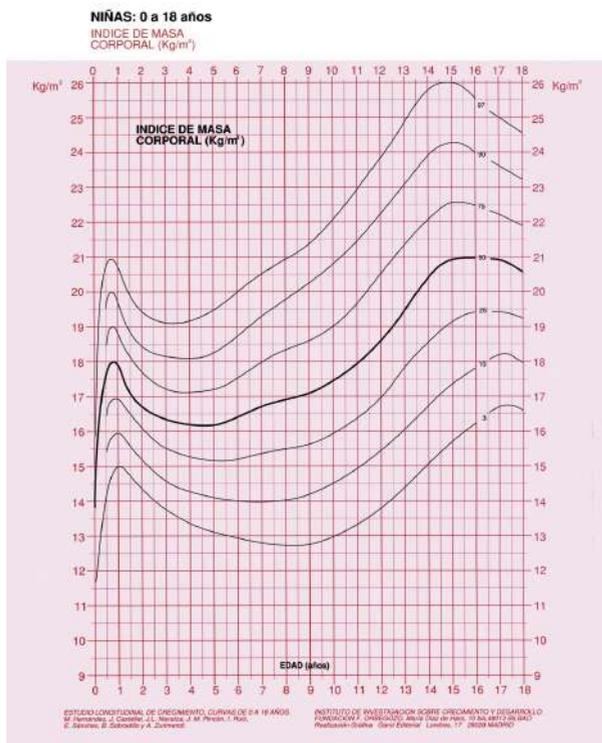
Atualmente para avaliar o **excesso de gordura corporal**, a ciência tem buscado alternativas confiáveis e práticas, como por exemplo, através do cálculo Índice de Massa Corporal (IMC).

A fórmula utilizada para calcular este índice é a seguinte:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{(\text{ALTURA})^2}$$

Vale ressaltar que, embora o IMC seja a principal referência, existem outros parâmetros que devem ser observados para melhor diagnóstico clínico, tais como idade, medidas da circunferência abdominal, percentagem de gordura corporal, estilo de vida, etc.

Na infância e adolescência, deve-se utilizar gráficos percentuais do IMC, levando em conta o sexo e a idade; assim, considera-se excesso de peso quando o IMC está entre os percentis 85 e 97, e a obesidade quando o IMC é igual ou superior ao percentil 97.



Os adolescentes que apresentam um aumento de gordura intra-abdominal têm mais frequentemente alterações e doenças, como hipertensão arterial, dislipidemia ou diabetes, as quais determinam o surgimento de doenças cardiovasculares (infarto do miocárdio, AVC, etc.), em idades mais precoces na vida adulta.

Hoje sabe-se que, além da questão estética, a obesidade abdominal está associada a riscos de doença cardiovascular, diabetes e diversos tipos de câncer.



5. TRATAMENTO DA OBESIDADE DURANTE A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

O objetivo principal do tratamento é evitar que a criança se torne um adolescente obeso e possível adulto obeso, e que adquira hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis. A educação alimentar e nutricional é a chave do tratamento da obesidade infantil, ensina a população a se alimentar de forma mais saudável.

Dado que a infância é a fase em que se estabelecem os hábitos alimentares e o estilo de vida e que neste período as crianças tomam, os seus pais como modelos, é imprescindível que toda a família melhore os seus hábitos, de modo a adotar um estilo de vida saudável, com uma alimentação equilibrada e prática regular de atividade física.

Os pais são responsáveis pela comida que se come em casa. Assim sendo, é fundamental que seja estabelecido um horário regular para as refeições e, dêem o exemplo, selecionando alimentos saudáveis.

Quando tratar o excesso peso?

Quanto mais cedo se iniciar o tratamento do excesso de peso melhor, porque à medida que a criança ou o adolescente vai evoluindo, há um risco maior da obesidade persistir na idade adulta.

Além de que é mais fácil mudar comportamentos não assertivos em crianças pequenas, do que em adultos, pelo facto de que nesta fase os padrões de personalidade e comportamento das crianças estão ainda em formação.

Porque tratar o sobrepeso?

Porque o excesso de peso é o caminho para a obesidade, com consequências para a saúde física, psicológica e social das pessoas que sofrem com isso.

A obesidade pode causar problemas de mobilidade, dificuldade respiratória, distúrbios da pele, sono, etc. Além disso, aumenta a probabilidade de sofrer de diabetes, hipertensão, alteração dos níveis de colesterol e triglicéridos, etc., assim como, o surgimento de doenças cardiovasculares (infarto, trombose, etc.), reduzindo significativamente a qualidade e a esperança de vida da pessoa.

A obesidade tem igualmente, consequências sobre a saúde emocional da criança: baixa autoestima, isolamento social, discriminação e até comportamentos alimentares disfuncionais que podem facilitar, conjuntamente com outros fatores, o aparecimento de distúrbios alimentares como bulimia ou anorexia nervosa.

Para finalizar, pode afirmar-se que é possível tratar o excesso de peso e que o tratamento tem como prémio melhorar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa.

CONSELHOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- *Faça uma reeducação alimentar e nutricional, prefira uma alimentação variada e equilibrada, incluindo alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos (frutas, verduras, legumes, cereais, carnes, peixes, leite, ovos...).*
- *Faça pelo menos 5 refeições por dia com um horário regular, evitando ficar longas horas em jejum.*
- *Desfrute de um pequeno-almoço saudável. Este deve incluir pelo menos 3 grupos de alimentos: laticínios (leite, queijo ou iogurte), cereais (pão, cereais, bolachas...) e frutas naturais (inteiras ou batidos).*
- *Evite petiscar entre as refeições e à noite.*
- *Beba pelo menos entre 1,5 litros de água por dia.*
- *Tome pelo menos 3 a 5 porções de fruta, legumes e verduras diariamente.*
- *Evite adicionar calorias extras, com ou sem valor nutricional (refrigerantes, bebidas desportivas, sumos industriais, bolos).*
- *Evite o consumo de alimentos ricos em gorduras tais como fritos, salsichas, patés, carnes vermelhas, doces, manteiga, margarinas, maionese...*
- *Coma sentado à mesa e sem pressa, mastigando bem a comida e evite deitar logo após as refeições.*
- *Não faça outras tarefas enquanto come (entreter-se com TV, videogames, ...)*
- *Use pratos pequenos (ajuda a moderar as porções).*
- *Pratique atividade física regular adaptada à sua idade, condição e preferências.*

6. MITOS E IDEIAS ERRADAS

- A obesidade é devida a problemas hormonais: normalmente a grande maioria dos pacientes obesos não tem **nenhum problema hormonal**.
- **A absorção de nutrientes nos obesos é diferente:** Os obesos absorvem os nutrientes da mesma forma que os não obesos.
- **A obstipação** (prisão de ventre) influencia no peso: A obstipação não tem nenhuma influência sobre o peso.
- **As vitaminas e minerais engordam:** As vitaminas e minerais, diferentemente de gorduras, proteínas e hidratos de carbono, são nutrientes que não fornecem calorias e, portanto, não engordam.
- **O sal engorda:** O sal é um mineral e não tem calorias. Pode provocar a retenção de líquidos em pacientes com insuficiência cardíaca, renal ou hepática, mas em pessoas normais não influencia o peso. Porém, o seu consumo em excesso é prejudicial à saúde.
- **Beber água durante as refeições engorda:** A água não tem calorias e, portanto, não engorda. No entanto, beber água durante as refeições diminui a velocidade da digestão e absorção dos alimentos.

- **Fruta depois da refeição engorda:**

A ordem em que a comida é consumida não influencia a capacidade de ganhar peso, o que conta é o total de calorias ingeridas diariamente. Uma fruta fornece as mesmas calorias, antes ou depois das refeições. Comer a fruta no início da refeição dá uma sensação de plenitude, devido ao seu alto teor de água e fibras, e pode ajudar a consumir menos de outros alimentos.

- **A banana engorda:** A banana não engorda. No entanto, assim como a uva e os figos, fornece mais calorias por 100 gramas do que frutas como a maçã, laranja, pera, morangos, pêssego, etc.

- **Comer apenas fruta durante um dia inteiro emagrece:** Comer apenas fruta ou diminuir a ingestão de alimentos durante um dia não faz perder gordura. Comer apenas fruta durante um dia, fornece ao organismo uma boa dose de vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes, mas não de proteínas, hidratos de carbono e gordura de que o organismo necessita.

- **O pão, as massas e batatas engordam:** O pão, assim como massas, batatas e outros tubérculos, são ricos em hidratos

de carbono, o nutriente que o nosso corpo necessita em maior quantidade, e não contêm quase nenhuma gordura. Porém, se consumidos em excesso contribuem para o aumento de peso.

- **A margarina engorda menos do que a manteiga:** Todos os óleos vegetais e animais têm as mesmas calorias.

- **O azeite cru não engorda:**

O azeite, seja, cru ou cozido, fornece exatamente 9 calorias por grama, o que equivale aproximadamente a 100 calorias por colher de sopa.

- **A carne de porco tem muita gordura:** A quantidade de gordura depende da parte do porco que consumimos. Assim, o lombinho é a parte menos gordurosa, o lombo contém um pouco mais, e a parte gorda é a costela. Além disso, a gordura de porco é geralmente visível, por isso é muito fácil eliminá-la.

- **Ovo frito está proibido:** O ovo é um alimento muito nutritivo. Ao fritar um ovo este absorve o óleo e aumentam as calorias.

- **Os guisados e estufados são pratos com muita gordura:** A quantidade de gordura e calorias contidas num ensopado ou guisado depende da

quantidade de óleo e do tipo de alimento utilizado.

- **Os fritos estão proibidos:** Os alimentos absorvem muita gordura durante a fritura.

É aconselhável utilizar pouco óleo, e bem quente, mas sem fumejar.

Deve-se colocar o alimento frito no papel da cozinha para absorver o excesso de gordura. Mesmo assim, os alimentos fritos continuam a ter mais gordura do que os preparados na grelha, assados ou cozidos a vapor.

- **O gás dos refrescos engorda:** O gás não engorda. As calorias dos refrigerantes dependem do açúcar e não do gás que eles contêm. Uma lata (33 cl) de refrigerantes (cerca de 140 calorias) equivale a um copo de água com 3 a 4 colheres de sopa de açúcar.

Para evitar calorias extras pode escolher lanches leves.

- **Os alimentos integrais não engordam:** os alimentos integrais fornecem mais fibras do que os refinados. Mas a ingestão de calorias é muito semelhante.

- **Os alimentos light emagrecem:** nos alimentos light é reduzida a quantidade de açúcares ou gorduras. No entanto, a quantidade calórica

continua elevada. Por isso, devem ser consumidos com moderação. Não servem para perder peso.

- **Para emagrecer é bom saltar refeições:** saltar refeições não é um bom hábito nem uma maneira correta de perder peso. É mais correto fracionar as calorias diárias em 4 ou 5 refeições por dia, por duas razões:

1. Ajuda a diminuir a ansiedade e desejo de devorar comida, após o período de jejum;

2. Cada vez que comemos o corpo gasta energia para digerir e assimilar os nutrientes, pelo que uma forma de consumir energia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranceta Bartrina J. *Obesidad infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud. ALIMENTACIÓN, CONSUMO Y SALUD. 2008, p. 216-46.*
- Aranceta J, Pérez Rodrigo C. *Obesidad infantil: condicionantes sociodemográficos. En: La obesidad en los niños. Un problema de todos. Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Puleva Food S.L. Granada 2009. p. 159-68.*
- Barlow SE, and the Expert Committee. *Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. Pediatrics 2007;120:S164-S192.- Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Gilles P, Resnicow K. Recommendations for Prevention of Childhood Obesity. Pediatrics 2007;120:S229-S253.-*
- Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. *Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. Pediatrics 2007;120:S193-S228.*
- Ministério da Agricultura e Ambiente. *Inquérito Nacional sobre a Vulnerabilidade Alimentar e Nutricional das Famílias (INVANF) 2018.*
- Rodríguez G, Fleta J, Moreno LA. *Definición y diagnóstico de la obesidad. En: La obesidad en los niños. Un problema de todos. Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Puleva Food S.L. Granada 2009. p. 9-26.*
- Serra Majem LL, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santa- na P, Peña Quintana L. *Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio en Kid (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003;121:725-32.*
- Spear BA, Barlow SE, Ervin Ch, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. *Obesity Recommendations for Treatment of Child and Adolescent Overweight and obesity. Pediatrics 2007;120:S254-S288.*

Perturbações Alimentares



Perturbações Alimentares

1. DEFINIÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se por provocarem uma alteração dos hábitos alimentares e da imagem corporal, com graves consequências para a saúde, pois podem levar ao aparecimento de problemas físicos, como situações de falta de algum nutriente, bem como ao aparecimento de alterações nas funções corporais, psíquicas e sociais ou em mais do que uma delas (alteração da relação do indivíduo com a comida e com o seu ambiente) (APA, 2013).

Estes distúrbios são frequentes e iniciam-se em idades cada vez mais jovens (ibidem).

Afetam muito mais as mulheres do que os homens (ibidem), havendo alguns grupos mais vulneráveis, como as ginastas, rececionistas, bailarinas e modelos.

2. CAUSAS DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

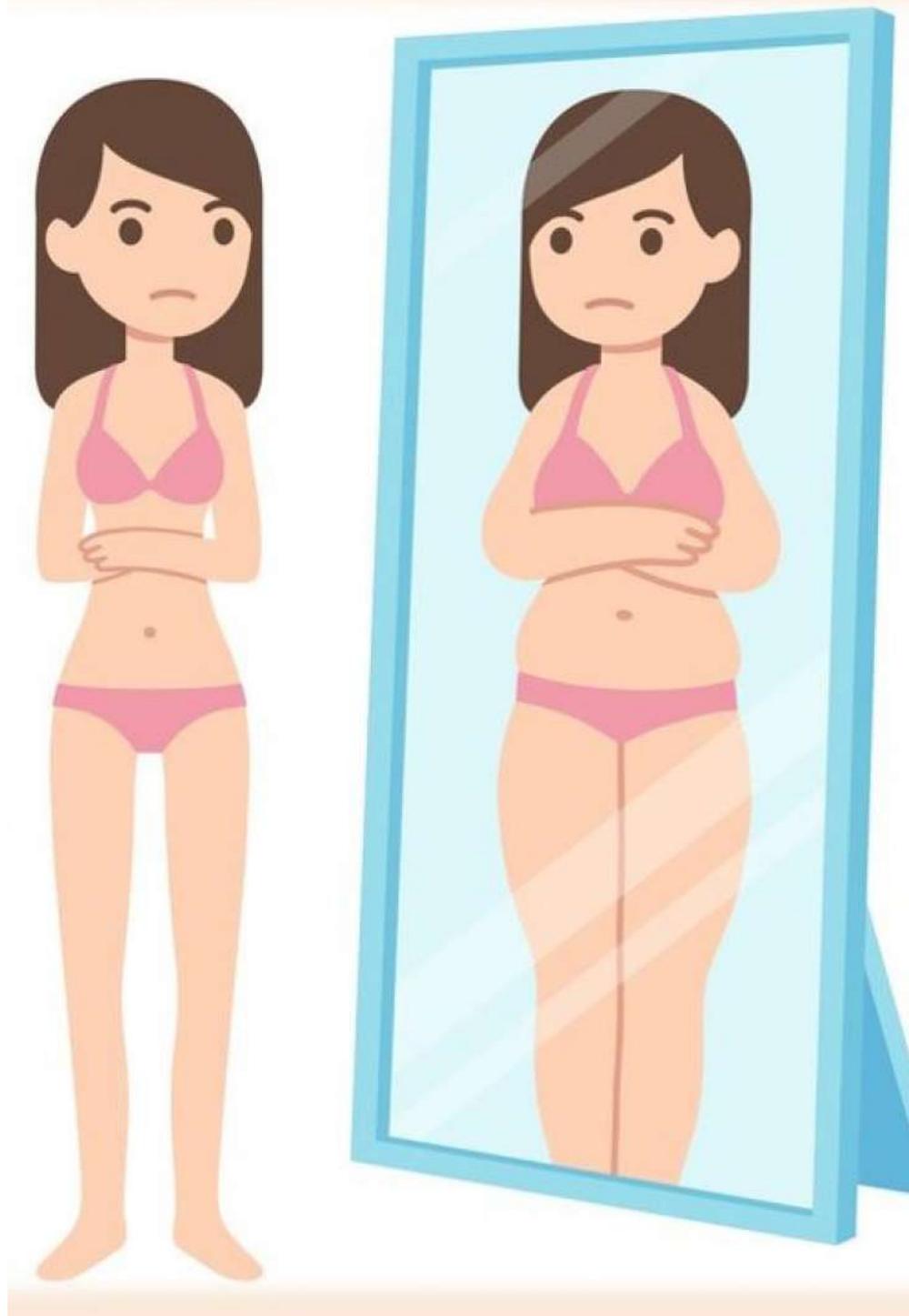
As causas das das perturbações alimentares podem ser múltiplas, reconhecendo-se que são influenciadas por fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Os fatores genéticos e psicológicos tornam o indivíduo mais vulnerável às influências sociais e culturais (como o culto da magreza enquanto modelo de sucesso social) que atuam como um gatilho para a precipitação da perturbação.

A maioria dos casos começa com dietas para perda de peso sem controlo de um profissional.

Por outro lado, as perturbações podem também aparecer devido à não-aceitação das mudanças corporais na puberdade, complexos físicos, morte de um ente querido, conflitos com os pais ou no casal, etc.

Entre as características psicológicas, surgem a insegurança, baixa autoestima, perfeccionismo, medo do fracasso ou de amadurecer.



3. TIPOS DE PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

O DSM V (APA, 2013) inclui as seguintes perturbações alimentares: pica, ruminação, perturbação alimentar restritivo/evitante, anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação de compulsão alimentar.

As perturbações mais conhecidas são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, embora haja outras também frequentes, como a perturbação de compulsão alimentar periódica.

Nos últimos anos surgiram outras alterações do comportamento alimentar, como a ortorexia e a vigorexia (Catalina Zamora et al., 2005), que não sendo reconhecidas ainda como entidades nosológicas, não foram incluídos neste guia.

Embora todas mereçam atenção por parte dos pais e profissionais de saúde, no presente guia são descritas apenas as perturbações alimentares mais frequentes.

Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa caracteriza-se essencialmente por:

- Recusa em manter o peso corporal num nível igual ou superior ao mínimo considerado normal para a idade, sexo e altura (manutenção do peso abaixo de 85% do esperado).
- Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com o peso abaixo do normal.
- Distorção da imagem corporal (perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual).

- Nos adolescentes, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. Em meninas pré-púberes, a menarca (o primeiro período menstrual) pode atrasar-se.

As pessoas que sofrem de anorexia nervosa têm um medo enorme de serem obesas e uma preocupação exagerada com a comida, aspeto físico e peso. Este medo leva-as a seguir uma dieta muito rigorosa (muito baixa em calorias e com um suprimento incorreto de nutrientes) e a realizar ações para “queimar” o que comem (muita atividade física, provocar vômitos, usar drogas para diminuir o apetite, abuso de laxantes e diuréticos). Isto pode conduzir a um estado de desnutrição grave, que pode, mesmo, levar à morte. No entanto, geralmente, não estão cientes de sua doença ou do risco que correm devido a este comportamento.

São pessoas, regra geral, perfeccionistas, competitivas, introvertidas, com tendência ao isolamento social e muito responsáveis. O aparecimento da anorexia nervosa passa muitas vezes despercebido, por isso é importante conhecer as suas manifestações iniciais, como sejam:

- Cortar os alimentos em pedaços muito pequenos e mastigá-los durante muito tempo.
- Diminuir a quantidade de comida e distribuí-la no prato.
- Escolher comida sem gordura e muito baixa em calorias (“evitar os alimentos que engordam”).
- Saltar refeições e deitar a comida fora em segredo.
- Comer sozinho e mentir sobre o que come.
- Ir à casa de banho imediatamente após a refeição para vomitar.
- Fazer exercício físico de forma excessiva, escolhendo os que queimam muitas calorias.

- Fazer exercício físico imediatamente depois de comer, principalmente sozinho.
- Humor depressivo, irritabilidade e ansiedade.
- Isolar-se dos amigos.
- Tendência para o perfeccionismo.
- Muito crítico e exigente consigo próprio.
- Falar constantemente sobre alimentação e figura corporal.
- Negar que tem fome.
- Preocupação constante com o peso e a silhueta e uma preocupação exagerada com a obesidade.

Quando a perturbação se encontra em fase avançada podem aparecer outros sinais, como:

- Interrupção do ciclo menstrual (amenorreia).
- Cabelos muito finos e escassos. Crescimento de pelos muito finos no corpo (lanugo).
- Osteoporose
- Alterações nos dentes, pela repetida provocação de vômito.
- Problemas gastrointestinais frequentes.
- Cor amarelada na palma das mãos e planta dos pés.
- Calos no dorso dos dedos pela repetida provocação de vômito.
- Pequenas hemorragias nos olhos e à sua volta, causadas pela força para vomitar.
- Pele seca e fria, palidez e unhas quebradiças.

A anorexia nervosa é um problema de saúde muito sério que pode inclusive levar à morte. Por isso, na presença de alguns destes sintomas, é aconselhável consultar um Psicólogo, Psiquiatra ou Médico.

Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa é uma perturbação alimentar que se caracteriza por episódios repetidos de ingestão de grandes quantidades de alimentos num curto período de tempo (compulsão), normalmente às escondidas, seguida por comportamentos de compensação, tais como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas e produtos de emagrecimento, e jejum drástico, acompanhado ou não por exercício físico excessivo (APA, 2013).

As pessoas com esta perturbação, geralmente mais mulheres do que homens, estão conscientes de que o seu padrão alimentar não é normal, que está fora do seu controle, por isso sentem muita angústia e, posteriormente, têm sentimentos de culpa, autoaversão, vergonha e depressão. É um distúrbio que passa facilmente despercebido e é vivido com importantes sentimentos de vergonha e culpa.

O medo de ganhar peso e a preocupação com a imagem corporal estão sempre presentes, o que provoca níveis elevados de ansiedade. Os indivíduos com bulimia nervosa têm muito medo de não serem capazes de parar de comer, e muita dificuldade em controlar os impulsos, o que pode, também, estar associado ao abuso de álcool, de tabaco, sexuais, etc. (ibidem).

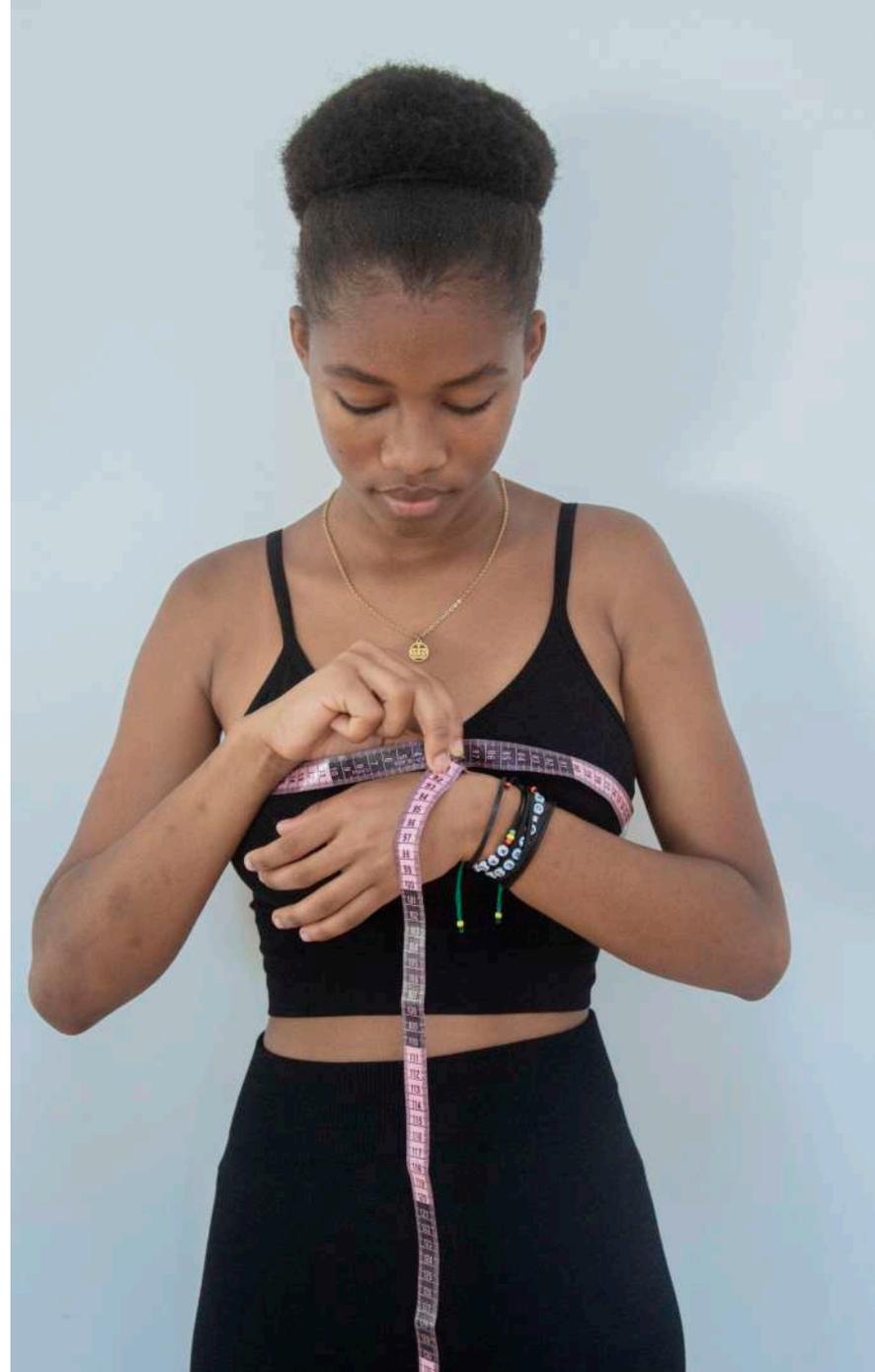
Tendem a ser inseguros, insatisfeitos consigo mesmos e obsecados com o peso e a comida.

Ao contrário das pessoas com anorexia, as pessoas com bulimia nervosa podem apresentar uma aparência saudável, com peso normal, baixo ou sobrepeso.

A bulimia nervosa tem início na adolescência ou na idade adulta jovem (ibidem). Partilha alguns sinais exteriores com a anorexia nervosa:

- Aumento de glândulas salivares.
- Inflamação das gengivas.
- Erosões na face interna dos dentes, pela repetida provocação de vômito.
- Problemas gastrointestinais frequentes, acidez, diarreia e sangramento pelo reto.
- Calos no dorso dos dedos pela repetida provocação de vômito.
- Pequenas hemorragias nos olhos e à volta deles, causadas pela força para vomitar.
- Ir à casa de banho imediatamente depois de comer para vomitar.
- Fazer exercício físico de forma excessiva.
- Arritmias cardíacas.

A bulimia nervosa é um problema de saúde muito sério. Na presença de alguns destes sintomas, é aconselhável consultar um Psicólogo, Psiquiatra ou Médico.



PERTURBAÇÃO DE COMPULSÃO ALIMENTAR

A perturbação de compulsão alimentar periódica é uma perturbação alimentar caracterizada pela ingestão repetida de grandes quantidades de alimentos (comer compulsivamente), acompanhado de um sentimento de perda de controlo durante o episódio de compulsão alimentar. Os episódios de compulsão alimentar não são seguidos de tentativas de compensar a ingestão excessiva de alimentos (vômito autoinduzido, utilização de laxantes, diuréticos ou outro tipo de medicação ou exercício físico excessivo). A perturbação de compulsão alimentar periódica é mais frequente em pessoas com sobrepeso ou obesas.

Prevalência

De um modo geral, aproximadamente 3,5% das mulheres e 2% dos homens têm perturbação de compulsão alimentar periódica. Mas a perturbação torna-se mais comum com o aumento do peso corporal. A maioria das pessoas com perturbação de compulsão alimentar periódica é obesa - a própria perturbação contribui para o consumo excessivo de calorias e tendem a ser mais velhas que as que sofrem de anorexia ou bulimia, sendo cerca de metade do sexo masculino.



Sintomas

Durante um episódio de compulsão alimentar, a pessoa ingere uma quantidade de alimentos muito superior ao que a maioria das pessoas consumiria num período e circunstâncias semelhantes. Durante e após os episódios de compulsão alimentar, a pessoa sente como se tivesse perdido o controle. A pessoa com a perturbação de compulsão alimentar periódica não compensa a ingestão excessiva de alimentos ao praticar purgação (ao autoinduzir o vômito ou ao utilizar incorretamente laxantes, diuréticos ou enemas), exercícios em excesso ou jejum. A compulsão alimentar ocorre em episódios, ao contrário da superalimentação que é constante.

A pessoa com perturbação de compulsão alimentar periódica:

- Come mais rápido do que o normal
- Come até se sentir desconfortável
- Ingere grandes quantidades de alimentos, mesmo sem fome
- Come sozinha para não ficar constrangida
- Sente-se desgostosa, deprimida ou culpada após um episódio de alimentação excessiva.

A perturbação de compulsão alimentar periódica causa angústia, sobretudo em pessoas que estão a tentar perder peso. Essas pessoas estão mais propensas a ter depressão ou ansiedade em comparação com aquelas que não apresentam essa perturbação. Além disso, as pessoas obesas com perturbação de compulsão alimentar periódica são mais propensas a ter preocupação com a forma física, com o peso ou ambos, quando comparadas com as pessoas obesas que não comem compulsivamente.

Os sintomas ligeiros de perturbação alimentar na criança

não são preocupantes e podem resolver-se apenas com psicoeducação parental. Tranquilizá-los acerca da saúde da criança, explicar as variações próprias do desenvolvimento, incentivá-los a resolver os problemas em conjunto e explorar as suas preocupações, pode ser suficiente. Os casos de perturbação moderada exigem um tratamento específico e um acompanhamento e observações frequentes da criança. Sugerir aos pais a prática dos bons hábitos alimentares anteriormente descritos, pode ser uma boa ajuda. No entanto, a incapacidade de implementar essas sugestões pode ser indicador de disfunção familiar ou de psicopatologia, tornando-se necessária a orientação para um psicólogo. Nos casos mais graves, quando interferem claramente com a saúde da criança, com o funcionamento familiar e há sinais de a criança não estar a conseguir manter um ritmo de crescimento normal, o caso é de maior alarme. Se ocorreu perda de peso ou a família manifesta um grande mal-estar ou conflito tendo como causa a recusa alimentar total da criança, as grandes batalhas às refeições ou uma grande restrição de alimentos, será necessária a intervenção conjunta de uma equipa multidisciplinar, constituída por pedopsiquiatra, psicólogo e técnico de serviço social, em articulação com outros técnicos de saúde como o enfermeiro e o nutricionista.

PICA

A PICA é uma perturbação alimentar que se caracteriza essencialmente pela ingestão persistente de substâncias não nutritivas por pelo menos um mês numa idade para a qual esse comportamento não é assertivo em termos de desenvolvimento. Isto é, a ingestão de itens ou substâncias que não são alimentos. Por exemplo, lixo, terra, areia, pedras, fósforos queimados, cabelo, fezes,

madeira, gesso, agulhas, corda, unhas, papel, beatas de cigarro, plástico borrachas, lascas de tinta, carvão, giz, etc. A prevalência da atividade de PICA é desconhecida, visto que na maioria das vezes não é relatada. No entanto, é mais comumente diagnosticada em mulheres e crianças, especialmente aquelas com atrasos mental e de desenvolvimento, particularmente aquelas com esquizofrenia e autismo.

Causas do comportamento PICA

Na população em geral, pensa-se que a razão mais comum para o comportamento de PICA é a anemia ou a ausência ou falta de minerais importantes, como ferro ou zinco. Alguns dedicam-se a essa atividade simplesmente porque gostam do sabor, textura ou cheiro dos itens.

O consumo contínuo desses itens é reforçador pois ativa o circuito de recompensa no cérebro, fazendo com que o indivíduo anseie ainda mais pela substância.

Algumas crianças pequenas costumam ingerir itens não comestíveis por causa do tédio ou simplesmente pelo prazer de colocar coisas na boca.

Outra população que corre algum risco são as mulheres grávidas, sobretudo no primeiro trimestre da gravidez. Embora ainda não se conheça a origem desse desejo, as mulheres grávidas podem repentinamente ansiar por itens como barro ou sabão.

Consequências da PICA

A PICA é um comportamento extremamente perigoso.

Possíveis complicações incluem:

Envenenamento: o consumo de substâncias tóxicas (tinta, chumbo, etc.) pode envenenar o indivíduo. Em crianças, pode traduzir-se em dificuldades de aprendizagem, danos cerebrais ou morte.

Dano físico: a ingestão de produtos não comestíveis (ex. pedras) pode levar a danos graves nos dentes.

Comer objetos que não podem ser digeridos, como plástico ou metal, pode causar prisão de ventre ou bloqueios no trato digestivo, incluindo os intestinos. Objetos duros ou pontiagudos, como vidro ou agulhas, podem perfurar o revestimento do intestino.

Infeções: bactérias ou parasitas podem causar infeções e alguns podem afetar os rins ou o fígado.

Deficiências nutricionais: uma alimentação não saudável pode resultar em deficiências nutricionais graves, que comprometem a saúde.

O que fazer?

À semelhança da maioria das perturbações alimentares, a PICA raramente se resolve sem tratamento. Uma pessoa que costuma comer objetos ou substâncias que não sejam alimentos, deve consultar um médico, psicólogo ou psiquiatra.

MERICISMO

A característica essencial do mericismo é a regurgitação e mastigação repetidas, durante um período de pelo menos um mês, a seguir a um período de funcionamento normal.

Os alimentos parcialmente digeridos voltam à boca, sem náuseas, vômitos, repugnância ou perturbações gastrointestinais associadas. Os alimentos são então cuspidos ou, mais frequentemente, mastigados e deglutidos outra vez. Os sintomas não são devidos a uma doença gastrointestinal associada nem a outro estado físico geral (por exemplo, síndrome de Sandifer, refluxo esofágico) e não ocorrem exclusivamente durante a evolução da Deficiência Mental ou de uma Perturbação Global de Desenvolvimento são suficientemente graves para merecer uma atenção clínica independente (APA, 2013).

Características associadas

As crianças com mericismo mostram-se geralmente irritáveis e famintas entre os períodos de regurgitação. Ainda que a criança esteja aparentemente faminta e ingira grandes quantidades de alimentos, pode ter má nutrição porque a regurgitação segue-se imediatamente à ingestão alimentar. Pode haver perda de peso, ausência de aumentos ponderais esperados e inclusivamente a morte (com taxas de mortalidade que atingem níveis elevados como os 25%). A má nutrição parece ser menos frequente nas crianças mais velhas e nos adultos, os quais podem manifestar a perturbação de modo contínuo ou episódico. Podem constituir fatores predisponentes: problemas psicossociais como a falta de estimulação, abandono, situações vitais indutoras de stresse e problemas na relação pais-filho. A falta de estimulação da criança pode resultar do facto de a pessoa que cuida dela ficar desencorajada e inibir-se pelo insucesso das experiências alimentares ou pelo cheiro desagradável do material regurgitado. Nalguns casos pode desenvolver-se uma perturbação da alimentação da primeira infância ou início da segunda infância. Um fator predisponente nas crianças

mais velhas e adultos é a deficiência mental (APA, 2013).

Prevalência

O mericismo é muito pouco comum e observa-se mais frequentemente no sexo masculino do que no sexo feminino (APA, 2013).

Evolução

O início do mericismo pode acontecer no contexto de certos atrasos de desenvolvimento. A idade de início situa-se entre os 3 e os 12 meses de idade, com exceção dos sujeitos com atraso mental, nos quais a perturbação pode ter início em estádios posteriores de desenvolvimentos. Nas crianças, a remissão pode ocorrer espontaneamente. No entanto, nalguns casos graves a evolução é contínua (APA, 2013).

OUTRAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

A Perturbação da Alimentação da Primeira Infância ou do início da segunda infância e a Perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação não foram abordados aqui por serem muito pouco comuns. De sublinhar que em qualquer perturbação alimentar verifica-se uma desordem clara nas atitudes e hábitos alimentares e/ou nos comportamentos de controlo ponderal, com uma disfuncionalidade clinicamente significativa que deve ser alvo de intervenção.

4. COMO PREVENIR AS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

Apesar de não haver uma maneira segura de prevenir as perturbações alimentares, algumas estratégias podem ser úteis no desenvolvimento de comportamentos alimentares adaptativos:

Pratique uma alimentação saudável na família. Os hábitos alimentares da família podem influenciar as relações que as crianças desenvolvem com a comida. Fazer as refeições em família pode ser uma oportunidade de ensinar às crianças e incentivar uma dieta equilibrada em porções razoáveis. Os pais devem ser modelos de comportamento alimentar para os filhos.

Dialogue com o seu filho sobre a alimentação. Existem vários sites que promovem ideias perigosas, tais como apresentar a anorexia como uma escolha de estilo de vida em vez de uma perturbação alimentar. É crucial corrigir quaisquer ideias erróneas como essa e conversar com a criança sobre os riscos de escolhas alimentares pouco saudáveis.

Estimule e reforce a construção de uma imagem corporal assertiva. Converse com a criança sobre a autoimagem e mostra-lhe que as formas do corpo varia de pessoa para pessoa. Evite criticar o seu próprio corpo a frente da criança. Mensagens de aceitação e respeito podem ajudar a construir uma autoestima saudável e resiliência que ajudará no período da adolescência e ao longo da vida.

Ajuda dos profissionais de saúde. Nas consultas de pediatria, os médicos podem identificar os primeiros indicadores de uma perturbação alimentar. Eles podem fazer perguntas às crianças sobre os seus hábitos alimentares e satisfação com a aparência durante as consultas de rotina, por exemplo. As consultas devem incluir verificações de percentis de altura e peso e índice de massa corporal, que podem alertar o médico e a família da criança sobre quaisquer mudanças significativas.



As perturbações alimentares podem ser fatais. Na dúvida, consulte um psicólogo, médico ou psiquiatra.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: APA.
- Aranceta Bartrina J. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Arch Latinoam Nutr*. 2007; 57: 313-5.
- Catalina Zamora ML, Bote Bonaecha B, García Sánchez F, Ríos Rial B. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr*. 2005; 33:66-8.
- Gonzalez A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician*. 2007; 36:614-9.
- González-Meneses A, González-Meneses. Trastorno de la conducta alimentaria. *Pediatr Integral* 2004; VIII: 665-70.
- González Martí, I. Vigorexia; instrumentos para su detección. V Congreso Asociación Española de Ciencias del deporte. Disponible en: <http://www.5congreso-aecd.unileon.es/comunicaciones/gonzalezvigorexia.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01*. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alum_compl_(4_jun).pdf)
- Herzog DB, Eddy KT. Eating disorders: What are the risks? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48: 782–3.
- Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *J Athl Train* 2005; 40:352-9.
- Mosley PE. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur Eat Disord Rev*. 2009; 17:191-8.
- Muñoz R, Martínez A. Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de conducta alimentaria? *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 2007; 5: 457-82.
- Rosa Behar A. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Rev Méd Chile* 2008;136: 1589-98.
- Williams PM, Goodie J, Motsinger ChD. Treating Eating Disorders in Primary Care. *Am Fam Physician*. 2008; 77:187-97.
- Harrington B., Jimmerson M. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*. 2015; 91: 46-52

LIGAÇÕES DE INTERESSE

www.eufic.org/article/en/artid/eating-disorders-update/

Dietas Vegetarianas

DIETAS VEGETARIANAS

1. O QUE É UMA DIETA VEGETARIANA?

É aquela que não inclui produtos de origem animal, ou seja, carne, peixe, aves, ovos, leite, ou produtos que os contenham.



2. TIPOS DE DIETAS VEGETARIANAS

Existem diferentes tipos de dietas vegetarianas, as principais são:



Ovo-lacto-vegetariana. A dieta baseia-se na ingestão de cereais, legumes, frutas, verduras, leguminosas, frutos secos, incluindo laticínios e ovos. As pessoas que seguem esta dieta não consomem carnes, peixes ou aves.



Lacto-vegetariana: A dieta baseia-se na ingestão de cereais, legumes, frutas, verduras, leguminosas, frutos secos, incluindo laticínios. As pessoas que seguem esta dieta não comem ovos, carne, peixe ou aves.



Vegan ou vegetariana total. As pessoas que seguem esta dieta não consomem produtos láteos ou qualquer outro produto de origem animal. A dieta baseia-se no consumo de cereais, legumes, frutos secos, leguminosas, verduras, cogumelos e frutas.

Dada a grande variedade de dietas vegetarianas, é obrigatório avaliar individualmente cada uma delas. Devem ser bem selecionados os alimentos a serem consumidos e bem calculadas as quantidades de nutrientes, de modo a não se verificarem deficiências, especialmente de ferro, cálcio, zinco e vitaminas D e B12. O maior risco destas deficiências ocorre em períodos de maior stress físico ou de crescimento acelerado, como na infância e adolescência. Por isso, esse tipo de dieta deve ser acompanhado por um nutricionista.

3. RISCOS E BENEFÍCIOS DAS DIETAS VEGETARIANAS

As dietas vegetarianas oferecem vários benefícios ou vantagens nutricionais, uma vez que fornecem menos gordura saturada, colesterol e proteínas animais e uma quantidade maior de hidratos de carbono, fibras, magnésio, potássio, ácido fólico e antioxidantes, como vitamina C, vitamina E, e fitoquímicos. Neste sentido, os vegetarianos apresentam níveis mais baixos de colesterol e de pressão arterial e apresentam um risco menor de ter um acidente cardiovascular (ataque cardíaco, trombose), sofrem menos de prisão de ventre, doenças de pele, hipertensão, diabetes tipo 2 e cancro de próstata e do intestino.

Por outro lado, as desvantagens das dietas vegetarianas, especialmente a dieta vegan, é que fornecem menos energia, proteínas, aminoácidos essenciais, ácidos gordos ômega-3, cálcio, vitaminas D e B12, ferro, zinco e iodo.

- **Energia:** Os vegetais fornecem geralmente poucas calorias e têm baixa quantidade e biodisponibilidade (baixa capacidade de absorção) de nutrientes, pelo que é necessário consumir grandes quantidades. Neste sentido, nos primeiros anos de vida pode ser difícil fornecer a energia necessária, devido ao pequeno tamanho do estômago da criança.

- **Proteínas:** são necessárias para o crescimento, reparação de tecidos e para o bom funcionamento do sistema imunológico (“defesas”).

As carnes, ovos e peixes fornecem proteínas de maior qualidade e de fácil absorção. No entanto, as proteínas de origem vegetal são mais difíceis de digerir e absorver, por isso o seu consumo deve ser maior. Além disso, os vegetais não possuem alguns aminoácidos essenciais (aqueles que não podem ser fabricados pelo organismo e que devem ser fornecidos pela dieta). Assim, é necessário ter uma variedade correta de alimentos vegetais ao longo do dia, não sendo necessário que todos os aminoácidos sejam ingeridos numa única refeição.

Na dieta, deve-se combinar as leguminosas com os cereais, de forma a obter os aminoácidos essenciais. Por exemplo, podemos combinar o milho com o feijão (cachupa), o arroz com o feijão, lentilhas, grão-de-bico, salada de feijão-frade com quinoa, bolo de farinha

de trigo integral com amendoim, camoca com amendoim, etc.

- **Ácidos gordos omega-3 (ω -3):** O ser humano deve incluir na dieta ácidos gordos ômega-6 (ω -6) e omega-3 (ω -3). As dietas vegetarianas são geralmente ricas em ácidos gordos ω -6 (encontrados em sementes de girassol, milho, amendoim, soja, uva e azeites), mas pode ser baixa em ácidos gordos ω -3 (encontrados em peixes azuis como salmão, atum, cavala, chicharro, bonito e alimentos enriquecidos como ovos e leite). Por isso, numa dieta vegetariana recomenda-se:

- Comer uma quantidade suficiente de alimentos ricos em omega-3, como a linhaça, sementes de abóbora, nozes, amêndoas;

- Evitar comer alimentos ricos em ácidos gordos trans como as margarinas, produtos de pastelaria, doces industriais;

- Evitar o excesso de alimentos ricos em omega-6.

- **Ferro:** O ferro é essencial para o crescimento e é necessário para o transporte de oxigénio para os tecidos.

O ferro existente nos produtos lácteos, ovos e vegetais não é facilmente absorvido. Além disso, as dietas vegetarianas são ricas em fibra e fitatos, que são nutrientes que reduzem a absorção de ferro.

Para melhorar a sua absorção deve-se consumir alimentos ricos em vitamina C, presente em frutas e legumes (laranja, limão, papaia, tomate e rúcula). Por

outro lado, colocando de molho as leguminosas, cereais e sementes, assim como a fermentação de pão, melhora a absorção de ferro.

São exemplos de vegetais ricos em ferro:

- Frutos secos: figos, tâmaras, uvas e ameixas.

- Hortaliças: salsa, couve, coentros, espinafres, agrião;

- Leguminosas: feijão congo/ervilha, feijão preto, feijão branco, lentilha, feijão manteiga (sapatinha), feijão pedra, feijão-frade (bongolom), favas.

- alimentos fortificados, como os cereais matinais, farinha enriquecida. Os alimentos fortificados são aqueles em que é adicionado um nutriente essencial, como ferro, cálcio, ácido fólico.

- **Cálcio:** O cálcio faz parte dos ossos, intervém na coagulação do sangue e na contração dos músculos.

Os principais alimentos ricos em cálcio são o leite e os seus derivados, como o iogurte e queijo.

O cálcio está também presente em muitos alimentos de origem vegetal e em alimentos fortificados (sumos de fruta, leite, queijos, cereais matinais, etc.).

Outros alimentos vegetais que contêm cálcio, embora de menor absorção pelo organismo, são leite de soja fortificado sementes de sésamo, amêndoas, feijão vermelho e branco e figos.

Os alimentos de origem vegetal ricos em oxalatos ou que favorecem a sua produção (espinafre, beterraba, frutas ricas em vitamina C como morango, laranja, kiwi, chocolate, chá preto, café,

amendoim, produtos oleaginosos como nozes e castanhas) impedem a absorção de cálcio pelo organismo, pois os oxalatos e o cálcio competem pela sua absorção a nível intestinal.

O consumo de legumes que têm pouco oxalato (pepino, aspargos, brócolos, repolho, couve, folhas verdes de nabo, quiabo) bem como algumas frutas (maçã, abacate, ameixa, melão, melancia) não dificultam a absorção do cálcio.

- **Vitamina D:** A quantidade de vitamina D do organismo depende da exposição ao sol, da ingestão de alimentos fortificados com vitamina D ou de suplementos desta. Entre os alimentos fortificados com a vitamina D, incluem-se o leite de vaca, algumas bebidas de soja e de arroz.

- **Vitamina B12** (Cianocobalamina ou cobalamina): É fundamental na produção de células sanguíneas e no funcionamento do sistema nervoso. Não há vegetal que contenha quantidades suficientes de vitamina B12 ativa, a menos que seja fortificado com esta. Pessoas com dietas ovo-lacto-vegetarianas podem atingir níveis adequados de vitamina B12 a partir de laticínios (leite, queijo, iogurte) e ovos se os consumirem regularmente (por exemplo 2 copos de leite diário e 3 ovos por semana). Nem os produtos fermentados da soja e nem a alga Spirulina são uma fonte confiável de vitamina B12 ativa, pois estes possuem uma forma inativa da Vitamina (pseudo vitamina), que também interfere na absorção de forma ativa.

Apenas certas algas marinhas contêm vitamina B12 ativa. É crucial garantir

uma fonte regular de vitamina B12 nas mulheres grávidas, nas mães que amamentam e para os lactentes, caso a mãe não estiver a tomar suplementos. Os bebés de mulheres vegans têm um alto risco de deficiência de vitamina B12.

A absorção desta vitamina é melhor quando são consumidas pequenas quantidades, em intervalos regulares, que pode ser feito através do consumo de alimentos fortificados.

- **Zinco e outros minerais:** O zinco é essencial na produção e funcionamento de proteínas e do ácido desoxirribonucleico (DNA). Reforça o sistema imunológico (“defesas”) e ajuda na cicatrização das feridas.

Legumes, grãos, feijões e nozes contêm cobre, zinco e magnésio. Os derivados de soja, cereais integrais e pão integral podem aumentar a sua disponibilidade para o consumo.

Devido à presença de fitatos, oxalatos e fibras, a absorção de zinco é menor nas dietas vegetarianas.

Algumas técnicas de preparação de alimentos, como deixar de molho os legumes, cereais e sementes, bem como a fermentação do pão, graças ao fermento (levedura), podem aumentar a absorção de zinco.

4. DIETAS VEGETARIANAS NAS DIFERENTES ETAPAS DA VIDA

Segundo a Associação Americana de Nutricionistas, as dietas vegans, lacto-vegetarianas e ovo-lacto-vegetarianas bem planejadas cobrem as necessidades do bebê, da criança e do adolescente, promovendo o crescimento normal. Além disso, as dietas vegetarianas podem, durante este período, ajudar a estabelecer padrões saudáveis de alimentação ao longo da vida e oferece algumas vantagens nutricionais, uma vez que as crianças e os adolescentes vegetarianos ingerem menos colesterol, gordura saturada e gordura total, e consomem mais frutas, vegetais e fibras do que aqueles que não seguem uma dieta vegetariana.

As pessoas destas idades que fazem dietas vegetarianas são mais magras e têm níveis mais baixos de colesterol no sangue.

Grávidas e mães que amamentam

As dietas vegetarianas podem cobrir as necessidades de nutrientes e energia das mulheres grávidas, tendo os bebês um peso ao nascer semelhante aos bebês de mães não vegetarianas.

No entanto, nestas pessoas, pode ser necessário o uso de suplementos de ferro para prevenir ou tratar a anemia por deficiência de ferro, comumente observada durante a gravidez.

As mulheres que pensam engravidar são aconselhadas a consumir ácido fólico diariamente a partir de suplementos, alimentos fortificados ou de ambos, para além do consumo de ácido fólico através de uma dieta variada.

Primeiro ano de vida

Quando os bebês filhos de mães vegetarianas recebem quantidades adequadas de leite materno e a suas dietas contém boas fontes de energia e nutrientes, como ferro, vitamina B12 e vitamina D, o crescimento durante toda a infância é normal.

No entanto, as dietas muito restritivas têm sido associadas a um atraso de crescimento e, portanto, não podem ser recomendadas para os bebês durante esta fase da vida.



- **AMAMENTAÇÃO:** O leite materno das mulheres vegetarianas é semelhante em composição ao leite das mulheres não vegetarianas, sendo nutricionalmente adequado, mas devemos ter em conta alguns aspetos:

Mulheres com dietas vegans devem tomar suplementos vitamínicos ou tomar alimentos fortificados com vitamina B12, tais como cereais matinais, bebidas vegetais e certos produtos derivados de soja, de modo que tanto a mãe como os bebés tenham quantidades necessárias de vitamina B12.

É muito importante saber que, se a dieta da mãe não tiver quantidades adequadas de vitamina B12, devem ser fornecidos suplementos ao bebé.

Tem-se observado que o leite materno de mulheres vegetarianas contém menor quantidade de ômega 3, por isso, as mulheres com dietas vegans ou as vegetarianas grávidas, a menos que consumam regularmente ovos, devem incluir nas suas dietas alimentos ricos em ácidos gordos ômega-3 ou usar um suplemento vegetariano de DHA a partir de microalgas.

Além disso, a ingestão de alimentos contendo ácido linoleico (óleo de milho, cártamo, óleo de girassol) e ácidos gordos trans (margarinas, produtos de pastelaria, doces industriais) deve ser limitada. Desta forma, o leite materno terá níveis adequados de DHA.

ALEITAMENTO ARTIFICIAL: Se os bebés não são amamentados ou se são desmamados antes de um ano de idade, devem ser usadas fórmulas comerciais adaptadas para bebés.

A fórmula de soja (suplementada com que não estão a ser amamentados o aminoácido metionina, ferro e vitaminas) é a única opção para bebés com dietas vegans.

O leite de soja, de arroz, de aveia, de nozes, de amêndoas, as “fórmulas caseiras”, o leite de vaca ou de cabra não devem ser usados para substituir o leite materno ou fórmula comercial para bebés durante o primeiro ano.

Estes alimentos são pobres em proteínas e gorduras e não possuem os níveis adequados de vitaminas e minerais, como o cálcio para o bebé, o que pode causar sérios distúrbios nutricionais e de crescimento. Lembra-se que nesta idade o bebé

pode ser exclusivamente alimentado com leite materno até ao 6º mês de vida.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: As diretrizes para a introdução de outros alimentos, além do leite, são as mesmas tanto para os bebés vegetarianos como para os não vegetarianos.

Estes alimentos nunca devem ser introduzidos antes dos 4 meses de idade.

Deve tentar-se introduzir um alimento de cada vez e com intervalos de pelo menos 2 ou 3 dias. Assim será mais fácil identificar o alimento responsável por uma possível reação adversa.

Os primeiros alimentos, a partir do 4º ou do 6º mês, podem incluir papas feitas com arroz, purés de frutas como a banana, a pera e a maçã, e vegetais como cenouras e batatas.

Aos 5-6 meses podem introduzir-se papas de trigo e aveia (cereais com glúten).

Alimentos ricos em proteínas, como as leguminosas cozidas e

triturados (amassados e peneirados, se necessário), tofu amassado ou triturado e iogurte de soja podem ser introduzidos por volta dos 7 meses.

Os ovo-lacto-vegetarianos podem, também, a partir do 9º mês, comer iogurte de leite de vaca, gema de ovo cozido e requeijão.

Mais tarde, quando já comem alimentos sólidos, podem introduzir-se alimentos ricos em energia e nutrientes, tais como, queijo de vaca ou soja, frutas secas cozidas, abacate esmagado e pequenos pedaços de hambúrguer de soja.

O xarope de milho e o mel não devem ser administrados a crianças com menos de um ano de idade, devido à sua alta sensibilidade ao botulismo (intoxicação alimentar), em caso de contacto com o bacilo por *Clostridium botulinum*, facto descrito como comum nestes alimentos.

Por volta dos 6 meses de vida, as reservas de ferro do organismo se esgotam, tanto nos vegetarianos como nos omnívoros, pelo que se

deve incluir na dieta alimentos ricos em ferro, como cereais enriquecidos. Outras fontes (respeitando sempre a idade da introdução) são os alimentos integrais, leguminosas, verduras e nozes. Para promover a absorção de ferro é conveniente adicionar vitamina C, que se encontra em verduras verdes, cítricos ou, então, acompanhando a comida com sumo de laranja.



Período de 1 a 3 anos

Nessas idades, seguindo ou não dietas vegetarianas, as crianças tendem a comer menos devido a um crescente sentimento de independência e a uma diminuição da taxa de crescimento. Estes primeiros anos são, também, importantes para estabelecer a base de uma dieta saudável no futuro.

Após o período de desmame, devemos seguir as seguintes recomendações:

- Calcular bem a contribuição de calorias (energia), para evitar desnutrição e nanismo. Alimentos como os abacates, cremes de nozes e sementes, compotas, geleias, azeites, frutas secas, produtos derivados do azeite fornecem uma boa fonte de energia. Lanchar e comer com frequência também contribui para a adequada ingestão de energia.

- Evitar o consumo excessivo de fibras. Porque possuem um estômago pequeno, sendo que um elevado consumo de fibras faz com que se sintam saciados antes que o aporte de energia seja suficiente. Caso seja necessário, pode reduzir-se o teor de fibras da dieta, fornecendo sumos de frutas, cereais refinados e frutas descascadas.

- Fornecer uma grande variedade de alimentos de todos os grupos: legumes, frutas, leguminosas, verduras, etc.

- Leite de vaca pode ser usado como bebida principal a partir de 1 ano de idade, ou mais tarde, por crianças que estão crescendo normalmente e tem uma alimentação variada.

- Evitar a oferta excessiva de gordura e açúcares refinados.
- A ingestão de gorduras na dieta não deve ser restringida em crianças com menos de dois anos de idade, que deve incluir óleos vegetais ou margarina vegan cremosa. Após o primeiro ano podem introduzir-se manteigas ou sementes espalhadas no pão.

- Fornecer as quantidades adequadas de vitaminas A, D e B12, bem como ferro e cálcio. Dar suplementos, se necessário.

- Para evitar o risco de asfixia, não devem ser administrados a crianças com menos de três anos os seguintes alimentos: nozes inteiras, cremes de nozes com pedaços, pedaços grandes de frutas e verduras, bagos de uva inteiros, rebuçados e pipocas.



As crianças com dietas ovo-lacto-vegetarianas apresentam um crescimento semelhante ao das dietas não vegetarianas. As que realizam dietas vegans tendem a ser um pouco menores em tamanho e peso, mas dentro dos limites da normalidade. Foi possível confirmar um crescimento insuficiente nas com dietas muito restritivas.

Fazer refeições frequentes, com lanches entre as refeições principais, bem como utilizar alguns alimentos refinados, tais como cereais matinais, pão e massas, e alimentos ricos em gordura não saturada, podem ajudar os consumidores vegetarianos a satisfazerem as suas necessidades energéticas e nutricionais. Se se incluir alimentos como óleos vegetais, abacate, sementes, creme de nozes e legumes, pode garantir-se os dois objetivos: nutrientes e calorias. Os frutos secos são, também, uma fonte concentrada de energia e são muito atraentes para esta faixa etária.

As crianças com dietas vegans podem ter necessidades de proteína ligeiramente mais elevadas do que aqueles que fazem dietas não-vegetarianas ou ovo-lacto-vegetariana, devido à menor digestibilidade da proteína vegetal. As fontes de proteína em dietas vegans são as leguminosas (soja, ervilhas, lentilhas, feijão), cereais (quinoa, trigo, aveia, centeio, arroz, cevada, trigo, massas, pão), as nozes e os substitutos da carne (proteína texturizada soja, etc.). Não é necessário planear cuidadosamente a sua combinação adequada, desde que a dieta inclua diariamente uma grande variedade destes alimentos.

O cálcio é muito importante para o crescimento dos ossos e dos dentes. As bebidas vegetais enriquecidas são boas fontes deste mineral; também sumos e tofu enriquecido,

feijão cozido e vegetais de folhas verdes com baixo teor de ácido oxálico, tais como: grelos (nabo verde), repolho, espinafres, brócolos e quiabo. Os suplementos de cálcio só serão necessários nos casos de ingestão inadequada.

A anemia ferropriva (anemia por falta de ferro) é o problema nutricional mais comum na infância. As boas fontes de ferro são os cereais enriquecidos, os cereais matinais enriquecidos, leguminosas, verduras e frutas secas.

As crianças com dietas vegans e não vegans comem geralmente uma quantidade similar de zinco, embora o zinco proveniente de fontes vegetais não seja tão bem absorvido. Os alimentos ricos em zinco e proteína, como leguminosas, nozes, pão com fermento e produtos fermentados de soja, bem como ovos e produtos lácteos, podem aumentar a quantidade de zinco na dieta e promover a sua absorção. Podem ser necessários suplementos de zinco em crianças pequenas cujas dietas são baseadas em cereais integrais e legumes ricos em fitatos e oxalatos.

É importante usar uma fonte confiável de vitamina B12 para crianças com dietas vegans (alimentos enriquecidos com vitamina B12 ou tomando diretamente suplementos).

As crianças saudáveis que são regularmente expostas à luz solar (2 ou 3 vezes por semana, durante 20 a 30 minutos, no rosto e nos braços), não tem mostrado a necessidade de suplementos de vitamina D. Os alimentos vegans enriquecidos com fonte de vitamina D (D2, ergocalciferol) são algumas margarinas, bebidas vegetais e cereais matinais. Os estudos sugerem que há pouca

diferença no crescimento entre adolescentes que fazem dietas vegetarianas, comparativamente com aqueles que consomem dietas não vegetarianas. No Ocidente, observou-se que as meninas com dietas vegetarianas tendem a ter sua primeira menstruação (menarca) numa idade um pouco superior.

Estudos indicam que os adolescentes que seguem dietas vegetarianas consomem mais fibras, ferro, ácido fólico, vitamina A e vitamina C do que os não vegetarianos. Além disso, foi comprovado que eles consomem mais frutas e vegetais e menos doces, fast food e salgados, em comparação com adolescentes que realizam dietas não vegetarianas.

Os principais nutrientes para os adolescentes que fazem dietas vegetarianas são os mesmos que para os outros grupos, ou seja, cálcio, vitamina D, ferro, zinco e vitamina B12, pelo que tem que se garantir o aporte correto destes, conforme explicado com anteriormente.

As dietas vegetarianas são um pouco mais comuns nos adolescentes com distúrbios alimentares, não significando que uma dieta vegetariana leve a distúrbios alimentares, mas as dietas vegetarianas podem ser selecionadas ou usadas para camuflar um distúrbio alimentar já existente. Por isso, os profissionais de saúde devem permanecer atentos aos jovens que limitam a seleção de alimentos e que apresentam sintomas de distúrbios alimentares.

Resumindo, se a dieta vegetariana é seguida corretamente, consumindo uma variedade de frutas, legumes, verduras,

cereais e alimentos enriquecidos com B12, pode ter-se uma dieta adequada e muito saudável.

Dada a grande variedade de dietas vegetarianas, é obrigatório avaliar individualmente cada uma delas. Devem ser bem selecionados os alimentos a serem consumidos e bem calculadas as quantidades de nutrientes, de modo a não se verificarem deficiências, especialmente de ferro, cálcio, zinco e vitaminas D e B12. O maior risco destas deficiências ocorre em períodos de maior stresse físico ou de crescimento acelerado, como na infância e adolescência.

Por isso, esse tipo de dieta deve ser sempre acompanhado por um nutricionista.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: Vegetarian diets. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103:748-65.
2. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: Vegetarian diets. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103: 748-65.
3. Craig WJ, Mangels AR, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 1266-82.
4. de Manueles J, García Rebollar C. Dietas no omnívoras en la edad pediátrica. Dietas alternativas: vegetarianas. En: *Manual práctico de Nutrición en Pediatría.* Ergon eds. Madrid 2007. p. 195-207.
5. Hunt JR. Bioavailability of iron, zinc, and other trace minerals from vegetarian diets. *Am J Clin Nutr* 2003; 78(suppl): 633S-9S.
6. Weaver CM, Proulx WR, Heaney R. Choices for achieving adequate dietary calcium with a vegetarian diet. *Am J Clin Nutr* 1999; Sep; 70(3 Suppl): 543S-548S.

Anexo

Porções Alimentares

Para usar essas tabelas é conveniente saber que 1 porção é uma porção do alimento que fornecerá uma certa quantidade de nutrientes. Uma porção equivale a 10 g de carboidratos. *Exemplo: uma porção de pão branco que tem 20 gramas de pão, fornecerá 10 gramas de carboidratos (HC), 2 a 4 gramas de proteína e 50 a 60 quilocalorias (kcal). Se quiséssemos obter as mesmas contribuições de carboidratos, proteínas e quilocalorias consumindo ervilhas frescas, teríamos que ingerir 60 gramas delas.*

GRUPO I: FARINÁCEOS

1 porção: 10 g de HC, 2-4 g de proteínas 50-60 kcal

PÃO	20 g
PÃO INTEGRAL	20 g
ARROZ (PÉROLA)	15 g
PÃO TORRADO	15 g
MASSAS ALIMENTÍCIAS	15 g
FARINHA DE TRIGO	15 g
SÊMOLA DE TRIGO	15 g
FARINHA DE MILHO	15 g
TAPIOCA	15 g
PURE DE BATATA	15 g
BATATA INGLESA	50 g
BATATA DOCE	50 g
LENTILHAS SECAS	15 g
GRÃO DE BICO SECO	15 g
FEIJÃO BRANCO SECO	15 g
FEIJÃO SECO	15 g
ERVILHAS SECAS	15 g
ERVILHAS FRESCAS	60 g
ERVILHAS CONGELADAS	80 g
ERVILHAS ENLATADAS	80 g

GRUPO II: VERDURAS

1 porção: 10 g de HC, 2-3 g de proteínas, 50-60 kcal

ACELGAS	200 g
ALCACHOFRAS	100 g
AIPO	300 g
BERINJELA	200 g
ABOBRINHA	200 g
CARDO	300 g
CEBOLA	100 g
COUVE	250 g
COUVE DE BRUXELAS	100 g
COUVE-FLORES	200 g
COGUMELOS	250 g
ENDÍVIAS	250 g
ESPARGOS	300 g
ESPINAFRES	300 g
GRELOS (FOLHAS DE NABO)	250 g
ERVILHAS VERDES	150 g
ALFACE	300 g
NABO	200 g
PEPINO	300 g
PIMIENTO VERMELHO-VERDE	300 g
ALHO FRANCÊS	150 g
RABANETE	250 g
BETERRABA	100 g
REBENTOS DE SOJA	300 g
TOMATE	250 g
CENOURA	100 g

GRUPO III A: FRUTAS

ABACATE	40 g
DAMASCO	100 g
CEREJA	50 g
AMEIXA	100 g
MAÇÃ	50 g
MORANGOS	150 g
FIGOS	50 g
LIMÃO	100 g
TANGERINA	100 g
MAÇÃ	80 g
PÊSSEGO	80 g
MELÃO	150 g
LARANJA	100 g
NÊSPERA	50 g
PERA	80 g
PINHA	80 g
BANANA	50 g
TORANJA	150 g
MELANCIA	150 g
UVA BRANCA OU NEGRA	50 g
AMORAS	150 g

GRUPO III B. FRUTOS SECOS E OUTROS

1 porção de 10 g de CH (quantidades variáveis do resto dos nutrientes e energia)

AZEITONA	100 g
ALHOS	30 g
AMÊNDOA	50 g
AVELÃ	50 g
AMENDOIM	50 g
CASTANHA	25 g
NOZES	50 g

GRUPO IV: PRODUCTOS LACTEOS

1 porção 10 g de HC, 7 g de proteínas, quantidades variáveis de gordura, 70-80 kcal

LEITE GORDO	200 g
LEITE MAGRO	200 g
LEITE MEIO-GORDO	200 g
IOGURTE	200 g
IOGURTE MAGRO	200 g
QUEIJO FRESCO	60-80 g
REQUEIJÃO	250 g

GRUPO V: CARNES, PEIXES E OVOS

1 PORÇÃO: 10 g de proteínas, 2 a 5 g de gordura, 60-70 kcal

FILETE DE VITELA	50 g
FILETE DE VACA	50 g
FRANGO OU COELHO	50 g
FÍGADO DE VITELA	50 g
FÍGADO DE PORCO	50 g
RIM DE VITELA	50 g
RIM DE PORCO	50 g
PERDIZ OU CODORNIZ	50 g
CARNE DE VITELA	50 g
LOMBO DE VACA	50 g

1 porção 10 g de proteínas, 6 a 12 g de gordura, 120-150 kcal

LOMBO, COSTEleta DE VACA	50 g
LÍNGUA DE VACA, PORCO	50 g
VÍSCERAS DE VITELA	50 g
CARNE DE VACA SECA	30 g
FILÉ DE PORCO	50 g
COSTEleta DE CORDEIRO	50 g
PERNA DE CORDEIRO	50 g
GALINHA	50 g
PRESUNTO SERRANO	50 g
PRESUNTO COZIDO	50 g

1 porção 10 g de proteína, 13-25 g de gordura, 150-160 kcal

COSTELA DE PORCO	50 g
PRESUNTO FRESCO	50 g
PATO	50 g
GANSO	50 g
MORCELA DE SANGUE	50 g
SALSICHA	50 g
MORTADELA	75 g
LINGUIÇA	50 g

1 porção 10 g de proteínas, 1-3 g de gorduras, 50 -60 kcal

BADEJO	65 g
BACALHAU	65 g
BESUGO	65 g
MOREIA	65 g
DOURADA	65 g
OVAS FRESCAS	65 g
LINGUADO	65 g
PEIXE GALO	65 g
ROBALO	65 g
PESCADA	65 g
MERO	65 g
PALOMBETA	65 g
PESCADA	65 g
PEIXE ESPADA	65 g
RAIA	65 g
SALMONETE	65 g
TRUTA	65 g
ESTURJÃO	65 g
AMEIJOAS (MEXILHÃO)	100 g
CALAMAR-SÉPIA	65 g
CARANGEJO	65 g
BÚSIO	65 g
SAPATEIRA-GAMBAS-LAGOSTA	65 g
MEXILHÕES	65 g
OSTRAS	100 g
PERCEBES	65 g
VIEIRA	65 g
RÃ	65 g

1 porção 10 g de proteínas, 3-6 de gorduras 80-100 kcal

ENGUIAS	50 g
ARENQUES	50 g
ATUM	50 g
BONITO	50 g
BOQUERON	50 g
CHICHARRO	50 g
SARDINHAS	50 g
ANCHOVAS	50 g

1 porção 10 g de proteínas, 6 a 8 g de gorduras, 100 kcal

ENGUIAS	65 g
SALMÃO	65 g
TRUTA	65 g
OVAS DE ESTURJÃO(CAVIAR)	40 g
POLVO	100 g

1 porção 10 g de proteínas, 12 g de gorduras, 160 kcal

OVOS	2 unidades
------	------------

GORDURAS

1 porção 10 g de gordura, 90 kcal

AZEITES (oliva, milho, girassol)	10 g (1 c.s)
MARGARINA	10 g (1/2 c.p)
MANTEIGA	10 g (1/2 c.p)
MAIONESE	10 g (1/2 c.p)
AZEITONAS	50 g (15 pequenas)
NATAS	50 g (5 c.s)

Guia de Alimentação Infantil

DIRETRIZES DE ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA DE 0 A 18 ANOS