

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública, Santiago de Compostela. Galicia, España.

Resumo: A equipa de Cuidados Primários deve atuar como um motor para a promoção da saúde familiar. O conselho alimentar constitui um dos pilares fundamentais do plano de cuidados na infância. Por este motivo, é necessário entender as relações entre as diferentes práticas alimentares, o fornecimento adequado de nutrientes e as repercussões no estado da saúde atual e futuro. O objetivo é estabelecer recomendações apropriadas em cada etapa do desenvolvimento em que são adquiridos e consolidados os hábitos alimentares. O profissional de saúde deve combinar a educação a nível de saúde com um aconselhamento individualizado, assim como proporcionar apoio, motivação e, às vezes, diretrizes para modificação de comportamento. As diferentes intervenções devem estar sempre sujeitas a um ajuste personalizado.

Palavras-chave: conselho alimentar, alimentação infantil, alimentação complementar, nutrição infantil.

THE FOOD COUNCIL IN PRIMARY CARE OF PEDIATRY

Abstract: Primary Care team must act as an engine for the promotion of family health. The food council is one of the fundamental pillars of the childhood care plan. Therefore, it is necessary to understand the relationships between different food practices, the adequate supply of nutrients, and the repercussions on the present and future state of health. The purpose is to establish appropriate recommendations at each stage of development, where eating habits are acquired and consolidated. The health professional must combine health education with individualized advice providing support, motivation and, sometimes, behavior modification guidelines. Different interventions must always be subject to a personalized adjustment.

Keywords: food advice, infant feeding, childhood nutrition, complementary feeding.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

EL CONSEJO ALIMENTARIO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA

Resumen: El equipo de Atención Primaria debe actuar como motor de la promoción de la salud familiar. El consejo alimentario constituye uno de los pilares fundamentales del plan de cuidados en la infancia. Por lo tanto, es necesario comprender las relaciones entre las distintas prácticas alimentarias, el aporte adecuado de nutrientes, y las repercusiones en el estado de salud presente y futuro. La finalidad es establecer recomendaciones apropiadas en cada etapa del desarrollo, donde los hábitos alimentarios se adquieren y se consolidan. El profesional de la salud debe combinar la educación sanitaria con el consejo individualizado proporcionando apoyo, motivación y, en ocasiones, pautas de modificación del comportamiento. Las distintas intervenciones deben ser siempre objeto de un ajuste personalizado.

Palabras clave: consejo alimentario, alimentación infantil, nutrición infantil, alimentación complementaria.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

INTRODUÇÃO

O padrão alimentar atual é o resultado de condicionantes sociais e culturais que, ao longo da história, determinaram a tradição e a cultura gastronómica. Este património afeta a saúde e identifica a alimentação como um pilar fundamental do estado nutricional ideal ao longo da vida e, em particular, em períodos críticos de desenvolvimento.

A educação para a saúde desde a infância constitui uma das ferramentas mais eficazes dos serviços de cuidados de saúde primários. O objetivo é consolidar hábitos e permitir a elaboração de estratégias antes que os marcadores biológicos sejam alterados. O ambiente familiar é o modelo de referência na primeira etapa da vida e, mais tarde, o ambiente escolar também deve ser objeto de intervenção educativa, pois influencia de forma decisiva a aquisição do padrão alimentar.

Além da alfabetização em saúde, são necessárias políticas alimentares para garantir um ambiente saudável e sustentável, onde a criança cresça e se desenvolva. A sua abordagem deve passar pela criação de espaços de proteção à saúde, onde as opções mais fáceis também sejam as mais saudáveis, independentemente das circunstâncias individuais.

1. BASES PARA O CONSELHO ALIMENTAR

O profissional de saúde deve combinar a educação em saúde com o aconselhamento individualizado e proporcionar orientação e apoio. As diferentes intervenções devem estar sempre sujeitas a um ajuste personalizado^{1,2}. Ver *Tabela 1*.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Tabela 1. Bases para o conselho alimentar

Tabla I. Bases para emitir el consejo alimentario	
Determinantes	Intervencões propostas
<p>Individuo</p> <ol style="list-style-type: none"> Estado nutricional perinatal. Padrão de crescimento e maturação. Duração da lactância materna (LM) Introdução e modelo de alimentação complementar (AC). Padrão alimentar nos 2 primeiros anos de vida: <ul style="list-style-type: none"> Tipo de dieta. Fornecimento de macronutrientes, vitaminas e minerais e elementos “bioativos”. Uso de suplementos no primeiro ano. Atitudes em relação ao alimento 	<ol style="list-style-type: none"> Registrar: <ul style="list-style-type: none"> Historial clínico e alimentar Historial e hábitos alimentares do menor. Desenvolvimento de preferências e aversões. Horários e distribuição de refeições. Padrão familiar e individual de consumo. Estimativa média da ingestão de proteínas, gorduras e sal. Avaliar: <ul style="list-style-type: none"> Padrão alimentar, em particular: <ul style="list-style-type: none"> Antes de começar a escola Antes da revisão dos 6 anos Antes da puberdade Antes de deixar os controlos pediátricos estabelecidos para avaliar fatores de risco relacionados com problemas nutricionais e de saúde na idade adulta (síndrome metabólica, obesidade e diabetes tipo 2, etc.). Aconselhar e modificar dependendo do que é avaliado: <ol style="list-style-type: none"> Se forem necessários apenas ajustes pontuais e modificações simples: <ul style="list-style-type: none"> Aconselhamento alimentar em revisões regulares. Se se detetar uma necessidade de mudança (excesso de peso, risco de obesidade, recusa de muitos alimentos, padrão alimentar inadequado): <ul style="list-style-type: none"> Consulta aos 3 meses para reajustar as orientações. Consulta aos 6 meses para continuar e unificar os diferentes aspetos da Educação para a Saúde em revisões periódicas. Se houver patologia estabelecida: <ul style="list-style-type: none"> Coordenação com atendimento especializado A população infantil deve ser uma parte ativa. É necessário um protocolo de atuação consensual que ofereça orientações e estabeleça compromissos para a mudança de comportamento.
<p>Ambiente alimentar familiar</p> <p>Atitude da família em relação à comida:</p> <ol style="list-style-type: none"> Modelo educativo dos adultos. Família e hábitos culturais. <ol style="list-style-type: none"> Oferta alimentar em casa. 	<ol style="list-style-type: none"> Registrar e avaliar o padrão educativo familiar (Ver anexo I) Como: Modelo de supervisão (controlo estrito / permissivo / negligente) Atitudes, preconceitos, mitos e crenças sobre alimentos. Quem: Pais, cuidadores, familiares com controlo sobre a oferta de alimentos. Qual: Outros determinantes, como os aspetos sociais e económicos. Aconselhar e modificar dependendo do que seja avaliado: Reforçar o papel educativo da família. Envolver a família num modelo integral de Educação em Saúde.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Ambiente alimentar escolar	Atitude do centro educativo	1. Registrar e avaliar:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo de promoção da saúde. 2. Supervisão da oferta na escola. 3. Uso do refeitório e da cantina da escola. 4. Promoção de alimentos e bebidas no Centro 5. Adaptação e conciliação de horários. 	<p>Menu da escola. Oferta da cantina da escola. Normas do centro (em termos de ofertas trazidas de casa, fontes de água...)</p> <p>2. Aconselhar e modificar dependendo do que é avaliado: Insistir na responsabilidade da família sobre o controlo de alimentos. Estabelecer um modelo de colaboração com o centro educativo</p>
Ambiente social	Normas sociais comunitárias.	1. Registrar e avaliar:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de redes sociais. 2. Publicidade de alimentos e bebidas. 3. Situações de inclusão, desigualdade, família não estruturada, risco de pobreza. 	<p>Determinantes específicos da Comunidade Situações de desigualdade, risco de pobreza</p> <p>2. Aconselhar com base em: Trabalho coordenado com serviços sociais Recursos comunitários (assistência social, mapa de ativos)</p>

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

2. O CONSELHO ALIMENTAR NAS DIFERENTES ETAPAS

2.1. A etapa de 0 a 12 meses

Durante o período de “plasticidade”, conhecido como os “1000 dias de vida”, uma alimentação correta é vital para a saúde presente e futura do lactente. A dieta da mãe durante a gravidez; a duração da LM e a introdução da AC, bem como a contribuição percentual dos macronutrientes, são fatores determinantes no processo de crescimento e desenvolvimento^{3,4,5}. Por exemplo, a ingestão excessiva de proteínas em relação à gordura durante os primeiros 3 anos de vida foi associada ao desenvolvimento posterior de excesso de peso. Isto contrasta com a composição do leite materno (rico em gorduras e pobre em proteínas) e com o facto de que não se recomenda a restrição das gorduras antes dos 3 anos de idade^{6,7,8,9}. Da mesma forma, outros nutrientes, como os oligossacarídeos do leite humano, foram associados a um risco mais baixo de desenvolvimento de obesidade infantil^{10,11}, embora as evidências sejam insuficientes de momento^{12,2}. Ver Tabela 2. .

Tabela 2. Resumo: Objetivos e possíveis riscos nutricionais na etapa de 0 a 12 meses

Tabla II. Resumo: Objetivos e possíveis riscos nutricionais na etapa de 0 a 12 meses
<p>Características</p> <p>Período-chave para o crescimento e maturação dos tecidos e órgãos.</p> <p>A alimentação é o principal determinante para o desenvolvimento ótimo e os nutrientes induzem e modulam dito padrão.</p>
<p>Objetivos</p> <p>Permitir um crescimento e um desenvolvimento adequados.</p> <p>Satisfazer as necessidades nutricionais do lactente.</p> <p>Promover a lactância materna.</p> <p>Garantir um fornecimento adequado de nutrientes.</p>
<p>Riscos nutricionais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abandono da lactância materna. 2. Introdução precoce da alimentação complementar. 3. Sobrealimentação. 4. Transtornos do comportamento alimentar. 5. Contribuição percentual inadequada de macronutrientes.
<p>Recomendações para a família</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manter a lactância materna pelo menos até aos 6 meses de forma exclusiva, até aos 12 meses com alimentação complementar e continuar até aos 24 meses sempre que a mãe e o bebé assim o desejem. 2. Estabelecer práticas adequadas de alimentação com biberão. 3. Não introduzir outros alimentos além do leite antes do 4.º mês. 4. Não engrossar com cereais de forma precoce. 5. Começar a alimentação complementar aos 6 meses (sempre de acordo com a equipa de pediatria e os requisitos individuais). 6. Proporcionar uma grande variedade de alimentos saudáveis e texturas. 7. No final deste período, evitar o uso de produtos ultraprocessados. 8. Manter um elevado consumo de frutas e legumes. 9. Estimular a manipulação de alimentos por parte do lactente, se o seu desenvolvimento o permitir e sob a supervisão de um adulto. 10. Fomentar a LM pelo menos durante o primeiro ano de vida e evitar a introdução de sumos de frutas neste período. Se se lhe oferecer, fazê-lo em pequenas quantidades apropriadas ao desenvolvimento do lactente.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

2.1.1. Lactância Materna (LM).

É o método ótimo de alimentação infantil, devido às suas vantagens nutricionais, emocionais e imunológicas. Entre os objetivos do conselho alimentar sobre a LM nos Cuidados Primários, o comité de Nutrição da Associação Espanhola de Pediatria identificou o seguinte:

1. Cumprir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (Direitos da criança e apoio à LM).
2. Promover atividades de promoção e apoio na iniciação e manutenção da lactância materna.
3. Proteger o direito da criança de ser amamentada e da sua mãe ser apoiada nesta atividade.
4. Liderar a promoção e a defesa da LM entre profissionais e a sociedade. Ver Tabela 3. Intervenções de avaliação e intervenção para fomentar a lactância materna.

Tabela 3. Intervenções de avaliação e intervenção para fomentar a lactância materna.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Tabla III. Intervenciones de avaliación e intervención para fomentar a lactância materna.	Nível de evidência
Avaliación da iniciación, exclusividade e duración da LM (desde a gravidez até dois anos)	
Recomendação 1: Avaliar o proceso de lactância por meio de ferramentas validadas e fiáveis no decorrer da gravidez e nos momentos-chave da lactogénese, incluindo: 1. Durante a Etapa I (primeiras 24 horas após o parto e antes da alta), para fomentar o início da LM 2. Durante a transição entre a Etapa I e a Etapa II (2 a 8 dias após o parto) para obter um aumento no volume de leite materno. 3. Durante a Etapa II e III (a partir do 9.º dia) para manter a produção de leite enquanto a continua a lactância materna	IV
Intervenciones para fomentar o início da LM e a continuación (desde o parto até a primeira hora de vida ou quando a mãe e o bebé estão clinicamente estáveis) até dois anos de vida	
Recomendação 2.1: Facilitar o contacto “pele com pele” imediatamente após o parto ou quando a mãe e o bebé estiverem clinicamente estáveis.	Ia
Recomendação 2.2: Fomentar o início da LM desde cedo por meio de intervenções natais multicomponentes, como: Educação pré-natal Assistência pós-parto imediata à beira do leito	Ia
Recomendação 2.3: Apoiar a díade lactante-lactente (mãe e bebé) para conseguir que a colocação, a aderência e a transferência sejam efetivas	Ia
Recomendação 2.4: Apoiar a LM baseada em sinais do bebé por meio de estratégias baseadas na <ul style="list-style-type: none"> • Educação e apoio. • Reconhecimento das necessidades da lactante ou do lactente 	Ia. Ib
Recomendação 2.5: Ensinar como se realiza a extração manual antes da alta	Ia. V
Recomendação 2.6: Implementar intervenções individualizadas de autoeficácia durante todo o período neonatal para melhorar a confiança na LM, através de: <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento individualizado antes da alta • Seguimento após a alta 	Ia. Ib
Recomendação 2.7: Oferecer assistência individualizada para fomentar ou melhorar a produção de leite materno, quando apropriado.	Ia. V
Recomendação 2.8 Oferecer serviços de apoio proativos e contínuos LM para satisfazer as necessidades nutricionais da díade lactante-lactente.	Ia
Recomendação 2.9: Facilitar a tomada de decisões sobre o uso de chupeta	Ia
Recomendação 2.10: Oferecer formação sobre LM durante o período perinatal e enquanto dure a LM: Em diferentes ambientes; Através de diferentes abordagens, incluindo as adaptadas às necessidades das populações vulneráveis	Ia
Recomendação 2.11: Incluir membros da família na formação e apoio à LM.	Ia

Fonte: Diretrizes de prática clínica RNAO. Associação Profissional de Enfermeiras de Ontário, Canadá ¹³.

5. Basear os conselhos na Medicina Baseada em Evidências.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

2.1.2. A alimentação complementar (AC)

É um processo gradual pelo qual se oferecem alimentos sólidos ou líquidos aos lactentes, sempre como um complemento ao leite e nunca como um substituto deste. A altura certa, por volta dos 6 meses, é estabelecida com base nos benefícios para a saúde, nos diferentes aspetos nutricionais e no desenvolvimento individual. Após esta idade, a LM exclusiva (LME) já não é suficiente para garantir os requisitos nutricionais, mesmo que se mantenha a LM à discrição, durante todo o tempo que a mãe e o bebé assim o desejem. Não há evidências convincentes de que a introdução da AC antes do 6.º mês esteja associada a efeitos benéficos para a saúde. Não é recomendável adiar o início da AC para além das 26 semanas de idade, pois pode aumentar o risco de problemas nutricionais, alergias e intolerâncias alimentares¹⁴. Uma dieta mais diversificada só poderia ser avaliada antes dos 6 meses de forma individualizada, mas isto não implica que seja aceite como regra geral. Mesmo nestes casos, não se deve iniciar a AC antes do 4.º mês, pois é necessária a maturação dos diferentes órgãos para permitir a deglutição segura e evitar certas complicações. Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y

Idade em meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	>12 m
LEITE MATERNO/ARTIFICIAL													
Lactância Materna*	x	x	x	x	x	x							
* Lactância materna exclusiva recomendada até 6 meses. Recomenda-se continuar a lactância materna até aos 24 meses.													
Leite início													
Leite continuação													
CEREAIS													
Cereais sem glúten*						x	x	x					
* Introdução recomendada a partir dos 6 meses. Pode introduzir-se aos 4 meses, conforme seja indicado pelo pediatra (IP).													
Cereais com glúten**						x	x	x	x	x	x		
** Introdução recomendada após o 6.º mês. É recomendável não a atrasar para além dos 11 meses. Pode introduzir-se aos 4 meses, conforme seja indicado pelo pediatra (IP) ²³ .													
FRUTAS, HORTALIÇAS E LEGUMINOSAS													
Frutas* e verduras						x	x	x					
** Introdução recomendada após o 6.º mês. Variedades de acordo com o padrão familiar. No final, introduzir as variedades com caroço (pêssego ...) e pedaços inteiros de frutas duras (maçãs, cenouras ...) ²⁴													
Verduras ricas em nitratos**													x
** Verduras com alta tendência a acumular nitratos: Espinafre, acelga, beterraba, alface, rabanete. Legumes com tendência média ou baixa a acumular nitratos (e, portanto, de iniciação mais recomendada): feijão-verde, cenoura, abóbora, cebolinha, endívia ²⁵ .													
Leguminosas***										x	x	x	
*** Embora possam ser oferecidas mais cedo, a partir dos 10 meses de idade parece prudente. Não é recomendável introduzir após o primeiro ano.													

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

LEITE E DERIVADOS LÁCTEOS												
logurte, queijo fresco*												X
* Recomendável a partir do ano. Pequenas quantidades podem ser introduzidas a partir do 10.º mês.												
Leite de vaca**												X
** Introdução a partir do primeiro ano de vida.												
CARNES, PEIXES E OVOS												
Carnes (aves, vaca, porco...)*								X	X	X		
* Devido ao seu alto teor de ferro e zinco, é aconselhável não adiar a introdução além do 9.º mês de vida ²⁶ .												
Peixe**								X	X			
** Começar com peixe branco. Passar gradualmente para o azul em semanas posteriores. Evitar espécies de grande tamanho (pez espada, atum, etc.) ^{27,28} .												
Ovo***									X	X		
*** Começar pela gema. Introduzir depois a clara completamente cozinhada.												

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Tabela 4. Recomendações de organismos e sociedades científicas sobre a duração da Lactância Materna

Tabela IV. Recomendações de organismos e sociedades científicas sobre a duração da Lactância Materna ¹⁵		
Organismo / Sociedade	Lactância materna exclusiva (LME)	Alimentação complementar (AC)
World Health Organization (WHO) ¹⁶	LME nos primeiros 6 meses de vida.	Todos os lactentes devem começar a receber outros alimentos a partir dos primeiros 6 meses.
American Academy of Pediatrics (AAP) ^{17,18,19}	LME nos primeiros 6 meses de vida, com continuação da LM de até um ano ou mais, até que a mãe e o bebê assim o desejem.	Não temos evidências convincentes para confirmar que o atraso na AC tem um efeito protetor significativo no desenvolvimento de doença atópica
European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) ²⁰	LME nos primeiros 4-6 meses de vida.	Introdução de AC após os 4 meses, independentemente da sua herança atópica.
European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) ²¹	LME pelo menos nos primeiros 4 meses (17 semanas, início do 5.º mês de vida). A LME durante os primeiros 6 meses é considerada um objetivo desejável.	A AC não deve ser introduzida antes dos 4 meses ou atrasada após os 6 meses.
European Food Safety Authority (EFSA) ²²	LME é nutricionalmente adequada até aos 6 meses para a maioria dos bebês. Alguns podem precisar de AC (além da LM) antes dos 6 meses (mas não antes dos 4) para proporcionar um crescimento e desenvolvimento ótimos**	A introdução da AC em crianças saudáveis e após os 4 a 6 meses de idade é segura e não representa um risco de efeitos adversos para a saúde

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Tabela 5. Proposta orientativa de calendário para a introdução de alimentos. Fonte: Elaboração própria, de acordo com informações da Associação Espanhola de Pediatria.

Idade em meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	>12 m
LEITE MATERNO/ARTIFICIAL													
Lactância Materna*	x	x	x	x	x	x							
* Lactância materna exclusiva recomendada até 6 meses. Recomenda-se continuar a lactância materna até aos 24 meses.													
Leite início													
Leite continuação													
CEREAIS													
Cereais sem glúten*						x	x	x					
* Introdução recomendada a partir dos 6 meses. Pode introduzir-se aos 4 meses, conforme seja indicado pelo pediatra (IP).													
Cereais com glúten**						x	x	x	x	x	x		
** Introdução recomendada após o 6.º mês. É recomendável não a atrasar para além dos 11 meses. Pode introduzir-se aos 4 meses, conforme seja indicado pelo pediatra (IP) ²³ .													
FRUTAS, HORTALIÇAS E LEGUMINOSAS													
Frutas* e verduras						x	x	x					
** Introdução recomendada após o 6.º mês. Variedades de acordo com o padrão familiar. No final, introduzir as variedades com caroço (pêssego ...) e pedaços inteiros de frutas duras (maçãs, cenouras ...) ²⁴													
Verduras ricas em nitratos**													x
** Verduras com alta tendência a acumular nitratos: Espinafre, acelga, beterraba, alface, rabanete. Legumes com tendência média ou baixa a acumular nitratos (e, portanto, de iniciação mais recomendada): feijão-verde, cenoura, abóbora, cebolinha, endívia ²⁵ .													
Leguminosas***										x	x	x	
*** Embora possam ser oferecidas mais cedo, a partir dos 10 meses de idade parece prudente. Não é recomendável introduzir após o primeiro ano.													
LEITE E DERIVADOS LÁCTEOS													
logurte, queijo fresco*													x
* Recomendável a partir do ano. Pequenas quantidades podem ser introduzidas a partir do 10.º mês.													
Leite de vaca**													x
** Introdução a partir do primeiro ano de vida.													
CARNES, PEIXES E OVOS													
Carnes (aves, vaca, porco...)*							x	x	x				
* Devido ao seu alto teor de ferro e zinco, é aconselhável não adiar a introdução além do 9.º mês de vida ²⁶ .													
Peixe**								x	x				

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

**** Começar com peixe branco. Passar gradualmente para o azul em semanas posteriores. Evitar espécies de grande tamanho (pez espada, atum, etc.)^{27,28}.**

Ovo***										X	X			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

***** Começar pela gema. Introduzir depois a clara completamente cozinhada.**

Fonte: Elaboração própria, dependendo do fornecimento de energia e nutrientes recomendados para a população espanhola.

Nota: Cor mais saturada: O alimento pode ser introduzido na dieta. Cor menos saturada: Avaliar em casos individuais, mas não como regra geral. Aspas: Indicam a altura mais conveniente de todo o período.

2.2. A etapa de 12 a 36 meses

A incorporação gradual à mesa da família, mesmo com limitações substanciais, respeitar os sinais de fome e saciedade, a elevada densidade nutricional da dieta e a aquisição de hábitos e horários regulares são valorizados como determinantes de um padrão alimentar ótimo capaz para satisfazer os elevados requisitos nutricionais nesta etapa²⁹. Pelo contrário, o uso e abuso de produtos de lanche, frequentemente ultraprocessados e derivados de cereais; os laticínios, como queijinhos em porções, as bebidas açucaradas com sabor a fruta^{30,31} e outros produtos de pasteleria industrial, podem substituir alimentos mais adequados na dieta e favorecer hábitos não saudáveis. É preciso mencionar estas orientações inadequadas à família, pois são frequentemente interpretadas pela família como “sinais de afeto” e/ou prémios, e lembrar aos pais o excesso de sal e açúcar. Tabela 6. .

Tabela 6. Resumo: Objetivos e possíveis riscos nutricionais na etapa de 12 a 36 meses

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Tabela VI. Resumo: Objetivos e possíveis riscos nutricionais na etapa de 12 a 36 meses

Características

1. Etapa de transição entre o período de rápido crescimento do lactente e o período de crescimento estável da criança em idade escolar.
2. Crescimento linear sustentado, com aumento regular de peso. Período de maturação de funções psicomotoras, como a linguagem ou o andar.
3. As funções digestivas adquirem um grau de maturidade suficiente para que a alimentação se assemelhe à de uma criança mais velha, embora com certas modificações

Objetivos

1. Adquirir hábitos alimentares adequados.
2. Favorecer a incorporação gradual na mesa da família
3. Aconselhar os pais sobre mudanças e necessidades energéticas da criança.

Riscos nutricionais

Interpretação incorreta da família dos sinais de fome e saciedade. Sensação de “perda de apetite” por parte dos pais.

Risco de:

- Sobrealimentação, em particular risco de ingerir proteínas e energia em excesso.
- Ingestão insuficiente de vitamina D, folatos, cálcio, ferro e iodo.
- Aquisição de hábitos alimentares inadequados.

Recomendações

1. Respeitar os sinais de fome e saciedade.
2. Estabelecer hábitos e horários corretos
3. Não recompensar nem castigar.
4. Lembrar-se da conveniência de um padrão familiar saudável (período de alta necessidade nutricional).

2.3. A etapa pré-escolar e escolar

A equipa de Pediatria deve promover um modelo de ação para estabelecer um horário, uma distribuição adequada das refeições ao longo do dia e para se adaptar aos objetivos nutricionais da população de referência^{32,33,34}. Ver Tabela 7.

Para além disso, há consenso de que o referido modelo se concentre em:

- Distribuir adequadamente o fornecimento energético diário entre todas as refeições do dia. Tabela VIII.
- Aumentar o consumo de alimentos de origem vegetal.
- Evitar alimentos densos em energia e com baixa densidade nutricional³⁵. A Organização Mundial da Saúde³⁶ recomenda que adultos e crianças reduzam o consumo diário de açúcares. O fornecimento de energia proveniente do açúcar não deve exceder 10% do valor calórico total diário e, se cair para 5%, são obtidos benefícios adicionais. Portanto, para um valor calórico total de 2000 kcal /dia, isso seria de aproximadamente 25-50 g por dia (5% -10%, respetivamente). Por outro lado, a Associação Americana para o Coração (AHA)³⁷ identificou recentemente um limite superior de 25 g de ingestão diária de açúcar na infância. Independentemente do fornecimento energético recomendado. Também recomenda evitar os açúcares em crianças com menos de 2 anos, exceto os naturalmente contidos no leite e na fruta.
Em relação à ingestão de sódio na infância, há consenso ao afirmar que é excessiva, em parte devido ao alto consumo de alimentos processados e ultraprocessados³⁸ por parte da população infantil. Recentemente, o Institute of Medicine reviu as Dietary Reference Intakes (DRI) para este elemento³⁹ Tabela IX
- Garantir as deficiências seletivas de nutrientes (cálcio, ferro ...).
- Prevenir a obesidade infantil^{40,41,42}. Tabla X. Figura 1.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Tabela 7. Objetivos e possíveis riscos nutricionais na fase pré-escolar e escolar

Tabela VII. Objetivos e possíveis riscos nutricionais na fase pré-escolar e escolar

Características

Crescimento lento e estável (a taxa de crescimento e o ganho de peso diminuem).
Perda percentual de massa gorda e água corporal em favor da massa muscular e do depósito de mineral ósseo.
Crescimento significativo das extremidades inferiores.
Aquisição progressiva da maturidade biológica, psicológica e social.
Aumento da mobilidade, da autonomia, da independência e da curiosidade sobre o meio ambiente.

Objetivos

Monitorizar regularmente as mudanças na composição corporal.
Incentivar a família a adquirir um hábito saudável, capaz de reduzir o risco de doenças a curto, médio e longo prazo^{43,44}.

Riscos nutricionais

Dieta monótona.
Aquisição de hábitos alimentares inadequados devido a:

- Sobrealimentação.
- Excesso de alimentos ultraprocessados, açúcares, gorduras e sal.
- Crenças erradas da família, influência de publicações pseudocientíficas, etc.

Obesidade Infantil.

Recomendações

Fomentar um padrão alimentar saudável para a família:

- Manter uma atitude familiar firme, nem muito rigorosa nem muito permissiva.
- Favorecer refeições com a família, sem o uso de televisão ou outros ecrãs móveis
- Evitar recompensas e castigos com alimentos.
- Incentivar a incorporação da criança à mesa da família e a participação ativa na sua alimentação.
- Estabelecer horários regulares. Evitar refeições e lanches entre as refeições.

Aconselhar a supervisão por parte dos adultos sobre influências externas (escola, publicidade ...) ⁴⁵.
Estimular o desenvolvimento familiar de competências culinárias
Oferecer menus com ingredientes e sabores naturais. Evitar usar aromas e molhos comerciais. Oferecer molhos à base de legumes frescos.
Recomendar preparações simples: cozinhar em água ou vapor, forno...
Evitar alimentos com muita energia e poucos nutrientes: gratinados, panados e/ou pré-cozinhados comerciais.
Limitar o uso de sumos naturais em favor da fruta inteira.
Evitar o uso regular de sumos e refrigerantes comerciais.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Tabla 8. Propuesta para el reparto de aporte energético entre las comidas del día

Tabela VIII. Proposta de distribuição do fornecimento energética entre as refeições do dia

Idade (anos)	Consumo diário de energia recomendado (Kcal)*		Contribuição percentual (Kcal/dia) no pequeno-almoço, almoço e jantar					
	Crianças		Pequeno-almoço (25 %)		Almoço (35 %) (Faixa: 30-40 %)		Jantar (20 %)	
2-3	1.250		312,5		437 (375-500)		250	
4-5	1.700		425		595 (510-680)		340	
6-9	2.000		500		700 (600-800)		400	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
10-12	2.450	2.300	612,5	575	857 (735-980)	805 (690-920)	490	460
13-15	2.750	2.500	687,5	625	962 (825-1.100)	875 (750-1.000)	550	500
16-19	3.000	2.300	750	575	1.050 (900-1.200)	805 (690-920)	600	460

* Elaboração própria, dependendo do fornecimento de energia e nutrientes recomendados para a população espanhola⁴⁰.

Tabla 9. Recomendaciones de ingesta de sodio en la infancia

Tabela IX. Recomendações sobre a ingestão de sódio na infância

Grupo etário	Fornecimento adequado (mg/dia)	Recomendações baseadas na prevenção de doenças crónicas
0-6 meses	110	
7-12 m	370	
1-3 anos	800	Reduzir o fornecimento se for superior a 1.200
4-8 anos	1.000	Reduzir o fornecimento se for superior a 1.500
9-13 anos	1.200	Reduzir o fornecimento se for superior a 1.800
14-18 anos	1.500	Reduzir o fornecimento se for superior a 2.300

Fonte: Institute of Medicine, 2018³⁹

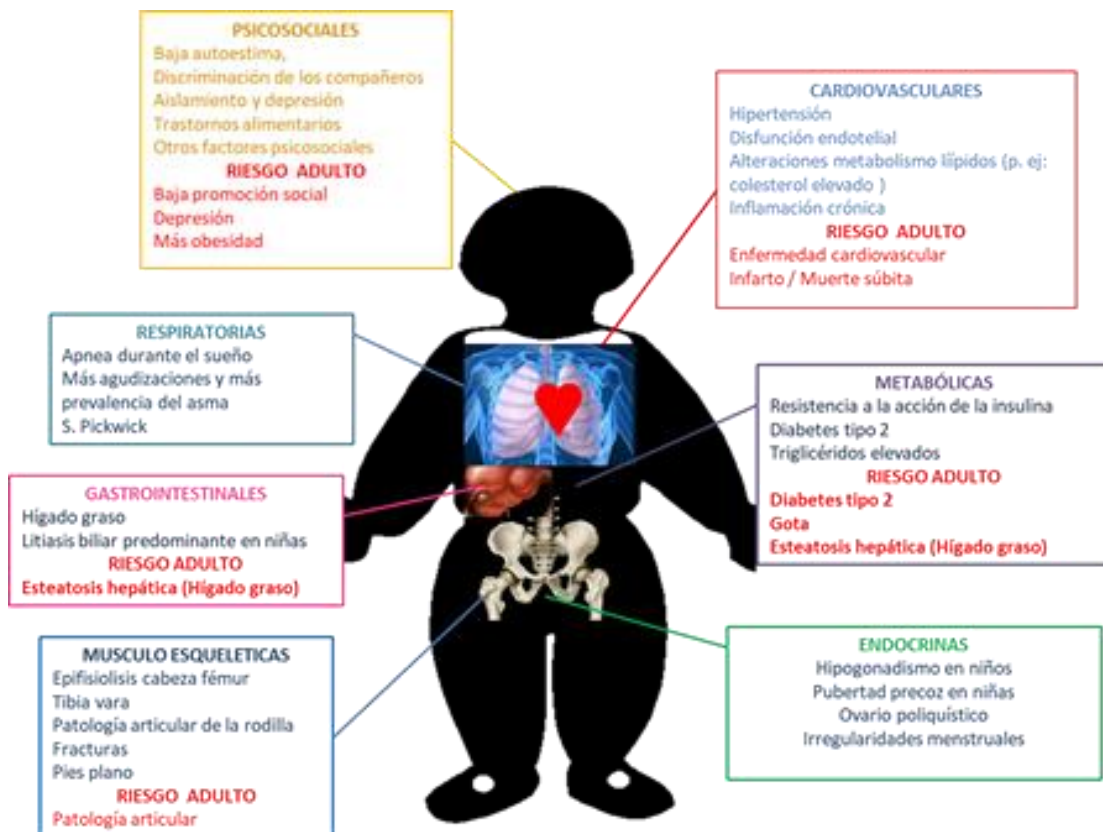
O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Tabela 10. Consejo alimentario para prevenir el sobrepeso en la edad infantil

Tabela X. Conselho alimentar para prevenir sobrepeso na idade infantil	
1.	Manter horários regulares para ingestão de alimentos.
2.	Evitar comer a qualquer hora, em qualquer lugar.
3.	Distribuir as refeições de forma regular ao longo do dia.
4.	Oferecer porções alimentares adequadas. Não perguntar se quer repetir se a comida for considerada suficiente.
5.	Incentivar o consumo de pratos de “colher” com leguminosas, hortaliças e cereais e preparações ao vapor ou no forno.
6.	Incentivar a prática do pequeno-almoço completo.
7.	Lembrar-se de que a água é SEMPRE a bebida de primeira escolha na infância.
8.	Combinar alimentos saudáveis de que não gostem com preparações bem aceites e vice-versa.
9.	Limitar o consumo habitual de pratos e preparações densas em energia (pré-cozinhados, fritos, panados ...).
10.	Limitar a ingestão calórica excessiva nos lanches e no “picar” entre refeições.
11.	Evitar o consumo habitual de preparações ultraprocessadas (doces, molhos comerciais, temperos...).
12.	Evitar alimentos “supérfluos”, valorizando as reais necessidades das crianças.
13.	Evitar bebidas açucaradas e refrigerantes.

Fonte: Institute of Medicine, 2018 ⁴⁰

Figura 1. Complicações da obesidade infantil. Fonte: Modificado de Ebbeling ⁴⁶



O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Espanhol	Português
PSICOSOCIALES	PSICOSSOCIAIS
Baja autoestima	Baixa autoestima
Discriminación de los compañeros	Discriminação por parte dos colegas
Aislamiento y depresión	Isolamento e depressão
Trastornos alimentarios	Transtornos alimentares
Otros factores psicosociales	Outros fatores psicossociais
RIESGO ADULTO	RISCO EM ADULTO
Baja promoción social	Baixa promoção social
Depresión	Depressão
Más obesidad	Mais obesidade
RESPIRATORIAS	RESPIRATÓRIAS
Apnea durante el sueño	Apneia durante o sono
Más agudizaciones y más prevalencia del asma	Mais exacerbações e mais prevalência de asma
S. Pickwick	S. Pickwick
GASTROINTESTINALES	GASTROINTESTINAIS
Hígado graso	Fígado gordo
Litiasis biliar predominante en niñas	Cálculos biliares predominantes em meninas
RIESGO ADULTO	RISCO EM ADULTO
Esteatosis hepática (hígado graso)	Esteatose hepática (fígado gordo)
MUSCULO ESQUELETICAS	MÚSCULO-ESQUELÉTICAS
Epifisiolisis cabeza fémur	Epifisiólise da cabeça femoral
Tibia vara	Tíbia vara
Patología articular de la rodilla	Patologia articular do joelho
Fracturas	Fraturas
Pies planos	Pé chato
RIESGO ADULTO	RISCO NO ADULTO
Patología articular	Patologia articular
CARDIOVASCULARES	CARDIOVASCULARES
Hipertensión	Hipertensão
Disfunción endotelial	Disfunção endotelial
Alteraciones metabolismo lípidos (p.j. Colesterol elevado)	Distúrbios do metabolismo lipídico (ex.: colesterol alto)
Inflamación crónica	Inflamação crónica
RIESGO ADULTO	RISCO NOADULTO
Enfermedad cardiovascular	Doença cardiovascular
Infarto / Muerte súbita	Ataque cardíaco / morte súbita
METABÓLICAS	METABÓLICAS
Resistencia a la acción de la insulina	Resistência à insulina
Diabetes tipo 2	Diabetes tipo 2

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

Triglicéridos elevados	Triglicéridos elevados
RIESGO ADULTO	RISCO NO ADULTO
Diabetes tipo 2	Diabetes tipo 2
Gota	Gota
Esteatosis hepática (hígado graso)	Esteatose hepática (fígado gordo)
ENDOCRINAS	ENDÓCRINAS
Hipogonadismo en niños	Hipogonadismo em crianças
Pubertad precoz en niñas	Puberdade precoce em meninas
Ovario poliquístico	Ovário poliquístico
Irregularidades menstruales	Irregularidades menstruais

2.4. A adolescência

Dadas as importantes mudanças na composição corporal e o início da puberdade, a adolescência é um período identificado como de risco nutricional, devido às altas necessidades nutricionais do adolescente e à maior vulnerabilidade em termos pessoais e sociais.

Esta é a altura para fortalecer hábitos saudáveis e a Educação para a Saúde na escola, com medidas que fomentem o consumo responsável e a aprendizagem de competências.

Tabela 11. Objetivos e possíveis riscos nutricionais na adolescência

Tabela XI. Objetivos e possíveis riscos nutricionais na adolescência
<p>Características</p> <p>Alterações significativas na composição corporal (ganho de 50% do peso, 20% de tamanho e 50% da massa esquelética do adulto)</p> <p>Período de alta necessidade nutricional:</p> <p>Aumento das necessidades de energia, proteína, vitaminas (particularmente tiamina, riboflavina e niacina) e minerais como ferro, cálcio e zinco.</p> <p>Início da puberdade: transformações rápidas e importantes no fenótipo, sistema neuroendócrino e maturação psíquica e social, com influência no comportamento e nos estilos de vida.</p>
<p>Objetivos</p> <p>Prestar atenção às mudanças psicológicas e sociais que convergem e têm impacto no modelo alimentar.</p> <p>Adaptar e modular a ingestão à alta necessidade nutricional e aos fatores condicionantes do estilo de vida do adolescente</p>
<p>Riscos nutricionais</p> <p>Grupo vulnerável a doenças nutricionais, tanto por excesso como por falta de nutrientes, devido às altas exigências para o crescimento, estilo de vida peculiar, padrão de atividade física e sedentarismo, principalmente em adolescentes ⁴⁷</p>
<p>Recomendações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrar o adolescente num modelo de alimentação saudável • Fomentar a educação para a saúde na escola. • Incentivar o pensamento crítico do adolescente, a capacidade de refletir e analisar quando confrontado com a publicidade de alimentos • Prevenir transtornos do comportamento alimentar. • Conselho individualizado devido às grandes variações individuais

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

REFERÊNCIAS

1. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. The Supplemental Nutrition Assistance Program Education (SNAP-Ed) (2016). Evaluation Framework: Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Indicators: Interpretive Guide to the SNAP-Ed Evaluation Framework. Recuperado de: <https://snaped.fns.usda.gov/>.
2. Sargent GM, Pilotto LS y Baur LA (2011). Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obesity Reviews*; 12(501): e219-e235. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2010.00777.x/abstract>
3. Andrea S, Anater L, Diane J Catellier L, Burton A y Levine S (2016). The Feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2016: Study Design and Methods. *The Journal of Nutrition. Supplement: Feeding Infants and Toddlers Study (FITS)*. Recuperado de: https://academic.oup.com/jn/article-abstract/148/suppl_3/1516S/5026328.
4. Guang W, Nuyt AM y Weiler H (2018). Association between vitamin D supplementation during pregnancy and offspring growth, morbidity, and mortality. a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. doi:10.1001/jamapediatrics. 0302.
5. Horta BL, Loret de Mola C y Victora CG. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015;104:30–7.
6. Rolland-Cachera F, Scaglioni S. (2011). Role Of Nutrients In Promoting Adiposity Development. *European Childhood Obesity Group*. Recuperado de: ebook.ecog-obesity.eu/chapter-nutrition-food-choices-eating-behavior/role-nutrients-promotingadiposity-development.
7. Michaelsen KF y Greer FR (2014). Protein needs early in life and long-term health. *Am J Clin Nutr*; 99(3):718S-22S. doi: 10.3945/ajcn.113.072603.
8. Switkowski K, Jacques P, Must A, Fleisch E y Oken E. (2019) Associations of protein intake in early childhood with body composition, height, and insulin-like growth factor I in mid-childhood and early adolescence. *Am J Clin Nutr* ;109:1154–1163. Recuperado de: <https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/109/4/1154/5380581>
9. Dalmau JL, Peña-Quintana A, Moráis V y Martínez V. (2015) Análisis cuantitativo de la ingesta de nutrientes en niños menores de 3 años. Estudio ALSALMA. *Anales de Pediatría*; 82(4): 213-288. DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.09.017.
10. Maessen S, Derraik J, Binia A y Cutfield W. (2019). Perspective: Human Milk Oligosaccharides: Fuel for Childhood Obesity Prevention?, *Advances in Nutrition*. <https://doi.org/10.1093/advances/nmz093>

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

11. Woo Baidal J, Locks L, Cheng E, Blake-Lamb T, Perkins M, Taveras E. (2016). Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review. *Am J Prev Med*, 50 (6): 761-779. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.11.012>
12. U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. The Supplemental Nutrition Assistance Program Education (SNAP-Ed). (2016). Evaluation Framework: Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Indicators: Interpretive Guide to the SNAP-Ed Evaluation Framework. Recuperado de <https://snaped.fns.usda.gov/>.
13. Register Nurses' Association of Ontario. (2018). Breastfeeding-Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children. 3rd ed. Toronto, (ON): Registered Nurses Association of Ontario.
14. Comité de Lactancia materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. (2018). Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre alimentación complementaria. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria.
15. Ferraro V, Zanconato S, Carraro S. (2019). Timing of Food Introduction and the Risk of Food Allergy. *Nutrients*, 11,113; doi:10.3390/nu11051131
16. World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) (2019). Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf?ua=1>
17. Greer F.R, Sicherer, S, Burks A, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition y American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. (2008). Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* (121): 183–191.
18. Greer F, Sicherer S y Burks, A.W. (2019). Committee on Nutrition, Section on Allergy and Immunology. The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Foods. *Pediatrics*, 143, e20190281.
19. Eidelman A. (2012) Breastfeeding and the use of human milk: An analysis of the American Academy of Pediatrics Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeed. Med. Off. J. Acad. Breastfeed. Med.*, 7, 323–324.
20. Muraro A, Halken S, Arshad S, Beyer K, Dubois A, Eigenmann P, Grimshaw K et al. (2014) EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy*, 69, 590–601.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

21. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler N, Hojsak I, Hulst J et al. (2017) Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2017, 64, 119–132.
22. EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens). Castenmiller J, Henauw S, Hirsch-Ernst K, Kearney J, Knutsen HK, Maciuk A, Mangelsdorf I, McArdle HJ, Naska A, Pelaez C, Pentieva K, Siani A, Thies F, Tsabouri S, Vinceti M, Bresson J, Fewtrell M, Kersting M, Przyrembel H, Dumas C, Titz A and Turck D. (2019) Scientific Opinion on the appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. *EFSA Journal*;17(9):5780, 241 pp. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2019.5780>
23. Szajewska H, Shamir R, Mearin L, Ribes-Koninckx C, Catassi C, Domellöf M, et al. (2016). Gluten. Introduction and the Risk of Coeliac Disease: A Position Paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 62(3):507-13.
24. Heyman MB, Abrams SA, Sect GHN, Nutr C. (2017). Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations. *Pediatrics*; 139(6). pii: e20170967.
25. Basulto J, Manera M y Baladia E. (2014). Ingesta dietética de nitratos en bebés y niños españoles y riesgo de metahemoglobinemia. *Rev Pediatr Aten Primaria*; 16 (61). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000100013>.
26. Domellöf M, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Fewtrell M, Hojsak I, y ESPGHAN Committee on Nutrition. (2014). Iron requirements of infants and toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*;58(1):119-29. doi: 10.1097/MPG.0000000000000206.
27. Gil-Campos M, Dalmau-Serra J y Comité de Nutrición de la Asociación española de Pediatría. (2010). Importancia del ácido Docosahexaenoico (DHA): funciones y recomendaciones para su ingesta en la infancia. *Anales de pediatría* 73(3):142.
28. Agencia Española de Consumo, Seguridad alimentaria y Nutrición. (2019). Recomendaciones de consumo de pescado debido a la presencia de mercurio para poblaciones sensibles: mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y población infantil. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, Recuperado en: http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/ampliacion/mercurio.htm
29. Howard K, Tucker J, DeFrang R, Orth J y Wakefield S. (2018). Primary Care Obesity Prevention in 0-2 Year Olds Through Parent Nutritional Counseling: Evaluation of Child Behaviors and Parent Feeding Styles. *Pediatrics*; 141 (1 MeetingAbstract) 591.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

30. Fidler N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M y Embleton ND. (2017). Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 65(6):681-96.
31. Heyman M, Abrams S, y section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Committee on Nutrition.(2017). Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents: Current Recommendations. *Pediatrics*; e20170967.N. Recuperado en: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0967>
32. Ortega R, Jiménez AI. Alimentación del preescolar y escolar. (2015). En: Montserrat Rivero Urgell [et al.] (coords.) y Cátedra Ordesa de Nutrición Infantil de la Universidad de Zaragoza. Libro blanco de la nutrición infantil en España. Prensas de la Universidad de Zaragoza,. p.115-122.
33. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Objetivos nutricionales para la población española. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 2011. *Rev. Esp. Nutr. Comunitaria* 2011;17(4):178-199.
34. Cuervo M, Baladía E, Goñi I, Corbalán M, Manera M, Basulto J, Pérez Sabete I, Martínez A. (2010). Propuesta de ingestas dietéticas de referencia (IDR) para población española. FESNAD (Federación española de sociedades de nutrición, alimentación y dietética).
35. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos en población Infantil y Adolescente. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
36. Organización Mundial de la Salud. (2015). Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/>.
37. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, Van Horn LV, Feig DI y Anderson CAM. (2017). Added sugars and cardiovascular disease risk in children: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*;135(19): e1017-e1034.
38. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC y Bertazzi R. (2017). The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. <http://doi.org/10.1017/S1368980017000234>.
39. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25353>
40. Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/>.
41. Colquitt JL, Loveman E, O'Malley C, Azevedo LB, Mead E, Al-Khudairy et al. (2016). Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD012105. DOI: 10.1002/14651858.CD012105.

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

42. Styne D, Arsalian S, Connor E, et al. (2017). Pediatric Obesity. Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society. Clinical Practice Guideline et al. *J Clin Endocrinol Metab*, 2017; 102(3):709.
43. Medina Navarro M. (2016). Índice de masa corporal elevado en Pediatría y riesgo cardiovascular en el adulto. *Evid Pediatr*;12:57.
44. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, 2013. Disponible en <http://who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/>
45. Gomes AI, Barros L, Pereira AI y Roberto M. (2018). Effectiveness of a parental school-based intervention to improve young children's eating patterns: a pilot study *Public Health Nutrition*: 21(13), 2485–2496. doi:10.1017/S1368980018000952.
46. Ebbeling, Dorota B Pawlak, David S Ludwig. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure *Lancet* 2002, 360: 473–82
47. Patton G, Sawyer S, Santelli J, Ross D, Af fi R, Allen N, Arora M, Azzopardi P, Baldwin W et al. (2016). Our future: a *Lancet* commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 387: 2423–78. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1).

O CONSELHO ALIMENTAR EM PEDIATRIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS PEDIÁTRICOS

RINSAD

A *Revista Infância e Saúde (RINSAD)*, ISSN: 2695-2785, surge da colaboração entre as administrações de Portugal, Galiza, Castela e Leão, Extremadura e Andaluzia no âmbito do projeto [Interreg Espanha-Portugal RISCAR](#) e visa divulgar artigos científicos relacionados com a saúde infantil, de forma a proporcionar aos investigadores e profissionais da área uma base científica onde conhecer os avanços nos seus respetivos campos.

O projeto RISCAR é cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do Programa Interreg V-A Espanha-Portugal (POCTEP) 2014-2020, com um orçamento total de 649.699 €.

Revista fruto do projeto [Interreg Espanha - Portugal RISCAR](#) com a [Universidade de Cádiz](#) e o [Departamento de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade de Cádiz](#).

As obra publicadas na revista RINSAD estão sob licença de [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-ShareALike 4.0 Internacional](#).