

Modificação na frequência alimentar de crianças e adolescentes: acompanhamento em serviço de referência¹

Larissa Soares Mariz²
Carla Campos Muniz Medeiros³
Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira⁴
Bertha Cruz Enders⁵
Alexsandro Silva Coura³

Objetivo: identificar modificações na frequência alimentar de crianças e adolescentes com excesso de peso, tratadas em um serviço de referência. Método: estudo de coorte, realizado entre abril/2010 e abril/2011. Participaram 109 crianças e adolescentes obesos ou com sobrepeso. A população foi dividida em dois grupos, de acordo com o tempo de permanência (>6 meses e <6 meses de afastamento do tratamento). Efetuaram-se os testes de qui-quadrado e de regressão logística. Resultados: a tendência do grupo com maior tempo de afastamento foi consumir mais refrigerante, massas e frituras e menos frutas e legumes. O grupo com menor tempo apresentou melhora quanto à redução do consumo de refrigerante e guloseimas. Verificou-se risco aumentado para consumo de refrigerantes, massas e guloseimas, bem como para o afastamento do tratamento na adolescência. Conclusões: o grupo com maior tempo de acompanhamento modificou positivamente a frequência alimentar. A principal contribuição do estudo é indicar que o tratamento multiprofissional, incluindo os cuidados de enfermagem, é eficaz para modificar, de forma progressiva, a frequência alimentar de crianças e adolescentes com excesso de peso.

Descritores: Obesidade; Sobrepeso; Continuidade da Assistência ao Paciente; Criança; Adolescente; Enfermagem.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Fatores de risco cardiovascular e condições associadas ao seguimento de crianças e adolescentes obesos ou com sobrepeso em um centro de referência" apresentada à Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

² Doutoranda, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil. Professor, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

³ PhD, Professor Doutor, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

⁴ Mestranda, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

Endereço para correspondência:

Alexsandro Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem
Rua Baraúnas, 351
Bairro: Universitário
CEP: 58429-500, Campina Grande, PB, Brasil
E-mail: alex@uepb.edu.br

Introdução

No Brasil, o sobrepeso e a obesidade são considerados desvios nutricionais relevantes. O acúmulo de gordura corporal na idade escolar tende a persistir na adolescência, o qual exerce efeitos fisiológicos e patológicos na vida adulta. Por esse motivo, características como grupo de risco e possibilidades de sucesso das ações a serem implementadas fazem com que crianças e adolescentes com excesso de peso constituam um dos grupos-alvo para estratégias de prevenção e controle do sobrepeso e doenças correlacionadas⁽¹⁾.

A importância da dieta na etiologia da obesidade tem sido evidenciada pelo crescente número de estudos epidemiológicos, nos quais o hábito alimentar constitui um dos principais fatores determinantes passíveis de modificação. Procura-se, cada vez mais, descobrir padrões alimentares que predisponham ao ganho de gordura corporal, a fim de implantar políticas de saúde pública que combatam o problema⁽²⁾.

A ênfase do Ministério da Saúde, quanto aos hábitos alimentares inadequados, adquiridos na faixa etária infantojuvenil, deve-se ao fato de os mesmos poderem exercer grande influência no desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. Mas a relação entre dieta e doença nem sempre é detectada nos estudos epidemiológicos devido às dificuldades de se avaliar com precisão a ingestão alimentar⁽³⁾.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que pesquisas científicas sobre o consumo de alimentos em conjunto podem ser mais relevantes do que os nutrientes analisados individualmente. A OMS ainda sugere que as recomendações alimentares para populações sejam baseadas em alimentos e não em nutrientes. As associações encontradas devem ser simples, facilmente interpretadas e passíveis de se converter em conhecimentos que possam ser transformados em condutas aplicáveis em nível de saúde pública⁽⁴⁾.

O processo de reformulação dos hábitos alimentares é complexo, principalmente em função do estilo de vida atual, e a necessidade da elaboração de estratégias em conjunto com o paciente, a fim de que o mesmo seja capaz de compreender a necessidade e a importância do problema. Com esse objetivo, há cerca de três anos, foi implantado em Campina Grande, Paraíba, Brasil, um Centro de Obesidade Infantil (COI), hoje referência no tratamento da obesidade na cidade, onde o indivíduo cadastrado é atendido por uma equipe multidisciplinar que visa mudança nos hábitos de vida desse e da sua família⁽⁵⁾.

O COI é formado por pesquisadores e profissionais da área da saúde, como: enfermeiras, endocrinologistas,

nutricionistas, psicóloga, assistente social e preparador físico. A captação das crianças e adolescentes foi realizada por meio da divulgação do COI nas Unidades Básicas de Saúde do município, feita pela Secretaria de Saúde, a partir de uma pesquisa inicial⁽⁵⁾.

A fim de se chegar ao número adequado para realização da primeira pesquisa e fundação do COI, utilizou-se o cálculo amostral que totalizou 202 indivíduos, entre 2 e 18 anos, com sobrepeso ou obesidade, e esses passaram a fazer parte do acompanhamento multiprofissional do COI.

O enfermeiro integrante dessa equipe age como promotor de saúde, além de proporcionar a prevenção das complicações causadas pela obesidade. É importante ressaltar que tratar obesidade na infância e juventude significa não apenas enumerar condutas, mas construir hábitos saudáveis para toda a vida, conforme o Manual de Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento Humano do Ministério da Saúde⁽⁶⁾.

O instrumento acima citado afirma que cabe ao enfermeiro, na Atenção Primária, analisar o peso da criança e do adolescente, de acordo com a curva de crescimento da OMS. Assim, em caso de resultado ascendente, acima do percentil 97, a conduta deve se basear em verificar a existência de erros alimentares, indicar à mãe alimentação mais adequada, de acordo com as normas contidas no próprio Manual, através de dieta com restrição calórica para crianças acima dos quatro anos de idade, além de verificar e estimular a atividade física regular. São também atribuições do enfermeiro conhecer o desenvolvimento normal e variações da criança e do adolescente, oferecer orientações à família e, em caso de necessidade, fazer o encaminhamento para diagnóstico e intervenção o mais precocemente possível⁽⁶⁾.

As opções de tratamentos convencionais para o sobrepeso e obesidade nem sempre levam ao sucesso. Em contrapartida, um programa de tratamento da obesidade, formado por equipe multiprofissional, acompanhando de forma regular, pode contribuir, de maneira substancial, para a redução da adiposidade de crianças e adolescentes⁽⁷⁾. Estudo realizado com crianças e adolescentes obesos, no Estado de Minas Gerais, evidencia que o atendimento por equipe multidisciplinar demonstrou ser mais eficiente no tratamento da obesidade quando comparado ao tratamento por apenas um profissional, por permitir estabelecer com o paciente e sua família maior contato e possivelmente maior vínculo, gerando, assim, melhores resultados⁽⁸⁾.

Diante da complexidade de fatores relacionados, portanto, ao tratamento de crianças e adolescentes com excesso de peso, neste estudo considerou-se o tratamento como um conjunto de atividades de caráter multidisciplinar, com ênfase na prática de atividades físicas, reeducação alimentar, prevenção e tratamento de

distúrbios metabólicos, atenção psicológica e grupos de reeducação alimentar.

Partindo do pressuposto de que o tratamento multidisciplinar e o tempo de acompanhamento podem mudar os hábitos alimentares de crianças e adolescentes⁽⁷⁻⁸⁾, objetivou-se identificar modificações na frequência alimentar de crianças e adolescentes com excesso de peso acompanhados por serviço de referência.

Acredita-se na pertinência deste estudo, pois a obesidade infantojuvenil está inserida na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde⁽⁹⁾, pelas dificuldades enfrentadas por enfermeiros responsáveis pelos cuidados a essa população, a fim de prestar assistência adequada e diante da incipiente produção de enfermagem nessa abordagem e, ainda, dada a possibilidade de contribuir para o fortalecimento de políticas públicas de saúde, voltadas para a faixa etária infantil, com vistas à promoção da saúde para toda a vida. Além disso, as mudanças na frequência alimentar dos sujeitos deste estudo, por meio do tratamento multiprofissional, referenciam o estabelecimento de novos serviços especializados, a fim de reduzir os índices de crianças e adolescentes obesas, combatendo, assim, um problema mundial de saúde.

Método

Trata-se de estudo de coorte prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em um serviço de referência, situado em cidade do interior da Paraíba, no tratamento de crianças e adolescentes com excesso de peso. Foi estudada uma amostra por conveniência, composta por 109 crianças e adolescentes obesos ou com sobrepeso, entre 3 e 19 anos, usuários do Sistema Único de Saúde, cadastrados no COI de Campina Grande, PB, Brasil.

O presente estudo faz uma avaliação do acompanhamento das crianças e adolescentes atendidos pelo COI. Todos os participantes foram admitidos no tratamento proposto no primeiro semestre de 2009. Os dados apresentados neste artigo foram coletados no período de abril de 2010 a abril de 2011. A amostra foi dividida em dois grupos, de acordo com o tempo em que se afastaram do tratamento especializado, considerando-se a última consulta, configurando-se da seguinte forma: grupos com menos de seis meses e grupo com mais de seis meses de afastamento. Vale salientar que os participantes continuam em atendimento até alcançarem a idade de 19 anos completos ou desistirem do atendimento.

A coleta de dados para a presente pesquisa foi realizada pelas enfermeiras do COI, as quais entraram em contato com os pacientes por telefone e agendaram a realização da avaliação nas dependências do COI, em sala

reservada. Na oportunidade, as crianças e adolescentes estavam acompanhados dos pais ou responsáveis que assinaram a autorização e estiveram presentes durante toda a avaliação. Preencheu-se uma lista de checagem, a fim de verificar se eles: foram acompanhados pelo COI desde 2009, por período ininterrupto de, no mínimo, 12 meses; compareceram a pelo menos uma consulta com cada um dos seguintes profissionais: nutricionista, endocrinologista e preparador físico e não utilizaram medicamentos que interferissem no apetite e/ou perfil lipídico e glicídico. Após essa lista ser respondida e atingidos os critérios de inclusão, os pacientes foram submetidos à aferição de medidas antropométricas e aplicação de questionário que versava sobre dados demográficos e frequência alimentar. Nesse último quesito, havia perguntas objetivas sobre a frequência de cada alimento no período passado, na admissão ao tratamento em 2009, e no período presente, após, pelos menos, 12 meses de atendimento. Salienta-se que, quando necessário, os respectivos responsáveis pelas crianças e adolescentes auxiliaram nas respostas.

Para avaliar a frequência alimentar, classificaram-se os alimentos em dois grupos, de acordo com o potencial de risco para doenças cardiovasculares. Os classificados como alimentos de risco foram: produtos lácteos integrais, gorduras de origem animal, margarinas (devido ao conteúdo em ácidos graxos trans, alimentos fritos, massas, ovos, carnes e produtos derivados); e os alimentos protetores foram: frutas e sucos naturais, hortaliças, leguminosas, cereais e derivados⁽¹⁰⁾.

A partir disso, verificaram-se as respostas dos pacientes através da frequência alimentar na admissão ao atendimento no COI, e, após, por pelo menos um ano. Depois disso, fez-se comparação e classificou-se como: piorou, melhorou ou manteve, utilizando-se como referência as porções diárias recomendadas pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/2009 – Vigitel 2009⁽¹¹⁾.

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) para Windows, versão 17.0. Para relacionar as mudanças na frequência alimentar e o tempo de afastamento, realizou-se o teste de qui-quadrado, considerando intervalo de confiança de 95%. As variáveis relacionadas ao consumo (refrigerante, embutidos, massas, guloseimas, doces e legumes), nas quais o p foi $<0,2$, foram analisadas no modelo de regressão logística, a fim de avaliar a influência das variáveis-controle (idade, sexo e tempo de afastamento) no consumo desses alimentos.

O protocolo do estudo foi previamente analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob nº0379.0.130.000-10, de acordo com

a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Os pais ou responsáveis firmaram o compromisso através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dentre os 109 participantes, 47 formaram o grupo com mais de 6 meses de afastamento e 62 com menos de 6 meses de afastamento do atendimento. De modo geral, mais da metade (67%) era do sexo feminino, adolescentes (71,6%), com renda familiar entre 1 a 2 salários-mínimos (39,4%), pardos (67,9%) e escolaridade materna de mais de 12 anos (49,5%). As características específicas de cada grupo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos grupos acompanhados no Centro de Obesidade Infantil. Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Características	Mais de 6 meses afastado		Menos de 6 meses afastado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Feminino	35	74,5	38	61,3	73	67
Masculino	12	25,5	24	38,7	36	33

(continua...)

Conforme apresentado na Tabela 2, ao se analisar a frequência com que os alimentos considerados de risco eram ingeridos, percebe-se que os pacientes afastados por menos de seis meses do acompanhamento indicaram melhora, quando comparados ao grupo com mais de

Tabela 1 - continuação

Características	Mais de 6 meses afastado		Menos de 6 meses afastado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
Pré-escolar	1	2,1	4	6,5	5	4,6
Escolar	7	14,9	19	30,6	26	23,8
Adolescentes	39	83	39	62,9	78	71,6
Renda Familiar (SM)*						
1/4 a 1/2	2	4,3	5	8,1	7	6,4
1/2 a 1	7	14,9	13	21	20	18,3
1 a 2	22	46,8	21	33,9	43	39,5
2 a 5	15	31,9	19	30,6	34	31,2
>5	1	2,1	3	4,8	4	3,7
Não sabe	0	0	1	1,6	1	0,9
Raça						
Branca	14	29,8	13	21	27	24,8
Parda	29	61,7	45	72,6	74	67,9
Negra	4	8,5	3	4,8	7	6,4
Não sabe	0	0	1	1,6	1	0,9
Escolaridade da mãe†						
0 a 8 anos	14	29,8	21	33,9	35	32,1
9 a 11 anos	9	19,1	11	17,7	20	18,3
12 ou mais	24	51,1	30	48,4	54	49,6

*Salário-mínimo
†Em anos de estudo

seis meses de afastamento. Os principais alimentos que evidenciam tal constatação foram, respectivamente, para os grupos com menos e com mais de seis meses: refrigerante (61,3 e 27,7%), massas (50 e 34%) e fritura (46,8 e 36,2%).

Tabela 2 - Frequência alimentar de risco entre os grupos acompanhados no Centro de Obesidade Infantil. Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Alimentos	Mais de 6 meses afastado			Menos de 6 meses afastado			Total		
	PI%	ME%	MA%	PI%	ME%	MA%	PI%	ME%	MA%
Fritura	42,6	36,2	21,3	29,0	46,8	24,2	34,9	42,2	22,9
Embutido	21,3	19,1	59,6	9,7	33,9	56,5	14,7	27,5	57,8
Bala/chocolate	29,8	21,3	48,9	29,0	43,5	27,4	29,4	33,9	36,7
Doces	38,3	25,5	36,2	16,1	40,3	43,5	25,7	33,9	40,4
Biscoito	40,4	34,0	25,5	48,4	33,9	17,7	45	33,9	21,1
Refrigerante	31,9	27,7	40,4	17,7	61,3	21,0	23,9	46,8	29,4
Massas	36,2	34,0	29,8	22,6	50,0	27,4	28,4	43,1	28,4

PI=percentual de piora; ME=percentual de melhora; MA=percentual de manutenção

Na Tabela 3, quanto aos alimentos protetores, verificou-se que os indivíduos passaram a consumir mais frutas (30,3%) e legumes (26,6%) na amostra total. Esses mesmos alimentos apresentaram ingestão maior nos pacientes afastados por menos de seis meses do

acompanhamento, sendo observado para frutas 32,3%, comparado a 27,7% no grupo afastado por mais de seis meses. Relacionado aos legumes, houve 32,3 e 19,1% de consumo entre os participantes com menos e mais tempo de afastamento, respectivamente.

Tabela 3 - Frequência alimentar de protetores entre os grupos acompanhados no Centro de Obesidade Infantil. Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Alimentos	Mais de 6 meses afastado			Menos de 6 meses afastado			Total		
	PI%	ME%	MA%	PI%	ME%	MA%	PI%	ME%	MA%
Feijão	25,5	14,9	59,6	14,5	12,9	72,6	19,3	13,8	67
Frutas	34,0	27,7	38,3	25,8	32,3	41,9	29,4	30,3	40,4
Legumes	57,4	19,1	23,4	43,5	32,3	24,2	49,5	26,6	23,9
Leite	51,1	6,4	42,6	48,4	8,1	43,5	49,5	7,3	43,1
logurte	55,3	14,9	29,8	61,3	9,7	29,0	58,7	11,9	29,4
Queijo	51,1	19,1	29,8	59,7	11,3	29,0	56	14,7	29,4

PI=percentual de piora; ME=percentual de melhora; MA=percentual de manutenção

Ao se comparar os dois grupos, observou-se que os valores indicaram associação entre os pacientes com menos de seis meses de afastamento do acompanhamento e a melhoria no consumo de refrigerantes e bala/chocolate ($p=0,000$ e $p=0,015$, respectivamente), conforme dados da Tabela 4.

Tabela 4 - Frequência, significância, razão de prevalência e intervalo de confiança da frequência alimentar de crianças e adolescentes cadastradas no Centro de Obesidade Infantil. Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Variáveis	Tempo de afastamento		RP (IC - 95%)	p
	> 6 meses	< 6 meses		
Feijão				
Piorou ou manteve	85,1	87,1	1,18 (0,39-3,52)	0,765
Melhorou	14,9	12,9		
Frutas				
Piorou ou manteve	72,3	67,7	0,81 (0,34-1,84)	0,605
Melhorou	27,7	32,3		
Legumes				
Piorou ou manteve	80,9	67,7	0,49 (0,20-1,22)	0,125
Melhorou	19,1	32,3		
Leite				
Piorou ou manteve	93,6	91,9	0,77 (0,17-3,43)	0,739
Melhorou	6,4	8,1		
logurte				
Piorou ou manteve	85,1	90,3	1,63 (0,51-5,22)	0,405
Melhorou	14,9	9,7		
Queijo				
Piorou ou manteve	80,9	88,7	1,86 (0,63-5,42)	0,251
Melhorou	19,1	11,3		
Fritura				
Piorou ou manteve	63,8	53,2	0,64 (0,29-1,4)	0,267
Melhorou	36,2	46,8		
Embutidos				
Piorou ou manteve	80,9	66,1	0,46 (0,18-1,13)	0,088
Melhorou	19,1	33,9		
Biscoito				
Piorou ou manteve	66,0	66,1	1,01 (0,45-2,24)	0,985
Melhorou	34,0	33,9		

(continua...)

Tabela 4 - continuação

Variáveis	Tempo de afastamento		RP (IC - 95%)	p
	> 6 meses	< 6 meses		
Bala/chocolate				
Piorou ou manteve	78,7	56,5	0,35 (0,14-0,82)	0,015
Melhorou	21,3	43,5		
Doces				
Piorou ou manteve	74,5	59,7	0,51 (0,22-1,16)	0,106
Melhorou	25,5	40,3		
Refrigerante				
Piorou ou manteve	72,3	38,7	0,24 (0,11-0,54)	0,000
Melhorou	27,7	61,3		
Massas				
Piorou ou manteve	66,0	50,0	0,51 (0,23-1,12)	0,095
Melhorou	34,0	50,0		

Ao realizar a regressão logística, observou-se que os legumes e doces não obtiveram variável no modelo final, assim, como para refrigerante e guloseimas, relacionados à variável de sexo, e embutidos e massas com a faixa etária. Para os embutidos, não ingressou no modelo a variável tempo de atendimento (Tabela 5).

Tabela 5 - Regressão logística da frequência alimentar, relacionada ao tempo de atendimento, faixa etária e sexo das crianças e adolescentes, cadastrados no Centro de Obesidade Infantil. Campina Grande, PB, Brasil, 2010-2011

Alimentos/variáveis	OR (IC-95%)	p
Refrigerante		
Tempo de atendimento	3,5 (1,55-8,31)	0,039
Idade	0,37 (0,14-0,92)	0,034
Embutidos		
Sexo	3,37 (1,4-8,1)	0,007
Massas		
Tempo de atendimento	2,34 (1,02-5,34)	0,004
Sexo	0,31 (0,13-0,78)	0,012
Guloseimas		
Tempo de atendimento	2,85 (1,20-6,74)	0,017

Quanto ao tempo de acompanhamento, observou-se que os pacientes que tinham mais de seis meses afastados apresentaram risco 3,5 vezes maior de aumentar o consumo de refrigerante, 2,34 as massas e 2,85 as guloseimas.

Para o sexo, observou-se que as meninas tinham probabilidade 3,37 vezes maior de piorar no consumo de embutidos. No entanto, no consumo de massas melhoraram em 3,2 vezes mais do que os meninos. Quanto à faixa etária, apenas o consumo de refrigerante foi pior, no período de um ano, para os adolescentes (OR=0,37).

Discussão

No presente estudo os participantes foram crianças e adolescentes com excesso de peso, atendidos por serviço de referência. A obesidade nessa faixa etária tende a persistir na vida adulta e está associada ao aparecimento de doenças cardiovasculares e metabólicas⁽¹²⁾.

Ao comparar a frequência alimentar entre os grupos desta pesquisa, verificou-se que os pacientes com menos tempo da última consulta obtiveram melhores resultados referentes, principalmente, à diminuição da ingestão de alimentos de risco (refrigerantes, massas e frituras) e o melhor consumo em relação às frutas e legumes. O resultado de estudo, realizado em serviço público de referência para adolescentes obesos de Minas Gerais, corroborou o presente estudo, uma vez que foi observado que os pacientes acompanhados apresentaram aumento da frequência de ingestão de alimentos saudáveis e diminuição dos alimentos calóricos⁽¹³⁾. Assim, a população alvo, quando acompanhada por serviço de referência e com menor tempo de afastamento, consegue compreender os males dos alimentos de risco e os benefícios dos alimentos protetores, adequando-os à sua dieta.

Os resultados aqui descritos ainda sugerem que os sujeitos por mais tempo afastados do acompanhamento possuíam tendência para aumentar o consumo de refrigerantes, massas e guloseimas. Sobre isso, muitos fatores parecem interferir no consumo alimentar, nessa faixa etária, tais como: valores socioculturais, imagem corporal, grupo social, renda familiar, alimentos consumidos fora de casa, aumento do consumo de alimentos altamente energéticos, influência exercida pela mídia e grupo de convívio, omissão de refeições, distância entre a casa e escola, disponibilidade e facilidade de preparo dos alimentos, além de instabilidade emocional⁽²⁾. Todavia, esse cenário adverso pode ser modificado com auxílio profissional, com ênfase na educação do núcleo familiar e, preferencialmente, com acompanhamento multiprofissional⁽¹³⁾.

Considerando-se as diferenças entre os sexos, observou-se que as meninas tinham maior probabilidade de piorar no consumo de embutidos e melhorar no consumo de massas. Tal resultado é semelhante ao encontrado em estudo que avaliou o hábito alimentar de jovens universitários, o qual concluiu que o comportamento alimentar das meninas mostrou inadequação para o consumo de embutidos, refletindo a preferência por refeições mais leves no horário do almoço ou jantar, o que geralmente era evitado entre os homens, que preferiam o consumo de refeições mais densas, como massas. Assim, homens e mulheres apresentam hábitos alimentares diferentes, sugerindo a necessidade de abordagem diferenciada e a elaboração de estratégias de promoção de saúde adequadas para cada sexo⁽¹⁴⁾.

A constatação de que os adolescentes consomem mais refrigerante, quando comparados às crianças, pode estar relacionada com a maior liberdade do adolescente para adquirir esses alimentos⁽⁸⁾. Estudo sobre o consumo de refrigerantes entre escolares da rede pública, na cidade de Niterói, RJ, revelou que foi maior em escolares mais velhos, enquanto que a prevalência de consumo de leite foi maior em estudantes mais novos. Demonstrou-se tendência de substituição da ingestão de leite por refrigerante com o aumento da idade, indicando prática pouco saudável e que pode ser revertida através de intervenção e educação em saúde nas escolas⁽¹⁵⁾.

Outrossim, revisão sistemática de literatura concluiu que, para compreender o consumo frequente de alimentos ricos em açúcar pelos adolescentes, se deve considerar o *marketing*. O açúcar é um dos itens mais importantes de um amplo mercado de alimentos não saudáveis que, frequentemente, minam as estratégias educacionais e de modificação comportamental, principalmente no público jovem⁽¹⁶⁾. Um estudo realizado na Polônia, com 1.829 crianças e adolescentes de 10 a 15 anos, verificou que a maioria consumia doces de maneira excessiva, podendo ter impacto negativo sobre o seu desenvolvimento e saúde⁽¹⁷⁾.

Apesar da identificação de maior risco para a frequência alimentar inadequada em alguns participantes, foi observado que o acompanhamento multidisciplinar contribuiu para a melhoria de tal frequência, principalmente entre os que estavam no grupo com menos de seis meses da última consulta. A partir dessa melhora na qualidade nutricional foi possível identificar que o atendimento multiprofissional obteve efeito positivo. Sobre isso, é importante ressaltar que o incentivo aos programas de orientação alimentar pode contribuir para o desenvolvimento de estado nutricional adequado. A promoção e manutenção desses hábitos nessa faixa etária

resultam em adultos mais saudáveis e com menor risco de doenças crônicas não transmissíveis⁽¹⁸⁾.

Por esses motivos, a fim de evitar complicações no quadro de saúde dos adolescentes com sobrepeso ou obesidade, a enfermagem age como mediadora entre o serviço de saúde e a família. Nessa perspectiva, um estudo de revisão indicou como sendo primordiais as seguintes intervenções de enfermagem: orientar-se sobre a nutrição de crianças; conscientizar os pais da importância da prevenção da obesidade infantil com palestras, folhetos educativos e visitas domiciliares; informar a família sobre a patologia, relatando suas causas e consequências; fazer acompanhamento nutricional das crianças; atentar para a melhoria da alimentação, mostrando cardápios mais adequados, fixando horários e locais; incentivar exercícios físicos, brincadeiras e jogos esportivos; avaliar o estado psicossocial da criança e da família; mostrar que a alimentação saudável não é a mais cara; analisar se há aparecimento de doenças oportunistas à obesidade e orientar sobre a necessidade do acompanhamento médico daquelas crianças que já atingiram um grau mais elevado da doença⁽¹⁹⁾.

Dentre as intervenções, o apoio psicológico é fundamental, pois as crianças e adolescentes obesos ou com sobrepeso enfrentam preconceitos sociais. Estudo realizado na cidade de Matamoros, em Tamaulipas, México, com 24 adolescentes obesos, constatou que os mesmos apresentavam baixa autoestima, dificuldades para realizar atividades físicas e comprar roupas que melhorassem a própria imagem, preconceito e rejeição dos outros adolescentes⁽¹⁸⁾.

Com as orientações e acompanhamento, a tendência é de as crianças e adolescentes mudarem seus hábitos de vida (dieta e prática de atividades físicas), mesmo que não consigam cumprir todas as orientações. Salienta-se que é muito importante elogiar desde as pequenas mudanças, por exemplo, trocar salgadinhos por frutas no lanche da escola, para incentivá-los a melhorar. O tratamento é longo e a prevenção de distúrbios metabólicos é uma prioridade em saúde pública, podendo a mudança começar durante as consultas de enfermagem nas unidades básicas de saúde⁽¹⁹⁾.

Destaca-se que a avaliação com base no relato pessoal da frequência alimentar das crianças e adolescentes com excesso de peso é considerada como limitação do estudo, porque, segundo a literatura consultada, há presença de sub-relato sobre frequência alimentar em indivíduos com excesso de peso⁽³⁾. Porém, enaltece-se a importância do estudo pela contribuição de dados recentes no cenário nacional, alusivos ao acompanhamento de pacientes em centro de referência para tratamento de crianças

e adolescentes com excesso de peso, pois a maioria das pesquisas publicadas aborda somente parte dessa população (crianças ou adolescentes). Além disso, o fato de o acompanhamento ter se desempenhado por período de um ano endossa o valor da investigação.

Por fim, salienta-se que em estudo realizado no México, sobre a temática da obesidade em crianças e adolescentes, discutiu-se, com abordagem qualitativa, os aspectos psicológicos que interferem nas relações sociais dos jovens obesos e a necessidade de intervenções de enfermagem específicas para essa população⁽¹⁸⁾. O estudo aqui apresentado resulta em avanço no conhecimento científico ao se analisar que o acompanhamento multiprofissional e especializado pode contribuir para a modificação da frequência alimentar e, conseqüentemente, mostrando potencial para melhorar o estado geral das crianças e dos adolescentes obesos.

Conclusão

Uma parcela das crianças e adolescentes com excesso de peso incluídos neste estudo ainda consumia alimentos de risco, porém, observou-se que o acompanhamento multidisciplinar apresentou resultados positivos, pois, de modo geral, os participantes demonstraram compreender a importância de se evitar os alimentos de risco e aumentar o consumo dos alimentos protetores.

Deve-se destacar que a situação alimentar dessa população ainda é preocupante, pois há necessidade de que a modificação desses hábitos permaneça, a fim de prevenir doenças cardiometabólicas. Essa dificuldade foi observada principalmente nos grupos com maior tempo de afastamento, o que indica que um dos maiores desafios é manter as crianças e adolescentes no acompanhamento. Assim, faz-se necessária a elaboração de estratégias que reforcem ações educativas, incluindo o debate sobre políticas e programas que possam resgatar as distorções culturais, para incentivar a população em geral a aderir a práticas saudáveis, prevenindo, assim, a obesidade e suas comorbidades.

Diante desses resultados, a principal contribuição do estudo é indicar que o acompanhamento multiprofissional é eficaz para modificar a frequência alimentar de crianças e adolescentes com excesso de peso. Desse modo, considerando o enfermeiro como integrante da equipe, indica-se que o excesso de peso em crianças e adolescentes deve ser avaliado com cuidado na consulta de enfermagem, a fim de oferecer as melhores orientações e identificar indivíduos com maior risco de alteração metabólica para encaminhá-los a serviço de referência. Para tanto, ressalta-se a necessidade de

treinamento para os enfermeiros, voltado à identificação e ao acompanhamento do excesso de peso desde a infância, uma vez que está associado ao perfil metabólico adverso.

Referências

- Rodrigues EM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saúde Pública*. maio 2009;22(5):923-31.
- Dishchekenian VRM, Escrivão MAMS, Palma D, Ancona-Lopez F, Araújo EAC, Taddei JAAC, et al. Padrões alimentares de adolescentes obesos e diferentes repercussões metabólicas. *Rev Nutr*. jan/feb 2011;24(1):17-29.
- Salvatti AG, Escrivão MAMS, Tadei JAAC, Bracco MM. Padrões alimentares de adolescentes na cidade de São Paulo. *Rev Nutr*. sept-oct 2011;24(5):703-13.
- McNaughton SA, Ball K, Mishra GD, Crawford DA. Dietary patterns of adolescents and risk of obesity and hypertension. *J Nutrition*. [periódico na Internet]. 2008 [acesso 5 jun 2012]; 138:364-70. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/content/138/2/364.full.pdf+html>
- Mariz LS, Azevedo LB, Medeiros CCM, Gonzaga NC, Amorim SD, Souza LCF. Centro de obesidade infantil: relato de experiência. *Cogitare Enferm*. [periódico na Internet] abr-jun 2012 [acesso 20 abril 2013; 17(2):369-72. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/27900/18557>
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Cattai BP, Rocha FAR, Hintze LJ, Pagan BGM, Nardo N Júnior. Programa de tratamento multiprofissional da obesidade: os desafios da prática. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(suppl.1):121-6.
- Silveira AM, Jansen AK, Norton RC, Silva GSE, Whyte PPM. Efeito do atendimento multidisciplinar na modificação dos hábitos alimentares e antropometria de crianças e adolescentes com excesso de peso. *Rev Méd Minas Gerais*. jul-set 2010;20(3):277-84.
- Ministério da Saúde (BR). Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2. ed. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Fornés NS, Martins IS, Velásquez-Meléndez G, Latorre MRDO. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):12-8.
- Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Rico RC, Rico RG, Almeida CAN, Ramos APP. Estudo comparativo de fatores de risco em crianças e adolescentes com diagnóstico antropométrico de sobrepeso ou obesidade. *Rev Paul Pediatría*. [periódico na Internet] 2010 [acesso 5 jun 2012]; 28(4):320-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n4/a06v28n4.pdf>
- Oliveira TRPR, Cunha CF, Ferreira RA. Educação nutricional como estratégia de intervenção para o tratamento da obesidade na adolescência. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008;18(suppl.3):67-75.
- Feitosa EPS, Dantas CAO, Andrade-Wartha ERS, Marcellini PS, Mendes-Netto RS. Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública do Nordeste. *Alim Nutr*. 2010;21(2):225-30.
- Nogueira FAM, Sichieri R. Associação entre consumo de refrigerantes, sucos e leite, com o índice de massa corporal em escolares da rede pública de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. dez 2009;25(12):2715-24.
- Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl 2:209-34.
- Dietetyki Z, Klinicznego Z. Selected nutritional habits children and teenagers aged 10-15 years. *Rocz Panstw Zakl Hig*. [journal on the Internet] 2012 [acesso 20 abril 2013]; 63(1):91-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22642075/>
- Martínez-Aguilar ML, Flores-Peña Y, Rizo-Baeza MM, Aguilar-Hernández RM, Vázquez-Galindo L, Gutiérrez-Sánchez G. 7th to 9th Grade Obese Adolescents' Perceptions About Obesity in Tamaulipas, Mexico. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010 Jan/Feb;18(1):48-53.
- Fernandes RA, Vargas SA. O cuidado de enfermagem na obesidade infantil. *Rev Meio Amb Saúde*. 2008; 2(1):273-81.

Recebido: 20.7.2012

Aceito: 8.5.2013

Como citar este artigo:

Mariz LS, Medeiros CCM, Vieira CENK, Enders BC, Coura AS. Modificação na frequência alimentar de crianças e adolescentes: acompanhamento em serviço de referência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2013 [acesso em: ];21(4):[08 telas]. Disponível em: 

dia
mês abreviado com ponto
ano

URL

www.eerp.usp.br/rlae

www.eerp.usp.br/rlae