

IMPACTO DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL SOBRE O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO/FN UFPEL

ANDRESSA ALANIS LANGLOIS¹; MILENA CABANA MARTINS², CARLA ALBERICI PASTORE³, LÚCIA ROTA BORGES⁴, SANDRA COSTA VALLE⁵

¹Universidade Federal de Pelotas/ Faculdade de Nutrição – *dessa_sm@hotmail.com*

²Universidade Federal de Pelotas/ Faculdade de Nutrição – *milenacabanaa@hotmail.com*

³Universidade Federal de Pelotas/ Faculdade de Nutrição – *pastorecarla@yahoo.com.br*

⁴Universidade Federal de Pelotas/ Faculdade de Nutrição – *luciarotaborges@yahoo.com.br*

⁵Universidade Federal de Pelotas/ Faculdade de Nutrição – *sandracostavalle@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, mundialmente, constata-se elevado índice de obesidade entre crianças e adolescentes. Paralelamente, a prevalência de comorbidades associadas ao excesso de peso aumentou e, aproximadamente, um terço da população pediátrica obesa apresenta hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e resistência insulínica (SBP, 2011). Considerando a vulnerabilidade da infância e a precocidade da exposição, o diagnóstico e o tratamento da obesidade não devem ser protelados (SBP, 2011). Na infância uma intervenção nutricional gradativa, por etapas, mostra-se eficaz e a perda de peso ocorre em consequência de uma ampla mudança comportamental (VITOLLO, 2008, SBP, 2011). As intervenções tendem a ser centradas em mudanças no estilo de vida, com reeducação nutricional e estímulo à atividade física (SBP, 2011).

A mudança de comportamento alimentar é o evento inicial do tratamento nutricional e sua repercussão clínica, a perda ponderal, pode exigir um período maior de tempo (DEHGHAN, et al 2005). Além disso, tratando-se de crianças e adolescentes a adesão às recomendações nutricionais depende em grande parte da relação familiar. O papel dos responsáveis é fundamental e desde o início deve ser esclarecido e enfatizado. Estudos apontam que, entre os fatores que podem dificultar a adesão ao tratamento da obesidade infantil, destacam-se os problemas pessoais, a ausência de apoio familiar, a falta de motivação e os resultados negativos na perda de peso durante o tratamento (DEHGHAN, et al 2005, SBP, 2011).

Há uma grande dificuldade e variabilidade na definição de critérios que retratem adequadamente a adesão ao tratamento da obesidade. No entanto, a redução do índice de massa corporal (IMC) pode ser considerada um parâmetro adequado para investigar adesão ao tratamento. A redução do IMC impacta na melhora dos níveis pressóricos, do perfil lipídico e da sensibilidade insulínica (VITOLLO, 2008; SBP, 2011). O objetivo deste estudo foi analisar as modificações do IMC após intervenção nutricional, assim como o estado nutricional e os hábitos alimentares de crianças e adolescentes obesos do Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas/ Faculdade de Nutrição-UFPEL.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal observacional descritivo. A coleta de dados foi realizada no período de junho a julho de 2013, a partir de dados secundários obtidos dos prontuários do Ambulatório de Nutrição da Faculdade de Nutrição- UFPEL. Foram incluídas crianças e adolescentes obesos, de ambos os gêneros, que realizaram no mínimo duas consultas no serviço. Foram excluídas aquelas com deficiência física, sindrômicas ou com paralisia cerebral. A amostra final resultou em 110 crianças, mas para a comparação do IMC houve uma perda em função da falta de dados completos no prontuário.

As variáveis coletadas foram: gênero, peso, estatura, doenças da criança, uso de fármacos, número de consultas, consumo semanal de alimentos industrializados e de frutas, verduras e legumes. Os dados de peso e estatura foram aferidos por acadêmicos de Nutrição e utilizados para o cálculo do IMC(kg/m²). O diagnóstico nutricional baseou-se na classificação percentil dos índices de IMC-para-idade e Estatura-para-idade tendo como referências as curvas da Organização Mundial da Saúde publicadas em 2006 e 2007. Os resultados de IMC e de hábitos alimentares foram divididos em três faixas etárias: < 5 anos; de ≥ 5 a < 10 anos e de ≥10 <19 anos. Para análise do consumo alimentar foram computados os dados de frequência ≤ 3 vezes na semana. O diagnóstico nutricional foi comparado em relação a dois momentos: antes da intervenção nutricional (na primeira consulta) e após intervenção nutricional (na última consulta). Foi considerada intervenção nutricional a consulta de rotina do ambulatório de Nutrição por atender a protocolo de assistência nutricional adaptado a crianças e adolescentes com excesso de peso.

Os dados foram digitados na planilha eletrônica Excel[®] e transferidos para análise no BioEstat 5.3, *software* livre. Foram realizados os cálculos da frequência absoluta e relativa, dos valores de mediana, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi testada com o teste *Shapiro-Wilk*. A comparação do IMC entre consultas foi realizada com o teste *t de Student*. O teste Exato de *Fisher* foi utilizado para avaliar a associação entre o número de consultas e as mudanças no IMC. O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características demográficas e clínicas das crianças e adolescentes do estudo estão apresentadas na Tabela 1. A mediana de idade correspondeu a crianças em fase escolar, com idade inferior a 10 anos (8,5; 2,2-14,5). Observa-se uma ampla variação no número de consultas ao serviço (3; 2-23), com maior presença do gênero masculino, 57% (63). Destacam-se as prevalências de doenças respiratórias e psicológicas/psiquiátricas, bem como o elevado uso de fármacos associados a essas doenças. Somadas as prevalências de HAS e dislipidemias, estas corresponderam a 21,6% (24). Quanto aos hábitos alimentares chama a atenção o elevado consumo de alimentos industrializados, que contribuem para o excesso de peso, inclusive na faixa etária em que estes alimentos deveriam ser evitados (Tabela 2) (SBP, 2011). Já o consumo de frutas, verduras e legumes mostrou consumo ≤3 vezes

na semana para, no mínimo, 60% da amostra, indicando consumo insatisfatório para grande parcela das crianças (Tabela 2) (SBP, 2011).

TABELA 1: Características demográficas e clínicas de crianças e adolescentes obesos assistidos no Ambulatório de Nutrição/FN-UFPEL

	Mediana; mín-máx
IDADE	8,5; 2,2-14,5
NÚMERO DE CONSULTAS	3; 2-23
	% (n)
GÊNERO	
Feminino	42,7 (47)
Masculino	57,3 (63)
DOENÇAS DA CRIANÇA	
Respiratórias	13,5 (15)
Psiquiátricas/psicológicas	13,5 (15)
HAS	12,6 (14)
Dislipidemia	9,0 (10)
MEDICAMENTOS	
Fármacos psicoativos	14, 4 (16)
Bronquodilatador	3,6 (4)
Corticóides	2,7 (3)

TABELA 2: Consumo de alimentos industrializados, açúcar, frutas, verduras e legumes relatado na primeira consulta de crianças e adolescentes obesos no Ambulatório de Nutrição/FN-UFPEL

	IDADE (ANOS)		
	< 5 ANOS	≥ 5 < 10	≥ 10 < 19
SUCO ARTIFICIAL	72,7 (8)	82,8 (53)	83,3 (30)
SALGADINHOS DE PACOTE	63,6 (7)	54,7 (35)	30,5 (11)
REFRIGERANTE	45,5 (5)	68,7 (44)	66,6 (24)
BISC RECHEADO	36,4 (4)	48,0 (31)	27,7 (10)
EMBUTIDOS	18,2 (2)	50,0 (32)	52,7 (19)
TEMP INDUSTRILIZADOS	45,5 (5)	43,7 (28)	30,5 (11)
ADIÇÃO DE AÇÚCAR	36,4 (4)	57,8 (37)	58,3 (21)
FRUTAS	90,9 (10)	82,8 (53)	66,6 (24)
VERDURAS E LEGUMES	72,7 (8)	62,5 (40)	69,4 (25)

A diferença de IMC antes e após intervenção mostrou medianas e valores extremos de 0,18 (-2,07 a 2,68)kg/m², de -0,07 (-2,7 a 3,76)kg/m² e de -0,21 (-4,1 a 1,93)kg/m², respectivamente, para as idades de < 5 anos, ≥ 5 a < 10 anos e ≥10 anos. Porém, a comparação entre as médias de IMC não mostrou diferença estatística significativa. Na figura 1 estão representadas as modificações no IMC entre crianças e adolescentes obesos após intervenção nutricional. Novamente observa-se que a faixa etária mais responsiva foi a ≥10 anos. Nestes a perda de peso foi 1,6 vezes mais prevalente comparada à amostra total. Já a análise da associação entre o número de consultas e as mudanças do IMC não mostrou associação significativa (p= 0.07).

Neste trabalho o menor impacto da intervenção nutricional nas crianças pode estar relacionado a baixa adesão da família aos novos hábitos propostos, uma vez que as crianças são mais vulneráveis as decisões familiares. Resultado semelhante foi obtido por estudo realizado com escolares entre 7e 10 anos em Florianópolis, onde a educação nutricional não resultou em mudanças significantes no IMC (MENDES et al 2006). Já os adolescentes

parecem ser mais autônomos com relação a suas escolhas sugerindo ser esse um dos motivos da melhor adesão ao tratamento.

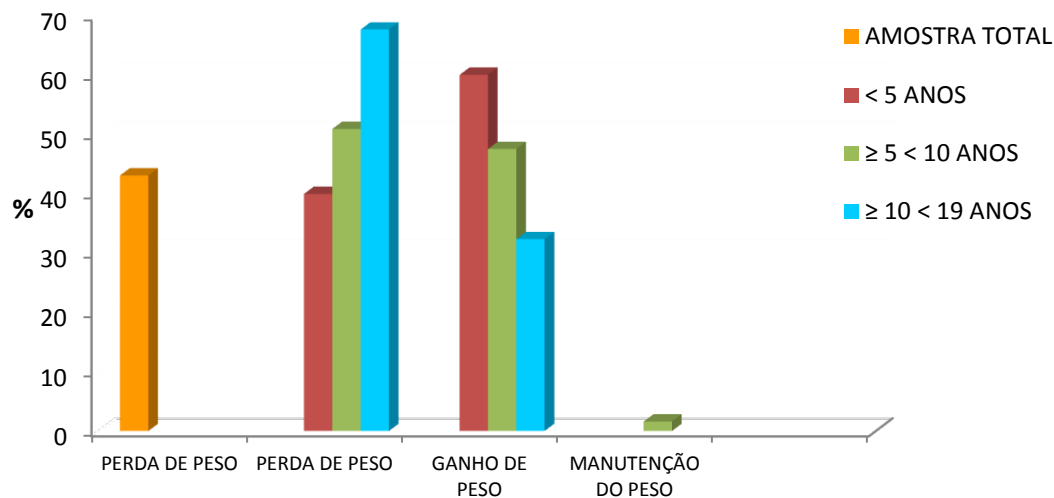


FIGURA 1: Comportamento do IMC após intervenção nutricional entre crianças e adolescentes obesos assistidos no Ambulatório de Nutrição/FN-UFPEL

4. CONCLUSÃO

Constatou-se mudança no IMC e redução mais expressiva deste índice entre os adolescentes. Contudo, a exposição precoce a alimentos industrializados determina uma reflexão sobre estratégias adicionais de prevenção da doença. Além disso, a partir dos resultados desse estudo será possível um redirecionamento das condutas, visando melhorar a abordagem ao tratamento da obesidade na infância.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Obesidade na infância e adolescência–Manual de Orientação** / Departamento de Nutrologia. – São Paulo: 2011.

VITOLO, M.R. **Nutrição da gestação ao Envelhecimento**. Rio de Janeiro, Rubio,2008.

DEGHAN M, AKHTAR-DANESH N, MERCHANT AT. **Childhood obesity, prevalence and prevention**. *Nutr J*. 2005;4(1):24.

MENDES MJFL, ALVES JGB, ALVES AV, SIQUEIRA PP, FREIRE EFC. **Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescente e seus pais**. *RevBras Saúde Matern Infant*. 2006; 6:49s-54s.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviço de saúde** / Sisvan – Brasília: 2011.