Especialização em Saúde da Família

UNIFESP - São Paulo

EDUCAÇÃO ALIMENTAR PLANEJADA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Aluna: Roberta Donato Lopes Moss

Orientador: Rodrigo Sebilhano Perenette

Santana de Parnaíba

Novembro

2015

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO ---------- 3
2 OBJETIVOS:
2.1 GERAL ----------4
2.2 ESPECÍFICOS ----------4
3 METODOLOGIA:
3.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO ----------4
3.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO ----------4
3.3 ESTRATÉGIAS E AÇÕES ----------4
3.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO ----------5
4 RESULTADOS ESPERADOS ----------6
5 CRONOGRAMA ----------6
6 REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS ----------6

1 INTRODUÇÃO

As consequências para a saúde causadas por erros nutricionais não são mais problemas exclusivos dos adultos, hoje em dia atinge grande parcela das crianças em todo o mundo [1]. Muito se sabe de problemas, tais como, sobrepeso, obesidade e colesterol elevado levando ao aumento do risco cardiovascular em adultos e estratégias de mudanças de hábitos de vida para diminuir ou evitar tais riscos. No entanto, em relação às crianças este problema é bem mais recente, uma vez que os erros nutricionais da infância no passado eram restritos à desnutrição, atualmente o Brasil substituiu o problema da escassez de alimento pelo excesso de oferta [2], desviando para o outro extremo, o da superalimentação e abuso de alimentos de pouco caráter nutritivo mas de altos índices calóricos. Ou seja, nossas crianças estão comendo errado.

A obesidade pode ter início em qualquer época da vida, mas seu aparecimento é mais comum especialmente no primeiro ano de vida, como bem pontuou *Fisberg em 1995, devido ao desmame precoce; entre cinco e seis anos de idade e na adolescência [3]. A obesidade que aparece nestes três períodos, principalmente o escolar, tem como característica a persistência, além de complicações específicas do excesso de peso [4], tais como: deformidades ósseas, problemas respiratórios e desordens do sono [5].

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria em seu Manual de Orientação do Departamento de Nutrologia de 2008, as crianças em fase de formação dos hábitos alimentares não aceitam prontamente novos tipos de alimentos, hábito conhecido como neofobia (aversão a novidades), cabendo, assim, aos pais a responsabilidade de entender que este é um comportamento transitório e se os mesmos não agirem com medidas que estimulem as crianças a provar e aceitar novos alimentos, além daqueles já conhecidos por elas, podem transformar uma situação temporária em um distúrbio alimentar real [6].

De acordo com Fisberg, a obesidade infantil, por seu rápido crescimento, pode ser tratada como uma epidemia [1]. Tal problema atua num ponto que, mesmo para adultos, é de difícil controle racional, que é o prazer, especificamente o proporcionado pelo ato de comer. Para as crianças esse controle é ainda mais difícil. Alguns estudos apontam que a frequência deste problema nos EUA chega a 20%. No Brasil, estes dados não são diferentes, alguns estudos apontam 30% ou mais de prevalência de sobrepeso e obesidade na infância. Outros fatores de risco cardiovascular, como dislipidemias, em alguns municípios do estado de São Paulo, como Campinas, revelou uma prevalência de 35% em crianças de sete a catorze anos (SCHERR; MAGALHÃES; MALHEIROS, 2007) propiciando o início do processo aterosclerótico para idades mais precoces [7].

A realidade na Unidade de Saúde Avançada (USA) Fazendinha, no município de Santana de Parnaíba, não é diferente. Cerca de 4 crianças em cada 10 da faixa etária de 6 meses (logo após o desmame) a 5 anos, apresentam algum grau de erro na alimentação, e 2 em cada 10, apresentam algum problema de saúde relacionado à inadequação da dieta, como sobrepeso, obesidade e aumentos dos níveis de colesterol. A análise atual é baseada na avaliação do consumo alimentar, medidas antropométricas e análise bioquímica dos níveis de colesterol. Estes dados foram constatados baseados em triagem nutricional realizada em Grupo de Desenvolvimento Infantil da referida Unidade de Saúde, o qual acompanha crianças desde o período de aleitamento materno até a idade pré-escolar através de avalição de equipe multiprofissional.

*Fisberg A. Obesidade na infância e adolescência. São Paulo: dez; 1995 apud[3]

Tais dados, constituem, portanto, mau indicador de saúde para a região, além de contribuir significativamente para o total de doenças do País, uma vez que terá que lançar mão de medidas para combater a má qualidade da saúde infantil, terá que arcar com gastos futuros do sistema de saúde [8].Sendo assim, ao se considerar a idade tão precoce com que a obesidade pode se instalar, uma avaliação frequente do estado nutricional infantil vem se mostrar como um instrumento importante para detectar e tratar precocemente possíveis desvios nutricionais, tornando tais intervenções mais bem sucedidas [9]. Medidas confiáveis, de baixo custo e não invasivas se impõem como método para reduzir esta preocupante epidemia.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Desenvolver uma estratégia de educação sobre alimentação infantil, para uso rotineiro da Equipe de Saúde, com o intuito de controlar o sobrepeso, obesidade e dislipidemia em crianças de 6 meses a 5 anos de idade.

2.2 ESPECÍFICOS

Aumentar a exposição das crianças de 6 meses a 5 anos de idade a uma dieta equilibrada e sem excessos, afim de que possa entrar na idade escolar com hábitos alimentares adequados.

Promover melhora nos índices de saúde infantil relacionados a sobrepeso, obesidade e dislipidemia do bairro Fazendinha em Santana de Parnaíba.

Envolver toda a família no processo de desenvolver hábitos de vida saudáveis.

3 METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O Projeto de Intervenção que será aplicado na Unidade de Saúde Avançada (USA) do bairro Fazendinha no município de Santana de Parnaíba, estado de São Paulo que atende uma população de cerca de 17 mil pessoas.

3.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Os critérios adotados para inclusão compreendem os diagnósticos de: sobrepeso, obesidade, dislipidemia e erro alimentar, detectados em consulta de puericultura ou através do Grupo de Desenvolvimento Infantil da referida Unidade de Saúde, em crianças de 6 meses a 5 anos de idade, em caráter voluntário.

A escolha da faixa etária na qual será aplicada a intervenção se justifica pelo maior risco de desenvolver obesidade entre cinco e seis anos de idade, como bem pontua Fisberg [3], além disso, uma criança que acostuma-se com paladar mais adocicado ou mais rico em sódio, sal e conservantes antes do início da idade escolar, quando entra na escola primária, uma vez tendo desejos e capacidades de argumentação mais desenvolvidos, se torna relativamente mais difícil o retorno para atitudes alimentares mais saudáveis.

3.3 ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Para realizar os diagnósticos, serão utilizados dados antropométricos, inquérito alimentar (recordatário de 24horas, no caso de pré-escolares, as informações devem ser obtidas através de familiares, mais comumente da mãe) e análise bioquímica, principalmente do perfil lipídico, pois as lesões ateroscleróticas iniciam-se já na infância e relaciona-se positivamente com risco cardiovascular. O método antropométrico por si só é excelente para uso na atenção primária por ter fácil manuseio, baixo custo, boa aceitação da população e não ser invasivo. No entanto, a associação de vários métodos de avaliação nutricional favorece um diagnóstico mais fiel.

Uma vez realizada a triagem e determinados os grupos de intervenção, iniciar-se-á a fase dinâmica do Projeto que consiste em uma palestra e duas oficinas. A palestra será uma atividade instrutiva, que envolverá toda a família da criança, afim de gerar uma atitude saudável que não se restrinja à criança em risco, mas compreenda também os outros filhos, os pais e qualquer outro membro que resida no ambiente familiar. Pois a taxa de adesão e de sucesso ao tratamento aumenta significativamente com o envolvimento dos pais, mesmo porque o controle da obesidade na infância é mais difícil porque a criança não compreende os danos para a saúde oriundos da sua condição e, tampouco, encontram-se aptas ao preparo das próprias refeições, sendo necessário que os pais despendam tempo. Tal palestra contará com a participação de todos os profissionais que atuam no Grupo de Desenvolvimento Infantil (psicóloga, nutricionista da escola, fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentista e médico).

A primeira oficina contará com todos os profissionais da equipe multiprofissional, crianças e familiares, dispostos em círculo, afim de obter a participação total dos envolvidos. Tem como objetivo a familiarização de diversos tipos de alimentos saudáveis, tais como: legumes, frutas, verduras, muitos dos quais são desconhecidos tanto das crianças quanto de suas famílias. O intuito com tal ação é promover a familiarização com os itens desconhecidos da dieta dos pequenos, e assim, possibilitar a introdução na mesma dieta com o aumento do número de exposições àqueles alimentos, de modo a abolir o preconceito dos alimentos novos.

A segunda oficina contará com a presença da nutricionista, médico, crianças e familiares, dispostos em duplas, cada dupla em posse de um pequeno forno e duas bocas de fogão. Tem como objetivo ensinar às famílias e às crianças, diversas formas diferentes de preparo dos alimentos apresentados na oficina anterior, evidenciando seu caráter nutricional e adequando o preparo às preferências pessoais de cada família. Após o preparo, as diversas famílias podem experimentar as refeições preparadas por todos e trocar experiências com as outras famílias. O intuito desta oficina é estimular o interesse por alimentos de maior caráter saudável e envolver a família no tratamento da criança em situação de risco cardiovascular.

3.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

A avaliação da eficácia da intervenção será realizada trimestralmente, através da avaliação antropométrica de P/E, visando a manutenção do peso pela estatura, de modo a permitir o crescimento e desenvolvimento normais [4], exceto em casos de complicações cardiovasculares já instaladas, causadas pelo excesso de peso.

Avaliação trimestral do recordatário alimentar de 24 horas, visando traçar um perfil alimentar para cada criança. Avaliação anual do perfil lipídico.

4 RESULTADOS ESPERADOS

Após intervenção se almeja alcançar a diminuição do peso e dos níveis de colesterol das crianças presentes no estudo, associada à reeducação alimentar de toda a família, afim de que estas mesmas crianças não voltem a se expor aos fatores de risco modificáveis através de alimentação adequada.Tais resultados poderão ser avaliados através de análise dos níveis do lipidograma, análise de medidas antropométricas e inquérito alimentar.

5 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Projeto	X	X					
Aprovação do Projeto		X					
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de Dados		X	X	X			
Discussão e Análise de Resultados				X			
Revisão Final e Digitação						X	
Entrega do Trabalho Final							X
Socialização do Trabalho							X

6 REFERÊNCIAS

1. Oliveira CL, Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência – uma verdadeira epidemia. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. [periódios na Internet]. 2003 Abr [Acesso em 19 set 2014]; 47(2). Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/set/Ob%20infancia%20%20e%20adolescencia%20epidem.pdf>.

2. Monteiro CA, Mondini L, Costa RBL. Mudanças na Composição e adequação Nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1998-1996). Rev. Saúde Pública. 2000; 34: 251-8.

3. Freitas ASS, Ribeiro SCC, Ribeiro RL. Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. Saúde & Amb. Rev. Duque de Caxias. [periódicos na Internet]. 2009 Jul-Dez [Acesso em 21 out 2014]; 4(2). Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Biologia/artigos/obesoinfantil.pdf>.

4. ABESO. Consenso Latino-Americano em Obesidade [periódicos na Internet] 1998 [citado em 2005 Jul24]. [Acesso em 28 nov 2014]; Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf>.

5. Speiser PW, Rudolf MCJ, Anhalt H, Camacho-Hubner C, Chiarelli F, Eliakim A, et al., Consensus statement: childhood obesity. JCEM. [periódicos na Internet]. 2005; [Acesso em 28 nov 2014]; 90(3). Disponível em: <http://www.aepap.org/APapCLM/Documentos/2.3R%20Consenso%20Obesidad%202005.pdf>.

6. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nutrologia. Manual de Orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 2. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2008. 29p. Disponível em: < https://www.sbp.com.br/img/manuais/manual_alim_dc_nutrologia.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

7. Scherr C, Magalhães CK, Malheiros W. Análise do perfil lipídico em escolares. Rio de Janeiro: Arq. Bras. Cardiol. [periódicos na Internet]. 2007 [Acesso em 21 out 2014]; 89(2). Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n2/a01v89n2.pdf>.

8. FUNASA. Vigilância e monitoramento de doenças e agravos não transmissíveis [periódicos na Internet]. 2003. [Acesso em 10 dez 2014]. Disponível em: <http://funasa.gov.br>.

9. Oliveira CL, Mello MT, Cintra IP, Fisberg M. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. Rev. Nutr. Campinas. [periódicos na Internet]. 2004 Abr-Jun [Acesso em 10 dez 2014]; 17(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n2/21136>.

10. Cavalcante AAM, Priore SE, Franceschini SCC. Estudos de consumo alimentar: aspectos metodológicos gerais e o seu emprego na avaliação de crianças e adolescentes. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [periódicos na Internet]. 2004 [Acesso em 10 dez 2014]; 4(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300002> .

11. Escrivão, MAMS, Oliveira FLC, Taddei JAAC, Lopez FA. Obesidade exógena na infância e na adolescência. Jornal de Pediatria. [periódicos na Internet]. 2000 [Acesso em 10 dez 2014]; 76 (supl.3). Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S305/port_print.htm>.

12. Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? J. Pediatr [periódicos na Internet]. 2004 [Acesso em 11 dez 2014]; 80(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04>.