

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS DA CRECHE MUNICIPAL
VEREADOR ANTÔNIO ROBERTO VENTURINI DO MUNICÍPIO DE
FLORESTA NO ANO DE 2009**

**NUTRITIONAL EVALUATION OF CHILDREN IN THE MUNICIPAL
CRÈCHE VEREADOR ANTONIO ROBERTO VENTURINI IN THE CITY OF
FLORESTA IN THE YEAR 2009**

DAPHNE MONTILHA LUCHESE. Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Ingá - UNINGÁ. Rua Pedro Blanco, 130, Jd. Panorama, Floresta – Pr.CEP 87120-000.
Fones: (44) 3236-167; (44) 9937-6753. E-mail: daphne_luchese@hotmail.com

SUELY A. FAKER DE ARAUJO. Professora Especialista do curso de Enfermagem da Faculdade Ingá – UNINGÁ.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo realizar o estudo do estado nutricional e investigar possíveis alterações nutricionais das crianças matriculadas na creche em Floresta, PR. A amostra foi composta por 31 crianças de 8 a 26 meses de idade. Foi realizada a aferição do peso e estatura de acordo com a idade (em meses). Utilizando os percentis, foi relacionado o peso com a idade, por sexo, correlacionados com a tabela recomendada pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico do perfil nutricional de cada criança. Obteve-se resultados de 90,3% (n=28) crianças com diagnóstico de eutrofia, 6,45% (n=2) com diagnóstico de sobrepeso e 3,22% (n=1) com diagnóstico de baixo peso para a idade. Não foi investigado se a criança foi baixo peso ao nascer, nem processos de doenças da criança, nem da mãe durante a gestação ou anterior a ela. Concluiu-se que a maioria das crianças que utilizam o serviço da creche está dentro do perfil nutricional esperado. No entanto tem uma pequena porcentagem que esta em baixo peso e outra em sobrepeso.

Palavras Chaves: Estado Nutricional; Antropometria; Criança.

ABSTRACT

The objective of the present work is to study the nutritional status and to investigate possible nutritional changes in children enrolled in the crèche in the city of Floresta, PR. The sample consisted of 31 children aged between 8 to 26 months old. The weight, height and age (in months) of the children were checked. Making use of the percentages, we were able to relate the weight and age to the sex, correlated to the recommended table from the Ministry of Health for the nutritional profile diagnostic of each child. The results obtained were 90.3% (n=28) children with eutrophia diagnosed, 6.45% (n=2) children with overweight diagnosed and 3.22% (n=1) child with underweight diagnosed for the age. We did not investigate if the child was underweight in birth or if any process of illness in the children or their mothers occurred during the gestation period or before that. We could conclude that the most children enrolled in the crèche are with the expected nutritional profile. However, there is a small percentage with underweight and another one with overweight

Key-words: Nutritional Status; Anthropometry; Child.

INTRODUÇÃO

Há fortes evidências na literatura advindas de estudos epidemiológicos, modelos animais e ensaios clínicos enfatizando que as fases iniciais da vida (período intra-uterino e primeiro ano de vida) são sensíveis a fatores nutricionais e metabólicos que podem determinar efeitos, em curto e longo prazo, na saúde e no bem-estar do indivíduo, estendendo-se até a vida adulta. (CAETANO et al, 2010)

Para BRASIL (2009) amamentar é mais do que nutrir a criança, torna-se um processo que envolvente de interação profunda entre mãe e filho, e este tem repercussões importantes no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e também determina implicações na saúde física e psíquica da mãe e deve ser exclusivo até o sexto mês de vida.

Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis, com redução da morbimortalidade infantil, além de evitar diarreias e suas complicações como a desidratação, apresenta benefícios a longo prazo como prevenção de hipertensão arterial, menor chance de apresentar sobrepeso/obesidade, níveis menores de colesterol e menor risco de desenvolver diabetes tipo 2 (BRASIL, 2009). Também previne disfunções crônico-mandibulares, pois o crescimento ósseo-mandibular proveniente da sucção favorece o certo posicionamento das gengivas para erupção dos dentes, e com isso há um aumento do espaço oral e obtenção de uma correta oclusão, contribuindo para o alojamento da língua dentro da arcada dentária. (VILELA; DAVINO, 2005).

A alimentação complementar iniciada após o sexto mês de vida da criança tem importância fundamental no seu crescimento e desenvolvimento. Crianças que freqüentam instituições, como creches e escolas, certamente absorvem muitos valores, atitudes e comportamentos vivenciados nas horas de permanência nesses ambientes, ampliando seus universos e conseqüentemente desenvolvendo hábitos alimentares. (OCHSENHOFER; FIORE; COSTA, 2004).

O estado nutricional de crianças até 5 anos tem especial atenção, pois essa faixa etária é considerada crítica no que diz respeito à mortalidade causada principalmente pela desnutrição. Desta forma, o acompanhamento da situação nutricional das crianças de um país constitui-se num instrumento essencial para a aferição das condições de saúde da população infantil, sendo uma oportunidade para a obtenção de medidas objetivas da evolução das condições de vida da população em geral. (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde define Estado Nutricional como o resultado do acesso e ingestão dos alimentos e de sua utilização biológica, é o resultado do equilíbrio entre o consumo de alimentos e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais do indivíduo.

O Estado nutricional pode ter três manifestações orgânicas: a adequação nutricional ou eutrofia que é a manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo em relação às necessidades nutricionais, a carência nutricional que é definida pelas manifestações de insuficiência quantitativa e/ou qualitativa do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais e distúrbio nutricional sendo caracterizado pelo excesso e/ou desequilíbrio de consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais. (BRASIL, 2004)

Em nível nacional é utilizado o SISVAN – Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional - como instrumento na avaliação nutricional. Trata-se de um sistema de informação que consiste em um processo de transformação de dados em informações, as quais, posteriormente, são usadas para tomada de decisão, formulação ou reorientação de políticas públicas.

O SISVAN destina-se ao diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais. Também identifica o perfil nutricional de indivíduos, detecta precocemente os desvios nutricionais e permite tomada de decisões para prevenir conseqüências decorrentes destes agravos. (BRASIL, 2004)

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e a assistência são objetivos que apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança e que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

O presente trabalho tem como objetivo realizar estudo do perfil nutricional das crianças matriculadas na creche e com isso investigar possíveis alterações nutricionais.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo do estado nutricional das crianças da creche Roberto Venturine, na cidade de Floresta, interior do Paraná foi de caráter quantitativo, uma vez que definiu a quantidade de alunos que se adéquam em cada perfil nutricional.

A coleta de dados foi realizada com 31 crianças (72,09%) da creche de um total de 43 crianças. Foi encaminhado um Termo de Consentimento e Livre Esclarecido aos pais, contendo informações detalhadas sobre a pesquisa e como se daria a avaliação. Somente 31 crianças foram autorizadas a pesquisa, as outras 12 crianças (27,90%) não tiveram o termo entregue nem assinado.

Foi realizada a aferição do peso e da estatura, bem como juntamente com a data de nascimento de cada criança e a idade colocada em meses em uma planilha confeccionada pelo examinador.

As crianças foram divididas por turma e em cada sala foi colocado um colchonete no chão para que as elas pudessem deitar para aferir a altura com antropômetro horizontal. Posteriormente eram colocados sentados em cima da balança digital pediátrica para a verificação do peso. Os alunos eram pesados despídos. Algumas crianças choraram quando viam que iam pesar e medir, foram um pouco relutantes, porem todas as crianças que foram autorizadas a pesquisa foram examinadas.

A avaliação nutricional envolve quatro parâmetros: antropometria, exames laboratoriais, inquéritos alimentares e avaliação clínica. A antropometria consiste no estudo das medidas do corpo humano como peso, estatura, circunferências, diâmetros e dobras cutâneas. Os exames de rotina exemplificam-se para dosagens de colesterol, glicemias, triglicérides, e também avaliação da pressão arterial. A porcentagem de peso/altura é muito útil no acompanhamento de crianças que apresentam baixo peso ou obesidade, pois é possível observar mais claramente os resultados da intervenção. (VITOLLO; GAMA, 2006).

A avaliação através do percentil foi a forma de classificação utilizada, pois é adotada pelo Ministério da Saúde para uso em serviços de saúde, por meio do Cartão da Criança. As curvas de Peso/Idade adotadas no Cartão da Criança correspondem ao padrão do National Center for Health Statistics (NCHS) recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e são elas: percentil 0,1; percentil 3; percentil 10; percentil 97.

É recomendando também pelo Ministério da Saúde que se utilize os pontos de corte. Os pontos de corte são os limites estabelecidos (inferiores e superiores) que delimitam, com clareza, o intervalo de normalidade para definir a adequação do estado nutricional. Para peso encontrado abaixo do percentil 0,1 tem-se diagnóstico de peso muito baixo para a idade, igual ou maior a 0,1 até menor de 3 o diagnóstico é peso

baixo para a idade, igual ou maior que 3 e menor que 10 é classificado como risco nutricional, percentil igual ou maior que 10 e menor que 97 tem-se diagnóstico adequado ou eutrófico e acima de 97 tem-se risco de sobrepeso/obesidade.

Logo após a coleta dos dados, foi relacionado o resultado do peso com a idade de cada criança e correlacionadas com a tabela de referencia do perfil nutricional da Organização Mundial da Saúde separadas por sexo (masculino e feminino) para crianças menores de 5 anos. Também foram anotados no Cartão da Criança os resultados antropométricos (peso e altura) para acompanhamento da equipe de saúde e dos pais e/ou responsáveis.

Os resultados obtidos foram expressos em um gráfico, onde foram demonstrados os perfis nutricionais encontrados em percentagens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária das crianças avaliadas variou dos 8 a 26 meses de idade no período da coleta de dados. Das 31 crianças avaliadas, 21 são do sexo masculino (67,74%) e 10 do sexo feminino (32,25%).

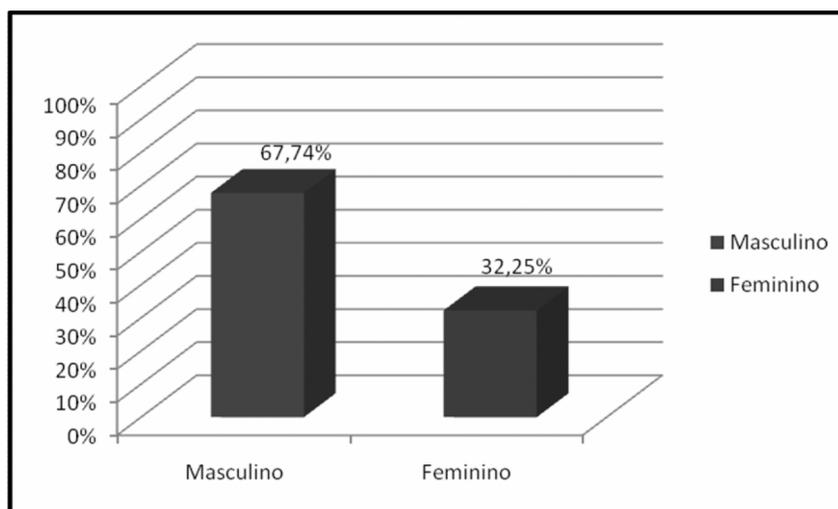


Figura 1: Distribuição das crianças segundo a faixa etária do município de Floresta – PR 2009.
Fonte: Creche Municipal Vereador Antonio Roberto Venturini - Floresta, 2009.

Dentre os resultados verificou-se que, 28 (90,3%) das 31 crianças, tiveram diagnóstico nutricional de eutrofia, ou seja, estão dentro dos percentis 10 e 97, resultados normais para o peso e idade. Já 2 (6,45%) das 31 crianças, tiveram diagnóstico nutricional de sobrepeso, estando classificadas acima do percentil 97. Somente uma criança das 31 (3,22%), obteve diagnóstico nutricional de baixo peso para a idade. Esses resultados foram demonstrados na figura 2, exposta a seguir.

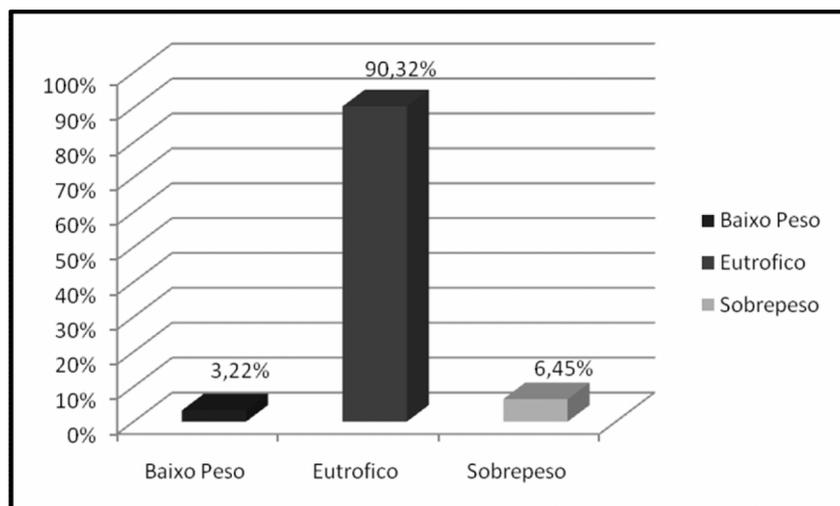


Figura 2: Resultado do Diagnóstico Nutricional das crianças do município de Floresta – PR. 2.009
 Fonte: Creche Municipal Vereador Antonio Roberto Venturini - Floresta, 2009.

A obesidade constitui um problema terapêutico importante, especialmente nas crianças, sendo uma das patologias mais difícil de tratar. A porcentagem de crianças obesas aos seis meses que se tornam adultos obesos é de 14%. (ZANELLA, et al, 2000).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) em 2006 concluiu que a obesidade infantil no Brasil atinge 7,3% de crianças abaixo de 5 anos e que o baixo peso atinge 1,9% das crianças dessa mesma faixa etária. (BRASIL, 2009).

A partir dos resultados obtidos, a porcentagem de crianças com diagnóstico de baixo peso que é de 3,22%, está um pouco elevado em comparação com os dados da PNDS dispondo de dados nacionais para este diagnóstico de 1,9% de crianças com baixo peso no Brasil. Porém se tem um resultado satisfatório em relação ao índice de sobrepeso/obesidade em crianças menores de 5 anos com resultado de 6,45% contra o parâmetro nacional que é de 7,3% .

A prevalência da anemia, por falta de minerais como o ferro e o zinco, a carência de vitaminas que podem influenciar no processo de defesa do organismo, como é o caso da vitamina A, morbidades como infecções diarreicas e respiratórias, variáveis biológicas maternas como peso, altura e idade, a alimentação complementar infantil oferecida a criança, são determinantes que tem relevâncias no processo de crescimento e desenvolvimento infantil. (ROMANI; LIRA, 2004).

Ainda ROMANI e LIRA (2004) defendem que fatores como assistência pré-natal às mães, os cuidados durante o parto, o acesso a educação e saúde, além de ações preventivas contra as doenças infecciosas da infância através das imunizações e uma adequada estimulação psicossocial, tem relevância sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Porém esses fatores não foram levados em considerações no presente estudo.

O resultado da pesquisa também serviu de base para a alimentação do programa SISVAN, já que esses alunos são acompanhados pela equipe de saúde do município através do Programa do Leite das Crianças oferecido pelo governo do Estado do Paraná, observando que a maioria dessas crianças utiliza esse serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se durante a coleta de dados na creche que a maioria das crianças avaliadas estavam dentro da normalidade. Após os resultados obtidos essa proposição

foi confirmada. Verificou-se que a maioria das crianças que utilizam o serviço da creche está dentro do perfil nutricional esperado. No entanto tem uma pequena porcentagem que esta em baixo peso e sobrepeso. É importante essa detecção, pois se podem tomar precauções para que este estado não se agrave, tanto no âmbito da saúde pública, quanto em relação a educação familiar para adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Para as crianças que estão em sobre peso pode-se estar diminuindo a ingestão de alimentos com alto valor calórico e aumentando o consumo de frutas na alimentação. Equilibrar atividades físicas para a idade é interessante para obter um maior gasto energético, como investir em brincadeiras que a criança gosta, estimular a redução do tempo gasto com televisão, computador e video-games nos horários de lazer, evitar colocar televisão e computador no quarto das crianças.

O baixo peso também se encontrou na amostra. É importante que a criança esteja ingerindo alimentos com alto valor calórico e nutritivo para poder se adequar ao peso ideal, estar oferecendo as refeições mais vezes ao dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. **Vigilância Nutricional e Alimentar – SISVAN**: Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. 1ªed. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Brasília, 2004.

BRASIL. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil**. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 1ª ed. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Brasília, 2009. [Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica – n.º 23].

BRASIL. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Brasília, 2002. [Série A. Normas e Manuais Técnicos - nº 107].

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. 1ª ed. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Brasília, 2009. [Série G. Estatística e Informação em Saúde].

BRASIL. **Saúde Brasil 2008 – 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. 1ª ed. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Brasília, 2009. [Série G. Estatística e Informação em Saúde].

BRASIL. **SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**: Chamada Nutricional - Referencial Teórico. Disponível em <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=chamadanutri_referencial>. Acesso em 16 Novembro de 2009.

CAETANO, M.C. et al. Alimentação Complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria**. v.86, n.3, mai/jun, 2010.

OCHSENHOFER, K.; FIORE, E.G.; COSTA, E. de C. Avaliação do Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes Institucionalizados. **Revista Nutrição em Pauta**. n.65. Mar/abr, 2004.

ROMANI, SAM; LIRA, PIC de. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno infantil**. v. 4. Recife: jan/mar., 2004.

VILELA, M.F dos A.; SILVA, V.M.C; DAVINO, D. Benefícios do Aleitamento Materno.IN: SOARES, F.J.P; MARROQUIM, P.M.G. **Aleitamento Materno**. Maceio: edufal, 2005. p 55 – 61.

VITOLLO, M.R; GAMA, C.M. Avaliação Nutricional.In.RAMIREZ, V.R; CAMINHA, R. **Práticas em saúde no âmbito da clínica-escola: a Teoria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p 99 – 122.

ZANELLA, L.C. et al. Atendimento Multidisciplinar para Obesidade Infantil. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. v.3, n.15, p.363-370. Jul/ago/set., 2000.

Enviado em: outubro de 2010.

Revisado e Aceito: novembro de 2010.