

AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS COM E SEM QUEIXA DE ANOREXIA

**BEMVENUTI, Mariana de Azevedo¹; RAMALHO, Juliana Bernera²;
MADRUGA, Samanta Winck³; VIEIRA, Maria de Fátima Alves⁴**

*1 Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Nutrição da UFPel,
mari.bemvenuti@gmail.com*

2 Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Nutrição da UFPel,

3 Bolsista no Doutorado em Epidemiologia pela UFPel,

*4 Professora da Faculdade de Nutrição da UFPel, orientadora,
fvieira.nut@gmail.com*

1 INTRODUÇÃO

A queixa de inapetência em crianças é comum e com muita frequência preocupa pais e responsáveis. As principais características da anorexia são pouco apetite, rejeição alimentar e desinteresse pelo alimento (KACHANI, 2005), o que pode levar a uma anorexia, de origem fisiológica (falsa anorexia) ou anorexia verdadeira. A anorexia fisiológica, ou falsa anorexia, é um processo comum que acomete crianças nos seus primeiros anos de vida, que pode ser de origem comportamental, não influenciando no seu desenvolvimento. Já a anorexia verdadeira caracteriza um consumo alimentar insuficiente para o crescimento da criança e tem como principais causas alterações comportamentais, orgânicas ou dietéticas (MADEIRA, 2003).

Entre as causas comportamentais da anorexia, podem ser citadas o grau de autonomia e socialização da criança, aumento do interesse pelo ambiente deixando a alimentação em segundo plano, diminuição do ritmo de crescimento, desconhecimento dos pais em relação ao comportamento alimentar do filho, dinâmica familiar alterada, entre outros (MADEIRA, 2003).

O diagnóstico da falsa anorexia é fundamental para que haja o correto manejo com os responsáveis, tendo por finalidade orientar a família quanto às necessidades nutricionais da criança e conduta a ser seguida. O acompanhamento do crescimento é essencial para um melhor controle sobre o ganho de peso, evidenciando muitas vezes que há uma excessiva preocupação e cobrança por parte dos pais, contribuindo para a continuação desse comportamento.

Por ser um problema de difícil intervenção, foi realizado um trabalho para verificar a prevalência de anorexia nas crianças atendidas na puericultura da Unidade Básica de Saúde do Centro Social Urbano (CSU-Areal), no município de Pelotas, RS. Foi realizadas orientações aos responsáveis e identificadas diferenças nos hábitos alimentares das crianças com e sem queixa de anorexia através de uma análise de consumo.

2 MÉTODOS

Para avaliação do consumo foram aplicados os *Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar*, utilizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para este fim (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Esse instrumento é dividido por faixa etária e tem como propósito avaliar desde o aleitamento materno, introdução dos alimentos até a alimentação habitual das

crianças. Foram incluídas no estudo todas as crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde durante o mês de Maio/2010, com idades entre zero e 10 anos. Como método para verificar a qualidade da alimentação, foi elaborado um escore de acordo com os “10 Passos para uma Alimentação Saudável”, onde cada resposta considerada de bom consumo recebeu pontuação um e cada resposta inadequada, pontuação zero. O questionário foi respondido pelos pais ou responsáveis durante a consulta com a nutrição. De acordo com a pontuação, as crianças foram classificadas em ótimo, bom e inadequado consumo de alimentos saudáveis.

Para avaliação nutricional, foram utilizados os índices antropométricos, segundo as curvas de crescimento da OMS (2006). Foi considerada anorexia em crianças cujos responsáveis se queixavam de inapetência. As orientações eram feitas oralmente e mediante dúvidas, com base na literatura existente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra totalizou 43 crianças, 26 do sexo feminino (61%) e 17 do sexo masculino (39%), com média de idade de 1 ano e 8 meses. A prevalência de crianças com falsa anorexia foi de 14% e nenhuma apresentou anorexia verdadeira, uma vez que nenhuma criança apresentou crescimento abaixo das curvas de normalidade. O consumo alimentar foi avaliado primeiramente como um todo, para após ser analisado quanto às diferenças de consumo entre as crianças com anorexia, como mostra o gráfico abaixo.

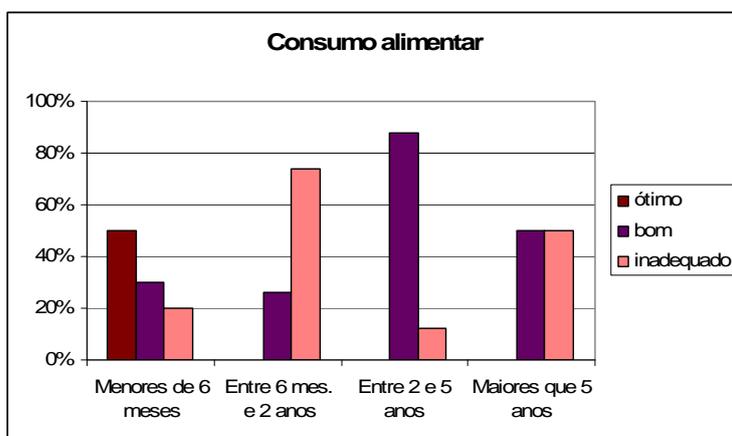


Gráfico 1. Análise da qualidade do consumo alimentar das crianças atendidas na Puericultura da Unidade Básica de Saúde do Centro Social Urbano, Pelotas/RS.

Analisando o escore de consumo das crianças com idade abaixo de 6 meses, foi notado inexistência de anorexia e uma prevalência de 50% de crianças com ótimo consumo alimentar, ou seja, a maior parte da amostra recebe leite materno exclusivo, como preconiza a OMS (2004), porém o percentual é ainda considerado insatisfatório.

Nas idades entre 6 meses e 2 anos, 11% das crianças que apresentaram queixa de anorexia tiveram seu consumo alimentar considerado “inadequado” (PHILIPPI, 2003) assim como a maior parte da amostra, não apresentando diferença de consumo. Já nas idades entre 2 e 5 anos, a única criança classificada como consumo inadequado tinha queixa de anorexia, onde para

suprir a inapetência, eram oferecidos alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcares simples. Nessa faixa etária, a maioria (88%) apresentou bom consumo de alimentos saudáveis.

Nas crianças com idades acima de 5 anos (n=6), metade apresentou consumo inadequado, incluindo as crianças com queixa de anorexia. Foi verificado consumo regular de alimentos como frutas, leite e leguminosas, porém também havia grande quantidade de bebidas açucaradas, frituras e excesso de sal.

Estudos como de CERRO e cols.(2002) mostram que muitos pais costumam oferecer recompensas e persuasão em casos de anorexia, geralmente com alimento de baixo valor nutritivo, na tentativa de incentivar o aumento da ingestão alimentar. Segundo KACHANI e cols. (2005), a oferta de alimentos nutricionalmente equilibrados, com disciplina de horários, sem subterfúgios, ambiente familiar agradável e sem pressão por parte dos pais são técnicas que ajudam a autoconfiança da criança e conseqüentemente o apetite.

4 CONCLUSÃO

A maioria das crianças com queixa de anorexia apresentou consumo alimentar pouco saudável, no entanto não indicavam perigo em relação à desnutrição. É importante que o profissional de saúde diferencie o tipo de anorexia e que os responsáveis sejam orientados quanto às necessidades da criança, alimentação adequada para a idade e sobre o seu desenvolvimento.

5 REFERÊNCIAS

CERRO, N.; ZEUNERT, S.; SIMMER, KN.; DANIELS, LA. Eating behaviour of children 1.5-3.5 years born preterm: parents' perceptions. **J. Pediatr. Child Health**. v. 38, p. 72-78, 2002.

KACHANI, Adriana T; ABREU, Camila LM; LISBOA Sara BH; FISBERG Mauro. **Pediatria (São Paulo)**, vol. 27(1), p. 48-60, 2005.

MADEIRA, Isabel R.; AQUINO, Leda A. Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, vol.79, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dez passos para uma alimentação saudável**. Brasília, 2ª edição, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 61 p., 2008.

PHILIPPI, Sonia T; CRUZ Ana TR.; COLUCCI, Ana CA. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16(1), p.5-19, 2003.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição: da gestação à adolescência**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 322p, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development.** WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.