

CARACTERIZAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E DO ESTADO NUTRICIONAL DE SEUS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Leiliane Cruz Reis¹; Márcia de Fátima Corrêa Alves¹; Romênia Vidal de Freitas Estrela¹; Rosilene Reis Della Noce²; Marivalda Nascimento da Silva¹

¹Graduação, ²Doutorado
Universidade Federal do Pará (UFPA)
marcia.alves_19@live.com

Introdução: A obesidade é uma alteração nutricional e metabólica marcada pelo aumento da massa de tecido adiposo no organismo¹. Nos últimos vinte anos essa condição triplicou e atualmente no Brasil quase 15% das crianças estão com excesso de peso¹. Esse estado é ocasionado por condições ambientais como os hábitos alimentares inadequados, inatividade física e estado psicológico². A herança genética dos pais também é considerada um risco para o desenvolvimento da obesidade infantil². Crianças com pai e mãe acima do peso têm 80% de chance de desenvolverem obesidade ainda nessa fase da vida. Contudo, esse número diminui para 40% se apenas um dos genitores tiver obesidade². Estes resultados tornam imprescindível o conhecimento do diagnóstico nutricional dos pais e responsáveis no tratamento da obesidade de crianças e adolescentes². Muitos são os problemas na saúde desse público infantojuvenil em decorrência do excesso de peso, contribuindo para complicações clínicas como as alterações ortopédicas, respiratórias, psicossociais, além do desenvolvimento de diabetes, hipertensão, dislipidemias cada vez mais precoce³. **Objetivos:** Caracterizar a composição corporal das crianças e adolescentes atendidas no Centro de Referência em Obesidade do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza e identificar o estado nutricional dos pais ou responsáveis. **Métodos:** Estudo descritivo–transversal com 30 crianças e adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 11 meses a 16 anos e seus respectivos pais ou responsáveis (n=30). As variáveis utilizadas para a caracterização dos infantojuvenis foram: Peso, Comprimento/Estatura, Escore-Z IMC e Percentual de Gordura Corporal. Na avaliação antropométrica entre os menores de 2 anos, usou-se balança pesa-bebê (filizola) e infantômetro (alturexata) para aferir o peso e comprimento, respectivamente. Para os demais, utilizou-se o aparelho de bioimpedância elétrica InBody 230, após mensuração da estatura pelo Estadiômetro Compacto (Seca). Para ambos, o cálculo do Escore-Z foi obtido a partir dos Softwares da Organização Mundial da Saúde Anthro e AnthroPlus de acordo com as faixas etárias 0-5 anos e 5-19 anos, respectivamente. Em virtude de questões particulares ao andamento da consulta, apenas 23 pais ou responsáveis foram avaliados. A avaliação destes também foi através do aparelho de Bioimpedância Elétrica InBody 230, mas somente para a aferição do peso, assim como a estatura pelo Estadiômetro, a fim de obter o Índice de Massa Corporal (IMC). Após aferição das medidas e realizado o cálculo do IMC, os mesmos foram diagnosticados de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (1997) em: baixo peso (IMC \leq 18,5), eutróficos (IMC \geq 18,5 e \leq 24,9), sobrepeso (IMC \geq 25 e \leq 29,9) e obesos (IMC \geq 30). Os resultados foram tabulados no Microsoft Office Excel 2010. Para realização da pesquisa foi utilizado o questionário aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, parecer nº 825.074/2014 conforme resolução nº 466/12. Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados e Discussão:** A média de idade das crianças e adolescentes foram, respectivamente, de 6,47 e 12,8 anos, com predomínio do gênero feminino (60%). Com relação ao Escore-Z IMC a média apresentou diferença entre gênero (feminino: 4,15; masculino: 3,62). Quanto à

composição corporal, os valores se mostraram muito similares em relação ao gênero quando avaliado a média do percentual de gordura corporal (feminino: 42,33%; masculino: 43,18%), assim como foi observado maior média de gordura corporal no gênero feminino (27,92 kg; masculino: 25,38 kg), com a média de peso para perder de 19,56 kg (feminino: 19,81 kg; masculino: 19,18 kg). Em relação aos adultos, o gênero feminino predominou com 21 (91,7 %) e média de idade de 39 anos, 02 (8,3%) do sexo masculino com idade de 50 e 72 anos. O total de mães biológicas foram 15 (65,2%), mãe adotiva 1 (4,3%), as avós foram 6 (26%) e 2 pais biológicos (17%). Entre os pais ou responsáveis 47,8% (11) foram diagnosticados com obesidade, 30,4% (07) com sobrepeso, 17,3% (04) encontraram-se eutróficos e 4,3% (01) abaixo do peso ideal. Observou-se alta prevalência do excesso de peso nos pais e/ou responsáveis, sendo a média do IMC de 29,11kg/m² (sobrepeso). Os resultados encontrados demonstram que as crianças e adolescentes assistidos pelo Programa apresentam composição corporal semelhante ao estado nutricional dos pais ou responsáveis que, em sua maioria, foram diagnosticados com excesso de peso e essa condição, pode estar diretamente relacionado ao desenvolvimento da obesidade nas crianças e adolescentes, pois de acordo com estudo realizado por Ramos¹, o estado nutricional dos pais apresenta forte associação com o diagnóstico de obesidade dos filhos. Da mesma forma, Vitolo² também afirma que o excesso de peso em crianças está relacionado ao peso dos pais, comumente elevado, devido as escolhas alimentares, os quais mostram, geralmente, preferência por alimentos industrializados, ricos em calorias e pobres em nutrientes, em detrimento dos in natura, e assegura também que crianças com pai e mãe obesos têm mais chance de desenvolverem obesidade ainda na infância. O comprometimento da família em disponibilizar alimentos naturais em casa afeta positivamente a ingestão diária desses alimentos pelas crianças e adolescentes, dessa forma a supressão dos alimentos industrializados em ambiente familiar reduziria a ingestão calórica diária⁵. Para Epstein⁴, os hábitos alimentares dos pais são normalmente incorporados às preferências alimentares dos filhos, indicando que a adoção de hábitos inadequados influencia diretamente no excesso de peso destes. **Conclusão:** Com a obtenção do diagnóstico do estado nutricional dos pais e responsáveis tornou-se visível a necessidade de desenvolver ações de reeducação alimentar também a nível familiar para auxiliar no tratamento adequado da obesidade dos filhos e contribuir assim para mudanças no estilo de vida de toda a família, além de auxiliar no rastreamento das causas primárias da obesidade nas crianças e adolescentes.

Referências:

1. Ramos AMPP, Barros Filho AA. Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança Paulista e sua relação com a obesidade dos pais. Arquivos Brasileiros Endocrinológico Metabólico, v. 6, p. 663–667, 2003.
2. Vitolo M. Obesidade infantil. Nutrição: da Gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro, 2008.
3. Must A. Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. Am J Clin Nutr 63: 445S-7S, 1996.
4. Epstein LH, Gordi CC, Raynor HO, Beddome M, Kilanowski CK, Paluch R.. Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. Obes Res. v.9, n.3, p.8-171. 2001.

5. Cullen KW, Baranowski T, Owens E, Marsh T, Rittenberry L, Moor C J, Moor. Availability, accessibility, and preferences for fruit 100% fruit juice, and vegetables influence children's dietary behaviour Health Educ Behav. V. 30, n.5, p.26-615.2003