

## INVESTIGANDO A INFLUENCIA DE FATORES SOCIODEMOGRAFICOS E DO ESTADO NUTRICIONAL SOBRE O CONSUMO DE ALIMENTOS NÃO SAUDÁVEIS POR CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS. PELOTAS, RS

CÍNTIA FERREIRA CHAGAS<sup>1</sup>; SANDRA COSTA VALLE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [cintiaferreirachagas@hotmail.com](mailto:cintiaferreirachagas@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [sandracostavalle@gmail.com](mailto:sandracostavalle@gmail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

Estudos que avaliaram a transição do padrão alimentar da população brasileira em todas as faixas etárias apontam para um crescente consumo de carnes e alimentos industrializados, refeições prontas, refrigerantes e bolachas, e uma diminuição no consumo de frutas, legumes, raízes e verduras. Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) a alimentação das crianças brasileiras é pobre em legumes, verduras, frutas e rica em biscoitos, sanduíches, salgados, embutidos e bebidas açucaradas (BRASIL, 2010<sub>a</sub>). Para melhorar a qualidade da alimentação da população brasileira em qualquer faixa etária, o Guia Alimentar orienta usar de alimentos *in natura* ou minimamente processados como a base da alimentação e limitar o uso de alimentos processados, diminuir o uso de sal, açúcar e gorduras (SICHERI et al., 2008).

Uma vez que o elevado consumo de alimentos não saudáveis está intimamente relacionado com o excesso de peso e por consequência contribui para o aumento da probabilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, diabetes, dislipidemias e doenças cardiovasculares, medir o consumo de alimentos não saudáveis na infância se torna indispensável. De acordo com a POF, a prevalência de excesso de peso e obesidade é maior entre os meninos da faixa etária de 5 a 9 anos de idade (BRASIL, 2010<sub>b</sub>).

Este estudo teve por objetivo descrever a frequência de consumo de alimentos não saudáveis por crianças de 5 a 10 anos que frequentam o ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) de acordo com suas características sociodemográficas e estado nutricional.

### 2. METODOLOGIA

Estudo transversal realizado no período de setembro a outubro de 2016, no Ambulatório de pediatria da Faculdade de Medicina da UFPEL (FAMED-UFPEL) - Pelotas/ RS. Foram incluídas no estudo crianças de 5 a 10 anos de idade atendidas no período do estudo. Foram excluídas aquelas com doenças ou condições clínicas que influenciam no consumo alimentar e/ou a realização de atividades físicas, como por exemplo, paralisia cerebral, amputados, autistas, paralisia infantil. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPEL sob o nº 735.526.

Toda criança encaminhada ao serviço de saúde no período do estudo foi avaliada quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Após a triagem, os responsáveis devidamente esclarecidos e que autorizaram a participação no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida,

os responsáveis responderam aos questionários contendo informações relativas a dados sociodemográficos (sexo, cor da pele e número de pessoas no domicílio), socioeconômicos (renda familiar, escolaridade do responsável), comportamento e consumo alimentar das crianças. Nesta ocasião, foram realizadas as medidas antropométricas.

O desfecho avaliado foi a frequência de consumo dos seguintes grupos de alimentos: hambúrguer/embutidos; bebidas adoçadas, macarrão instantâneo/salgadinhos e doces/guloseimas.

As variáveis de exposição de interesse foram: escolaridade materna, sexo, cor da pele, prática de atividade física, tempo frente à tela, hábito de realizar as principais refeições à mesa, uso de mídias durante as refeições e estado nutricional da criança. Os dados foram coletados por acadêmicas do curso de Nutrição, no intervalo entre as consultas médicas, por meio de questionários estruturados e previamente testados.

A frequência de consumo de alimentos não saudáveis foi analisada em relação ao consumo no dia anterior a entrevista, de acordo com o questionário proposto pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Ministério da Saúde-Brasil (2015). Este instrumento aplicado em âmbito coletivo permite identificar padrões de alimentação e comportamento saudáveis ou não saudáveis. É considerado um marcador saudável o consumo de frutas (exceto sucos), verduras e feijão; e não saudável o consumo de hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salame), bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco em caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoitos recheados, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelo, gelatina).

O cálculo da proporção de crianças que consumiram alimentos não saudáveis no dia anterior considerou todas as crianças com resposta “Sim” à cada questão específica.

As medidas antropométricas de peso e estatura foram coletadas para realização do cálculo do Índice de massa corporal (IMC). A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do índice IMC-para-idade e Estatura- para-idade em escore-z, utilizando-se como referência a proposta da OMS, de 2007, para crianças e adolescentes de 5 a 19 anos.

Os dados foram digitados no programa Excel® e posteriormente exportados para o programa estatístico Graphpad Prism 5.0 para realização das análises. Os resultados foram expressos como frequências absoluta e relativa, média  $\pm$  desvio padrão (dp). O teste de Qui-quadrado foi utilizado para analisar a associação entre as variáveis. O erro aceitável foi estipulado em 5%.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de crianças que consultaram no ambulatório de pediatria nos dias da coleta e que atenderam os critérios de elegibilidade (72), houve uma recusa representando 1,40%. Ao total participaram do estudo 71 crianças entre 5 e 10 anos de idade, com média de idade correspondendo a  $7,35 \pm 1,66$  anos. Neste estudo a mãe caracterizou-se como a principal responsável pelos cuidados com a criança (90%). A distribuição de renda predominante entre as famílias foi de 1-3 salários (70,6%), a escolaridade dos responsáveis distribui-se de maneira similar entre ensino fundamental incompleto (44,0%) e ensino médio completo ou mais

anos de estudo (42,0%). Entre as crianças predominaram aquelas de cor da pele branca (82,3%), do sexo masculino (53,5%), com estatura adequada (98,5%).

O diagnóstico de excesso de peso (17,0%) e obesidade (32,0%) somados prevaleceu para 49,0% das crianças. Quanto a atividade física a maior parte permanecia mais do que duas horas diárias em atividades sedentárias, frente a tela ou aparelhos eletrônicos, (53,5%) e praticava atividade física programada numa frequência inferior ou igual a três vezes por semana (83,0%). Já em relação aos hábitos alimentares a maioria (73,2%) realizava as refeições à mesa, usava mídias no momento da refeição (71,8%) e ingeria quatro ou mais refeições ao dia.

O consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável correspondeu a uma média geral de 41,0%. Porém, individualmente as bebidas adoçadas (69,0%) e os doces e guloseimas (44,0%) foram os alimentos mais consumidos. Estas frequências de consumo não foram associadas a escolaridade dos responsáveis e a cor da pele, sexo e estado nutricional das crianças. Estes resultados chamam atenção uma vez que uma parcela expressiva da amostra está sujeita a práticas alimentares e a um estado nutricional os quais influenciam o desenvolvimento precoce de múltiplas doenças (SBP, 2008; SPARRENBARGER et al., 2015). Resultados similares quanto ao consumo de bebidas adoçadas e doces e guloseimas já foram observados em outras pesquisas. No estudo de Vitolo et al (2013) que avaliou crianças de baixa renda em uma cidade da região metropolitana do Rio Grande do Sul constatou-se que dentre os alimentos mais consumidos destacaram-se as bebidas açucaradas (75,6%) e os doces (63,2%).

Conforme o Guia Alimentar Para a População Brasileira alimentos como refrigerantes, sucos em pó ou de caixinha, sucos com adição de açúcar ou bebidas adoçadas artificialmente devem ser evitados (BRASIL, 2014). A ingestão de calorias líquidas provenientes desses alimentos eleva o risco de obesidade em função da menor capacidade que o organismo tem de sentir-se saciado a partir de bebidas adoçadas (SBP, 2008; BRASIL, 2014). Um aspecto relevante do consumo excessivo e constante de açúcar na infância diz respeito a resistência insulínica, definida como a incapacidade do organismo de responder à ação da insulina que é o mecanismo central do desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e doença cardiovascular (SBP, 2008). Deve-se considerar ainda que o consumo frequente de alimentos não saudáveis, nutricionalmente desbalanceados, predispõe a carências nutricionais que impactam no crescimento e no desenvolvimento. Por outro lado, crianças submetidas a práticas alimentares ideais alcançam seu desenvolvimento normal e se tornam adultos mais saudáveis, com maior capacidade intelectual e produtiva (CARVALHO et al., 2015).

#### 4. CONCLUSÕES

Neste estudo a frequência de consumo de alimentos marcadores de alimentação não saudável, em particular de bebidas adoçadas, doces e guloseimas, foi alta entre crianças de 5 a 10 anos de idade. Contudo, ela não foi influenciada por fatores sociodemográficos e pelo estado nutricional. Esta avaliação possibilitou o reconhecimento de alimentos e comportamentos que se relacionam à alimentação não saudável. Além disso, indica a necessidade de investir em estratégias que incentivem a adoção de práticas alimentares e hábitos mais saudáveis pela população assistida pelo serviço.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008-2009: **Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008 e 2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2009\\_2009\\_encaa/pof\\_20082009\\_encaa.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2009_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf)>.

SICHERI R, SOUZA RA. Strategies for obesity prevention in children and adolescents. **CadSaude Publica**. 2008; 24:S209-23. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001400002)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight. Fact sheet n°. 311**. Updated January 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO DE NUTROLOGIA. **Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2008.

SPARRENBARGER K, FRIEDRICH RR, SCHIFFNER MD, SCHUCH I, WAGNER MB. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **J Pediatr** (Rio J). 2015; 91:535-42.

VITOLO MR, LOUZADA MLC, RAUBER F, CAMPAGNOLO PDB. Risk factors for high blood pressure in low income children aged 3-4 years. **Eur J Pediatr**. 2013; 172:1097-1103.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)>.

CARVALHO CA, FONSÊCA PCA, PRIORE SE, FRANCESCHINI SCC, Novaes JF. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Ver. Paul Pediatr**. 2015;33(2):211-21. [Http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.002).