

AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DAS MONITORAS QUANTO AO DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS SOB SEUS CUIDADOS EM CRECHES PÚBLICAS.

PERETTI, Greicy¹
OLIVEIRA, Ana Flávia de²

RESUMO

Este trabalho teve como principal objetivo avaliar o estado nutricional de crianças de creches públicas, comparando o seu real estado nutricional com o ponto de vista da monitora, verificando desta forma se elas são capazes de perceber o baixo peso ou o excesso de peso nas crianças que ficam sob seus cuidados no período em que permanecem na creche. A monitora é responsável pela oferta alimentar das crianças, podendo desta forma auxiliar em intervenções nutricionais nesta população. Fez-se a avaliação em 92 crianças, com idade entre 5 e 60 meses de 5 creches municipais do Município de Cascavel, PR. Em cada creche solicitou-se às monitoras qual criança sob seus cuidados acreditavam estar abaixo ou acima do peso esperado para a idade. Após esta indicação as crianças foram avaliadas através de um protocolo antropométrico específico para verificação do seu real estado nutricional. Das 92 crianças avaliadas, 47 (51,1%) foram consideradas baixo peso e 45 (48,9%) com excesso de peso pelas monitoras. Das crianças que apresentaram baixo peso, 22 (46,8%) encontravam-se realmente desnutridas. Em relação àquelas que poderiam estar com excesso de peso, 31 (68,9%) tiveram o diagnóstico de obesidade. Concluiu-se que as monitoras tendem a superestimar tanto o excesso de peso quanto o baixo peso. Nesse sentido, sem ações educativas especialmente dirigidas para o envolvimento no acompanhamento nutricional das crianças, as monitoras têm capacidade limitada em perceber os desvios nutricionais na infância, podendo interferir na oferta dos alimentos às crianças, dificultando a intervenção nutricional nesta população.

Palavras – Chave: Avaliação Nutricional. Creches. Crianças. Estado Nutricional.

INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida, por serem num período vulnerável, são os mais decisivos para o crescimento das crianças (SILVA et al, 2000), sendo esse período de fundamental importância para o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, pois permite evidenciar precocemente transtornos que afetam sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social (FAJARDO, 2004).

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da FAG.

² Docente do Curso de Nutrição da FAG. Especialista e Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP/EPM. Doutoranda em Nutrição pela UNIFESP/EPM.

Uma criança pode crescer e não se desenvolver e vice-versa. Crescimento e desenvolvimento constituem a resultante final de diversos fatores, que podem ser extrínsecos, como fatores ambientais e nutricionais e os intrínsecos que podem ser a herança genética e o sistema neuroendócrino (MARCONDES; SETIAN; CARRAZA, 2002, p. 25). Do ponto de vista nutricional, para garantir crescimento e desenvolvimento é indispensável uma alimentação adequada, especialmente na infância, cuja função é garantir a manutenção e a promoção da saúde e do bem estar do indivíduo (CRUZ et al, 2001).

A desnutrição infantil é uma doença de origem multicausal que ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para o seu metabolismo fisiológico, devido ao problema na utilização do que lhe é ofertado ou falta de aporte (ACC/SCN, 2000). Assim sendo, ao tratar da desnutrição infantil, Monte (2000) afirma que “na maioria dos casos a desnutrição é o resultado de uma ingestão insuficiente, ou fome, e de doenças”.

Em relação ao excesso de peso e obesidade, pode-se dizer que é um distúrbio do metabolismo energético, no qual ocorre um excessivo armazenamento de energia, sob a forma de triglicérides, no tecido adiposo (SIGULEM; TADDEI; ESCRIVÃO, 2000). Crianças com esse diagnóstico estão mais predispostas às mais variadas complicações, abrangendo as esferas psicossociais e orgânicas, uma vez que podem acarretar problemas respiratórios, diabetes mellitus, hipertensão arterial entre outros distúrbios. O risco de uma criança ser obesa aumenta em função da obesidade dos pais, sendo muito alta quando os dois são obesos, alta apenas quando um é obeso e baixa quando nenhum dos pais é obeso (ESCRIVÃO; TADDEI; OLIVEIRA, 2000). Lembrando que uma criança obesa tem mais chances de ser um adulto obeso, podendo apresentar os mesmos distúrbios citados acima.

É recente na história do Brasil, a concepção de creche como instituição educativa, pois tinha como função primordial à proteção infantil particularmente das crianças pobres. A partir dos anos 70, a educação infantil tornou-se um dever do Estado e direito da criança, apesar de não ser obrigatória (SILVA, et al 2000; VERISSIMO & FONSECA, 2003).

A creche representa para a família a oportunidade de ter seu filho alimentado adequadamente com comida de boa qualidade em um ambiente seguro. As ações da creche, de certa forma, estão focadas na alimentação, ocupando boa parte do tempo da criança que permanece lá o dia todo (HOLLAND & SZARFARC, 1999). A criança que frequenta a creche fica sob os cuidados das monitoras, que são responsáveis por um determinado número de crianças na sua educação, crescimento, desenvolvimento adequado e alimentação das mesmas, supervisionando e/ou ofertando diariamente o consumo alimentar de cada uma delas. Assim, a monitora pode ser um instrumento de auxílio em intervenções nutricionais nas

crianças frequentadoras de creches. Dessa forma, considerando a importância da alimentação no crescimento e desenvolvimento e o papel fundamental que a creche representa no atendimento das necessidades nutricionais da criança, este trabalho teve como principal objetivo avaliar o estado nutricional de crianças de creches públicas, comparando o seu real estado nutricional com o ponto de vista das monitoras, verificando desta forma se elas são capazes de perceber o baixo peso e/ou o excesso de peso nas crianças que ficam sob seus cuidados no período em que permanecem na creche.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, sem grupo controle, que avaliou 92 crianças, com idade entre 5 e 60 meses de 5 creches municipais do Município de Cascavel, PR.

Em cada creche foi solicitado às monitoras em qual criança sob seus cuidados elas acreditavam que estavam abaixo do peso esperado para a idade (baixo peso) ou acima do peso esperado para a idade (excesso de peso). Após esta indicação as crianças foram avaliadas através de um protocolo específico para verificação do seu real estado nutricional.

O protocolo de avaliação do estado nutricional constituía-se de dados antropométricos da criança, bem como sobre condições de nascimento (peso e estatura ao nascer). As informações sobre as condições de nascimento foram solicitadas aos pais das crianças através da reunião de pais, sendo que nem todos os pais forneceram os dados de condições de nascimento das crianças.

Os dados utilizados para avaliação antropométrica foram: peso, altura, prega cutânea tricipital, circunferência do braço, perímetros cefálicos, abdominais e torácicos.

A tomada de peso e estatura foi realizada com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para a medida do peso, utilizou-se balança digital Modelo MEA-07400 Measurement Specialties, marca Plenna (USA), com capacidade de 150 Kg e precisão de 100g. O peso foi tomado com a criança descalça e portando apenas roupas íntimas (calcinha ou cueca) ou roupas leves, procedendo-se o registro do peso em quilos e gramas. As crianças menores de 2 anos foram pesadas com a monitora, e em seguida pesou-se a monitora sozinha descontando o peso.

Na tomada de medida da estatura, utilizaram-se procedimentos diferentes: crianças até 2 anos de idade foram medidas deitadas, através do estadiômetro horizontal de madeira com subdivisão em milímetros, e crianças a partir dessa idade, foram medidas em pé, utilizando-se fita métrica inelástica que foi acoplada nas portas das unidades sem rodapé. Quando medidas

não usavam sapatos e meias e nem adornos no cabelo, facilitando assim a precisão destas medidas. Para a classificação do estado nutricional o padrão de referência utilizado foi à nova curva proposta pela OMS (2006), sendo utilizados os indicadores peso/idade e estatura/idade, segundo classificação percentilar, considerando-se valor inferior a percentil 3 como desnutrido, entre o percentil 3 ao 15 risco de desnutrição, entre o percentil 15 ao 85 como eutrófico, do percentil 85 ao 97 sobrepeso e valor igual ou superior ao percentil 97 como obeso. Na identificação da baixa estatura foram considerados os valores abaixo do percentil 3 para o indicador estatura/idade, do percentil 3 ao 15, risco de baixa estatura e na identificação de estatura adequada foram considerados os valores acima do percentil 15 para o indicador estatura/idade.

Para a prega cutânea tricipital utilizou-se adipômetro da marca Cescorf. A dobra foi medida na face posterior do braço, na distância média entre a borda súpero-lateral do acrômio e a borda inferior do olécrano. Sua determinação foi realizada seguindo o eixo longitudinal do membro (SARNI & GAROFOLO, 2002, p 20-21). Para a medida da circunferência do braço, o mesmo foi flexionado em direção ao tórax da criança, formando um ângulo de 90°. Foi marcado o ponto médio (acrômio e olécrano) e esticado o braço, sendo medido sem apertar (FRISANCHO, 1990). Para classificação da prega cutânea tricipital e circunferência do braço, foram adotados os critérios de Frisancho (1990), sendo que abaixo do percentil 5 foi considerado desnutrido, do percentil 5 ao 10 risco de desnutrição, do 10 ao 85 eutrofia, do 85 ao 90 sobrepeso e acima do percentil 90 foi considerado obeso. A circunferência muscular do braço foi calculada, usando a fórmula: circunferência muscular do braço = circunferência do braço - (0,314 x prega cutânea do tríceps em milímetros), assim, valores abaixo do percentil 5 foram considerados como desnutridos, do 5 ao 10 risco de desnutrição e maior ou igual ao percentil 10 eutrofia (FRISANCHO, 1981). Todos esses indicadores (prega cutânea tricipital, circunferência do braço e circunferência muscular do braço) foram medidos nas crianças com idade superior a 12 meses.

Para medida dos perímetros cefálicos, torácicos e abdominais foi utilizada fita métrica inelástica, a mesma utilizada para a medida de altura. O perímetro cefálico foi medido passando a fita métrica pelo ponto mais saliente do occipital e imediatamente acima dos sulcos supra-orbitários (MARCONDES et al, 2002, p. 32). Para classificação do perímetro cefálico, foi considerado desnutrido abaixo do percentil 5, risco de desnutrição entre o percentil 5 e 10, eutrófico entre o percentil 10 e 90 e maior ou igual ao percentil 90 macrocefálico. A medida foi realizada em todas as crianças para obter assim, a classificação

da relação tórax/cabeça, entretanto para classificação específica de perímetro cefálico a mesma foi dada apenas às crianças de até 36 meses.

O perímetro torácico foi medido passando a fita métrica pelos mamilos e no meio tempo entre a inspiração e a expiração. O perímetro abdominal foi medido na maior circunferência da região abdominal (no nível da cicatriz umbilical). O indivíduo foi avaliado em posição anatômica, com o abdome relaxado. Ambos indicadores foram medidos nas crianças de 6 meses a 5 anos de idade. Na relação tórax/cabeça, foi considerado desnutrido o valor abaixo de 1 e eutrófico o valor maior ou igual 1 (VITOLLO, 2003, p. 99).

Para classificação do peso ao nascer utilizou-se à classificação de Puffer & Serrano (1973), sendo baixo peso (< 2500 g), peso insuficiente (2500 g a 2999 g) e peso adequado (\geq 3000 g). Para a estatura ao nascer foi considerada baixa estatura as crianças abaixo de 48 cm, estatura adequada de 48 a 52 cm e acima de 52 cm como alta estatura.

Para tabulação e análise descritiva dos dados foi utilizado o Programa Epi-info versão 6.02. Para análise estatística utilizou-se o teste das proporções para comparação entre o percentual de crianças indicadas pelas monitoras com alteração do estado nutricional e o real percentual de crianças com essa alteração. Fez-se a análise com o auxílio do programa estatístico MINITAB, considerando intervalo de confiança de 95% e nível estatístico de 5% para rejeição da hipótese de nulidade.

Para análise estatística foi considerada criança com real baixo peso as classificadas como desnutridas ou risco de desnutrição e foram consideradas com real excesso de peso aquelas classificadas como sobrepeso e obesidade.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Assis Gurgacz, sob o número 84/2006.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 92 crianças que estavam regularmente matriculadas em 5 creches, sendo que o número mínimo de crianças avaliadas em cada creche foi 15 e o máximo 23, variando conforme cada instituição. Participaram do estudo, crianças de 5 a 60 meses, tendo como média e desvio padrão $36,6 \pm 14,6$ meses e mediana de 39 meses. Destas, 56,5% (52) eram do gênero feminino. Todas as crianças estavam com a vacina em dia. As crianças avaliadas pesaram entre 5,9 kg e 32,6 kg, tendo como média e desvio padrão $14,7 \pm 4,3$ kg, com mediana de 14,1 kg. E em relação à estatura o mínimo encontrado foi 59,5 cm e o máximo 120,5 cm, tendo como média $92,6$ cm ($\pm 11,7$ cm), com mediana de 94,3 cm.

Segundo a Tabela 1, pode-se notar que mais da metade das crianças apresentaram peso adequado ao nascer 60,6% (41), sendo o mínimo encontrado 1070 g e o máximo 4250 g, tendo como média 3139 g (\pm 646,5 g) e mediana de 3185 g. Em relação à estatura ao nascer, apesar de observar pela tabela que a maioria das crianças nasceram com estatura adequada 56,5% (35), nota-se que a média foi baixa (47,9 cm com desvio padrão de \pm 4,1 cm e mediana de 48,5 cm), tendo como estatura mínima 28 cm e máxima 57 cm.

Na tabela 2, encontram-se os indicadores utilizados para diagnóstico do estado nutricional das crianças. Os indicadores: prega cutânea tricipital e circunferência muscular do braço mostraram grande prevalência de eutrofia (em torno de 70%), o que nos indica que a maioria das crianças avaliadas possui reserva de massa magra e massa gorda dentro dos valores de normalidade. Na avaliação do perímetro cefálico, observa-se que menos da metade apresentou eutrofia (45%), porém na avaliação da relação tórax/cabeça, a maioria encontrou-se eutrófico (91,3%).

Na tabela 3 é possível verificar o estado nutricional das crianças de acordo com o peso para a idade e estatura para a idade, sendo que 23,9% (22) das crianças avaliadas estavam abaixo do peso recomendado para idade, enquanto que 33,7% (31) estavam acima do peso para a idade. Em relação à estatura 35,8% (33) apresentaram estatura baixa para a idade.

Na tabela 4, pode-se verificar a relação entre a opinião das monitoras quanto ao peso da criança e seu real estado nutricional. Observa-se que as crianças que foram relatadas com baixo peso pelas monitoras, 22 (46,8%) encontravam-se realmente desnutridas. Em relação àquelas que poderiam estar com excesso de peso, 31 (68,9%) tiveram o diagnóstico de obesidade.

Na análise das proporções entre crianças com real baixo peso e crianças indicadas como baixo peso pelas monitoras, encontrou-se $p=0,00$, com intervalo de confiança de 0,20-0,42, sendo o valor estimado pelas monitoras de 0,65, mostrando assim, que as monitoras superestimam o baixo peso.

O mesmo resultado foi encontrado na relação entre a proporção de crianças com real excesso de peso e crianças indicadas como excesso de peso pelas monitoras, mostrando $p=0,01$, com intervalo de confiança de 0,31-0,55, sendo o valor estimado pelas monitoras de 0,62 indicando assim, que as monitoras superestimam também o excesso de peso.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que, apesar de predominar uma situação de eutrofia nas creches, existem problemas de nutrição insuficiente e excessiva nas crianças embora em percentuais menores, assim como existem diferenças de opiniões das monitoras com o real estado nutricional das crianças.

O peso ao nascer é um bom indicador do estado nutricional nos primeiros anos de vida (Ministério da Saúde, 2001). A média encontrada foi de 3139 gramas, o que é considerado adequado segundo a Organização Mundial da Saúde (> 3000 g), entretanto, percebe-se um valor significativo de baixo peso ao nascer (10,6%) e peso insuficiente (28,8%). Segundo estudo de Monteiro, Benicio & Ortiz (2000), foi encontrada na cidade de São Paulo, média de 3160 gramas com 8,9% de peso abaixo de 2500 gramas. De acordo com outro estudo realizado na cidade de Pelotas (RS) onde foram estudadas 386 crianças entre 6 e 59 meses de idade, 43% destas apresentaram peso ao nascer inferior a 3000 gramas (POST; VICTORA; BARROS, 2000). Já no estudo de Castro et al (2005), em relação ao relato das mães, o baixo peso ao nascer foi de 10,3% (resultado semelhante ao do estudo proposto), e 36,8% de peso insuficiente. A frequência de baixo peso e peso insuficiente foi alta, quando comparada a alguns indicadores nacionais. Segundo dados do Ministério da Saúde, a incidência de baixo peso ao nascer no país foi de 7,9% em 1998. O mesmo acontece para a estatura ao nascer, em que existe uma prevalência de crianças com estatura adequada, entretanto uma porcentagem menor, porém significativa, de crianças com baixa estatura 37,10% (23). Essa incidência de baixo peso e baixa estatura está provavelmente relacionada à restrição alimentar das mães durante a gestação (JUNIOR; ALMEIDA; SIQUEIRA, 1975), bem como a condição socioeconômica, física, renda, escolaridade e a não utilização de centros de saúde no período da gravidez (YUNES et al, 1978). Essa condição na criança pode fazer com que a mesma seja desnutrida tanto na vida infantil quanto na adulta se não tiver o devido cuidado e atenção, principalmente em relação à alimentação.

A circunferência do braço visa identificar indivíduos com maior risco para desnutrição (SARNI et al, 2002, p.21), possibilitando interferências para reserva de massa gorda e de massa magra (TERAMOTO; OTOKI & KOMIYA, 1999). Na medida da circunferência do braço foi encontrado 20,2% de crianças desnutridas e 10,1% com risco de desnutrição. Já em relação ao estado nutricional das crianças pelo indicador peso/idade foi encontrado 9,8% de crianças desnutridas e 14,1% com risco de desnutrição. Percebe-se que a circunferência do

braço teve um diagnóstico maior de desnutrição energético protéica que o peso/idade, talvez por ele ser um indicador mais sensível do estado nutricional.

Em relação à prega cutânea tricípital observa-se um valor significativo (22,4%) de sobrepeso e obesidade, juntando ambos os valores. As pregas cutâneas identificam o tecido adiposo corporal, o excesso ou acúmulo de gordura subcutânea e o estado nutricional atual (BELLIZZI & DIETZ, 1999; SARNI, et al 2002, p. 20-21). O valor encontrado de sobrepeso e obesidade através do indicador peso/idade foi maior (33,7%) do que o valor encontrado na avaliação da prega tricípital (22,4%). Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que as crianças avaliadas de acordo com o indicador peso/idade apresentaram maior percentual de sobrepeso e obesidade devido à quantidade de massa magra (músculo) no organismo, que pode interferir no peso da criança, não sendo assim acúmulo de gordura, mas quantidade de massa magra, que foi de 76,4% no estudo. Já as submetidas à avaliação da prega têm aquela quantidade de tecido adiposo no corpo, pois foram avaliadas com aparelho específico para tal medida.

A partir das medidas de pregas e circunferência braquial, foi encontrada a Circunferência Muscular do Braço (CMB) que fornece valores estimados de massa magra, não fornecendo valores de gordura. Nesse estudo a maioria da população estudada apresentou massa protéica normal e o valor encontrado para valores abaixo da normalidade se relacionam com as crianças desnutridas do estudo.

Os resultados do perímetro cefálico variaram entre 43,5 cm e 53,5 cm, porém, existe uma porcentagem significativa de crianças com perímetro cefálico abaixo do percentil 5 (30%). Em estudo de Mota, Melo & Burak (2004), foram avaliados 388 bebês e verificou-se que o perímetro cefálico variou de 31 a 38 cm, já no estudo de Post et al (2000) dentre 386 crianças, foi encontrado média de 47,4 cm para o perímetro cefálico das crianças. O perímetro cefálico é importante para uma mais completa avaliação nutricional, pois pode refletir carências nutricionais que aconteceram no início da vida. Explica-se assim, a porcentagem de crianças com perímetro cefálico abaixo do normal para a idade encontrada no estudo, por estar conseqüentemente relacionada com o número de crianças desnutridas pela classificação do estado nutricional.

De acordo com o estado nutricional das crianças, são preocupantes os resultados encontrados em relação ao baixo peso (desnutrição 9,8% e risco de desnutrição 14,1%) e excesso de peso (sobrepeso 22,8% e obesidade 10,9%). De acordo com estudo realizado em Viçosa em 2005, foi encontrado 27,6% de desnutrição e 6,9% de obesidade entre as 89 crianças de creches de Minas Gerais (CASTRO et al, 2005). Tuma, Costa & Schimitz (2005),

que em seu estudo tiveram como objetivo avaliar o perfil antropométrico em três creches de Brasília encontrou pelo indicador peso/idade, segundo escore z, 2,2% de crianças desnutridas e 6,9% de crianças obesas. Segundo dados do National Center for Health Statistics (NCHS) que sugere um percentual de até 2,3% como normal para desnutrição, nota-se que o resultado encontrado no estudo (9,8%) esteve acima do esperado para uma população (PUCCA et al, 2001). Esse déficit de peso para a idade pode estar associado com problemas atuais que geraram conseqüências como perda de peso ou acúmulo insuficiente de massa corporal, assim como pode estar relacionado com o passado alimentar da criança, indicando uma deficiência conjunta de peso e altura (Ministério da Saúde, 2002; POF, 2006). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000) a desnutrição pode ser conseqüência de problemas na família, pobreza ou falta de entendimento, sendo incapazes de fornecer a nutrição e a atenção que a criança necessita. Entretanto, o sobrepeso e a obesidade também mostraram um resultado preocupante, uma vez que o valor de 10,9% (obesidade) está acima do indicado pelo NCHS (até 2,3%). A prevalência de sobrepeso também foi alta (22,8%), uma vez que o excesso de peso é um indicativo para riscos de obesidades futuras (PUCCA et al, 2001). Esse excesso de peso para idade pode estar relacionado à redução da atividade física, mudanças de hábitos alimentares com o aumento da quantidade e freqüência dos alimentos, consumindo assim, os mais calóricos, muitas vezes por influência da própria monitora, que ao não saber o real estado nutricional da criança, acaba oferecendo mais do que deveria, favorecendo o aumento do peso corporal.

Pela classificação da estatura, nota-se uma pequena prevalência de baixa estatura (14,1%) e risco de baixa estatura (21,7%), porém esse dado é preocupante, uma vez que essas crianças, na maioria das vezes, também têm baixo peso. O indicador estatura para idade, conhecido como indicador de desnutrição passada ou pregressa é o que se apresenta mais comprometido nas crianças brasileiras (Ministério da Saúde, 2002). No estudo de Engstrom & Anjos (1999), foi encontrada prevalência de 14,4% de desnutrição por déficit estatural. Já de acordo com o estudo realizado em Cosmópolis (SP), onde foram selecionados 165 pré-escolares com déficit de estatura e 165 pré-escolares com estatura adequada (grupo controle), foi indicado que a maior chance de déficit estatural em pré-escolares ocorre por conta da baixa escolaridade da mãe, renda familiar percapta menor que meio salário mínimo, número de pessoas maior que seis no domicílio e a estatura da mãe e do pai (GUIMARÃES; LATORRE; BARROS, 1999), podendo também refletir nas condições de saúde que a criança foi submetida desde o início da sua vida (Ministério da Saúde, 2002), principalmente em relação à deficiência de energia, seja de macro ou micronutrientes (POF, 2006).

Com relação ao estado nutricional geral das crianças indicadas pelas monitoras, observa-se que das 47 crianças que as monitoras achavam que estavam desnutridas, 25 (51,2%) não estavam desnutridas. Enquanto que das 45 crianças que as monitoras achavam que estavam obesas 14 (31,2%), não estavam com excesso de peso. Menos da metade (42%) não apresentaram algum distúrbio nutricional, ou seja, apresentaram o diagnóstico de eutrofia pelos parâmetros antropométricos; mas lembramos que este dado foi influenciado pela escolha das monitoras sendo que foi solicitado aquelas que elas acreditavam ter algum desvio nutricional. Não existem estudos que relatem sobre o ponto de vista das monitoras em relação ao peso ou estado nutricional das crianças, existem apenas estudos em relação às mães das crianças. Segundo trabalho de Carvalhães & Godoy (2002), que tinham como objetivo investigar a adequação da opinião materna sobre o peso das crianças menores de 2 anos, submetidas a monitorização do crescimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi verificado o seguinte resultado: as mães acertaram 36,7% das crianças desnutridas e 13,6% daquelas com sobrepeso/obesidade. Em comparação ao estudo exposto, às monitoras identificaram corretamente 46,8% de baixo peso e 68,9% de excesso de peso nas crianças. Também foi encontrado que 78% das mães não trabalhavam fora de casa, 61% tinham até a 4ª série e 25% adolescentes, o que pode ter influenciado na diferença encontrada trabalhavam fora de casa influenciando assim a diferença de opiniões entre elas.

Entende-se que seria importante que as monitoras fossem informadas quanto ao real estado nutricional das crianças avaliadas, pois o conhecimento da situação nutricional é a primeira condição para ativa participação na prevenção de alterações nutricionais, principalmente por passarem mais tempo com as crianças do que as próprias mães. Além disso, para que a oferta de alimentos durante o período em que a criança permanece na creche fosse adequada ao objetivo de melhora e/ou recuperação do estado nutricional destas crianças, já que a alimentação fornecida neste período corresponde em torno de 75% das suas necessidades diárias. Sendo assim, concluí-se nesse estudo que as monitoras não estão aptas a perceber o baixo peso e/ou excesso de peso nas crianças avaliadas.

CONCLUSÃO

As monitoras tendem a superestimar tanto o excesso de peso quanto o baixo peso, porém acredita-se que seja mais fácil o diagnóstico do excesso de peso, devido este diagnóstico ser mais visível. Nesse sentido, sem ações educativas especialmente dirigidas para o seu envolvimento no acompanhamento nutricional das crianças, as monitoras têm

capacidade limitada em perceber os desvios nutricionais na infância. Este fato pode interferir na oferta dos alimentos às crianças, dificultando a intervenção nutricional nesta população.

REFERÊNCIAS

- ACC/SCN. Nutrition throughout life. 4th Report on the world nutrition situation. Geneva; ACC/SCN. **World Health Organization**: 2000.
- BELLIZZI, M. C.; DIETZ, W. H. Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. **American Journal Clinical Nutrition**. vol. 70, p.173-5S, 1999.
- BRÁS, B.; DICHEL, D.B.; GASPAR, D.E.S; DINIZ, D.; CARMO, E.R do; ROSA, F.H. da; KUIAVA J.; VILAGRA, J.M; ARAUJO, K.E.B; RADAELLI, M. E.B; CARVALHO, M.L.; LUPPI, M.R.; OLIVEIRA, P.B.R.; DESTRO, R.; ASSUMPÇÃO, R. **Manual para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Acadêmicos**. Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2006.
- CARVALHAES, M. A. de B. L.; GODOY, I. de. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças? **Revista de Nutrição**, Campinas, vol.15, n.2, p.155-162, maio/ago, 2002.
- CASTRO, T. G. de; NOVAES, J. F. de; SILVA, M. R.; COSTA, N. M. B.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; TINÓCO, A. L. A.; LEAL, P. F. da G. Caracterização do consumo alimentar, ambiente sócio-econômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol. 18, n.3, p. 321-330, maio/junho 2005.
- CRUZ, G. F. da; SANTOS, R. da S.; CARVALHO, C. M. R. G. de; MOITA, G. C. Avaliação dietética em creches municipais de Teresina, Piauí, Brasil. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol.14, n.1, p.21-32, jan./abr. 2001.
- ENGSTROM, E. M.; ANJOS, L. A. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. **Caderno Saúde Pública**, São Paulo, vol.15, n.3, p.559-567, jul./set. 1999.
- ESCRIVÃO, M. A. M. S.; TADDEI J. A. de A. C.; OLIVEIRA, F. L. C. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria**. São Paulo, vol 76, Sulp. 3, 2000.
- FAJARDO, A. **Protocolo de atenção a saúde da criança de zero a 5 anos de idade**. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS, novembro de 2004. Disponível em <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_pra-nene.pdf> Acesso em: 13 de junho de 2006.
- FRISANCHO, A R., Anthropometric standards for the assessment of grown and nutritional status. University of Michigan, 1990.
- FRISANCHO, R. A. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. **American Journal Clinical Nutrition**. Bethesda, vol.34, n.11, p.2540-2545, 1981.
- GUIMARÃES, L. V.; LATORRE, M. do R. D. de O.; BARROS, M. B. de A. Fatores de risco para déficit estatural em pré-escolares. **Caderno Saúde Pública**, São Paulo vol.15, n. 3, p.605-615, jul. /set. 1999.

HOLLAND, C. V.; SZARFARC, S. C. Consumo energético do pré-escolar de creches. *Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira Alimentação Nutrição*. São Paulo, vol. 25, p. 61-70, junho 2003.

JUNIOR, C. C.; ALMEIDA, P. A. M.; SIQUEIRA, A. A. F de. Relação entre peso da criança ao nascer, altura materna, idade gestacional e restrição alimentar em gestantes normais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 9 p. 33 – 42,1975.

MARCONDES, E; SETIAN, N; CARRAZA, F.R. Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança. In: **Pediatria básica – Pediatria Geral e Neonatal – Tomo I**. 9 ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2002, cap1 pág 25, 32.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Guiaaliment.pdf>>. Acesso em: 18 de junho de 2006.

MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular a nutrição infantil. *Jornal Pediatria*. Rio de Janeiro, vol. 76 (Supl.3) p. 285-97, 2000.

MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. D’A.; ORTIZ, L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, vol. 34 (6 Supl) p. 26-40, 2000.

MOTA, M.; MELO, A.; BURAK, C. Antropometria craniana de recém-nascidos normais. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*. São Paulo, vol.62, n.3a, p.626-629, set. 2004.

OMS. **Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e seus auxiliares**. Genebra/Brasília: Organização Mundial da Saúde/Organização Panamericana da Saúde; 2000. Disponível em < <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=14>> Acesso em: 07 agosto 2006.

POF - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. **Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003medidas/pof2003medidas.pdf>> Acesso em 24 de agosto de 2006.

POST, C. L. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, A. J. D. Understanding the low prevalence of weight-for-height deficit in lower-income Brazilian children: correlations among anthropometric indices. *Caderno Saúde Pública*, vol.16, n.1, p.73-82, jan./mar. 2000,

PUCCA, A. P. P. N.; KURANISHI, L. T.; SILVA, F. M. da; MACHADO, C. F.; JUNIOR, L. A. C.; SEKIYAMA, J. Y.; MAZUTI, R. M. R.; YAMADA, C. A. F.; HASHIMOTO, E. L. K. Avaliação do estado nutricional de pré-escolares matriculados nas creches municipais de Maringá - Pr no ano de 2001. **Universidade Estadual de Maringá – UEM**, 2001. Disponível em < <http://www.saudebrasilnet.com.br/premios/saude/premio2/trabalhos/025.pdf>> Acesso em 02 de julho de 2006.

PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. Patterns of mortality in childhood. [**Pan American Health Organization, Scientific Publication, 262**]. Washington, D.C., Pan American Health Organization, 1973.

SARNI, R.S; GARÓFOLO, A. Métodos empregados na avaliação da composição corporal. In: LOPEZ, F.A.; SIGULEM, D.M.; TADDEI, J.A. de A.C. **Fundamentos da Terapia Nutricional em Pediatria**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 2002. cap 3, p. 20-21.

SIGULEM, D. M.; TADDEI J. A. de A. C.; ESCRIVÃO, M. A. M. S. Obesidade na Infância e na Adolescência. **Compacta Nutrição**. São Paulo, 2000.

SILVA, M. V. da; OMETTO, A. M. H.; FURTUOSO, M. C. O.; PIPITIONE, M. A. P.; STURION, G. L. Acesso à creche e estado nutricional das crianças brasileiras: diferenças regionais, por faixa etária e classes de renda. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol.13, n.3, pag.193-199, set/dez 2000.

TERAMOTO, K; OTOKI, K; KOMIYA, S. Age-related changes in body composition of 3- to 6-year-old Japanese children. **Apple Human Science**, vol. 18, p.153-60, 1999.

TUMA, R. C. F. B.; COSTA, T. H. M. da, SCHIMITZ, B. de A. S. Avaliação Antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, Distrito Federal. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 5, n. 4, p. 419-428, out/dez, 2005.

VERISSIMO, M. De La Ó R.; FONSECA, R. M. G. S. da. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, vol. 11, p. 28-35, 2003.

VITOLO, M. R. Avaliação Nutricional da Criança. In: **Nutrição da Gestação a Adolescência**. 1 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003. cap. 10, p 99.

YUNES, J.; COELHO, H. da S.; COLLI, A. S.; CONCEIÇÃO, J. A. N. Principais características biológicas e sociais do recém-nascido de baixo peso. **Revista de Saúde Pública** – São Paulo, vol. 12 p. 367-87, 1978.