

Projeto Quixote e programa de nutrição para crianças em alto risco social*

Dr. Raul Emrich Melo¹, Dra. Tereza Cristina de Oliveira e Oliveira²



Dr. Raul Melo e
Dra. Tereza Oliveira

No início da década de 1990, psiquiatras e psicólogos do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD-UNIFESP) perceberam que a abordagem medicamentosa e psicoterapêutica tradicional

não se encaixava perfeitamente no contexto das crianças de rua usuárias de drogas.

Esse questionamento resultou na criação, em 1996, do Projeto Quixote, uma entidade que passou a realizar, de forma multidisciplinar, atendimento a crianças e adolescentes em situação de alto risco social, cuja definição

inclui a elevada possibilidade de rompimento de vínculos afetivos, de perda de referências familiares e de envolvimento com drogas, violência e conflito com a lei.⁽¹⁾

A porta de entrada do Projeto Quixote é a Oficina de Acolhimento. Segundo dados recentes, por volta de 88% das crianças chegam acompanhadas. Dentre elas, 37% por um familiar, 18% por um educador e o restante inclui encaminhamentos diretos de outras entidades sociais ou de abrigos.⁽²⁾

Quando voltamos o olhar para as crianças maiores de 5 anos que não são de rua, mas ainda assim vivem no contexto de alto risco social (abrigos e favelas), o excesso de peso pode ser um grande problema.

A análise de registros de atendimentos prévios ao início dessa primeira parte do pro-

1 - Líder do Projeto de Nutrição do Projeto Quixote, entidade vinculada à Disciplina de Psiquiatria Social e Psicologia Médica do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). Pediatra, Doutor e Pesquisador Associado da Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Departamento de Pediatria da UNIFESP-EPM.

2 - Nutricionista do Projeto Quixote, Graduada pela Universidade Estadual Paulista (UNESP - Botucatu). Chefe de Cozinha Internacional (SENAC - Águas de São Pedro). Mestranda em Saúde Coletiva - Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social/UNICAMP (FCM-DMPS-UNICAMP).

grama de nutrição evidenciava apenas 1% de déficit importante de peso. Em contrapartida, sobrepeso e obesidade eram observados em 25% das crianças e adolescentes (expresso em escore z - - OMS).⁽³⁾ Este é um número elevado, mesmo quando comparado aos já preocupantes 7% de excesso de peso de uma pesquisa nacional recente.⁽⁴⁾

Neste momento é natural que nos perguntemos: não deveríamos esperar baixo peso em crianças e adolescentes em situação econômica desfavorável? Estudos recentes têm demonstrado que os níveis de desnutrição têm decaído no Brasil.^(5,6) No entanto, crianças em piores condições socioeconômicas continuam a apresentar maior risco de retardo de crescimento, déficit de peso nos primeiros anos e, paradoxalmente, sobrepeso e obesidade com o passar dos anos.^(7,8)

O estresse prolongado (infecções, parasitoses, ruptura familiar) resulta em aumento

“Crianças em piores condições socioeconômicas continuam a apresentar maior risco de retardo de crescimento, déficit de peso nos primeiros anos e, paradoxalmente, sobrepeso e obesidade com o passar dos anos”

dos níveis de cortisol, um favorecedor ao acúmulo de gordura. A própria resposta aguda, que induz ao aumento desse hormônio, é maior em crianças de baixo nível socioeconômico, evidenciando uma alteração do sistema simpático adrenomedular.⁽⁹⁾ O resultado se expressa como menor ganho de massa muscular e de crescimento linear.



Equipe Projeto Quixote:
Raul Melo (à esq.),
Washington Jeremias,
Tereza Oliveira, Zilda
Ferré, Cláudio Loureiro,
Leni Almeida e
Frederico Gonçalves.



Oficina culinária saudável

Os dados de altura podem ser um bom indicador de um contexto de influência negativa sobre o desenvolvimento da criança, com razoável sensibilidade, sendo maior ainda que a ocorrência de sobrepeso e obesidade.⁽¹⁰⁾ De fato, em nossos dados preliminares, observou-se distribuição do z-escore de altura/idade desviado para a esquerda.

Além disso, acredita-se que mesmo após a recuperação da desnutrição, a alteração metabólica pode se manter inalterada. A oferta nutricional insuficiente na fase intrauterina, ou nos primeiros anos de vida (em qualidade e/ou quantidade), desencadearia uma tendência à reprogramação da utilização da energia. Este “reset funcional”, direcionado à conservação da energia na forma de gordura e desaceleração do crescimento para fins de sobrevivência pode evoluir como ganho excessivo de peso no contexto de uma dieta ocidental que tem preço acessível, mas é rica em carboidratos, gorduras, proteínas de baixo valor nutricional. Além disso, esta cultura alimentar falha ao contribuir para a falta de fibras e micronutrientes importantes.

De fato, inquérito alimentar (análise: programa SPSS 15.0) com 54 dos atendidos evidenciou baixo consumo de legumes,

verduras e frutas (quase nunca em 16% das crianças). Em relação aos derivados do leite, em 36,5% a ingestão era de no máximo 3 vezes por semana. Apesar dos limites desse método de avaliação (dependência da memória e menor acurácia para micronutrientes⁽¹¹⁾) os resultados sugerem, nessa população, um déficit de fibras e micronutrientes (em especial cálcio e vitaminas hidrossolúveis).

Consideramos também avaliar a própria cultura alimentar institucional. Desta forma, iniciamos a parte 1 do programa em 2009, objetivando a sensibilização da equipe para o tema nutrição, análise do discurso dos profissionais, formação de vínculos com os atendidos e experimentação de oficinas de culinária saudável.

A demanda inicial percebida relacionou-se ao próprio lanche servido pela instituição (em número de 450, semanalmente). Antes composto por pães brancos com embutidos acompanhados de refrigerantes, os novos lanches passaram a ser preparados segundo padrões nutricionais e gastronômicos, como tortas de legumes e pães integrais com recheios ricos em legumes e verduras. Esta mudança requereu a cooperação dos vários profissionais da instituição e a quebra de paradigmas dos próprios adultos envolvidos no processo pedagógico.

A evolução foi gradual, pois a alimentação não é somente uma fonte de nutrientes.⁽¹²⁾ Não seria possível modificar os hábitos alimentares se não houvesse um discurso coerente de toda a equipe, nos vários níveis de atendimento. Para avaliar essa mudança, foi realizada uma pesquisa de satisfação com 95 pessoas, entre funcionários, familiares e crianças que, de forma anônima, escolheram entre 5 opções de resposta (gosto muito a desgosto muito). Houve apenas 3,2% de desaprovação, contra 83,2% que consideraram o novo lanche como bom ou ótimo.

Em uma das experimentações lúdicas (sem rigor científico) registradas em vídeo e

que teve o objetivo de surpreender crianças de 6 a 9 anos em relação ao julgamento de um determinado alimento pela aparência, vendas nos olhos foram colocadas antes de cada item ser provado e, logo após, uma das 5 opções de aceitação era assinalada pela criança: muito bom (carinha com sorriso) até muito ruim (carinha representando repulsa).

Um suco de cor verde (maracujá, limão e couve), por exemplo, repudiado *a priori* em oficinas anteriores, teve 7 colocações de “muito bom” e uma “regular”. A torta de abobrinha (com cenoura, salsinha e couve) teve aprovação máxima das 8 crianças. A surpresa, mesmo entre os profissionais presentes, foi a resposta do grupo de crianças que, ao saber do conteúdo da torta, solicitou em uníssono, mais uma “torta com pedaços de abobrinha”.

O impacto da iniciativa junto às mães de atendidos foi marcante. O discurso da alimentação saudável foi incorporado, assim como a experimentação de novas receitas, sempre com o apoio da profissional de nutrição, que fornecia informações sobre o perfil nutricional individualizado de cada criança. Isto é importante, pois se sabe que boa parte dos pais não reconhece que os próprios filhos têm excesso de peso.⁽¹³⁾

Na etapa 2 do programa, a ser iniciado em breve, realizaremos um amplo perfil antropométrico dos atendidos para avaliar o impacto das estratégias de educação nutricional baseadas na gastronomia aliada à nutrição. Além disso serão implementados atendimentos clínicos individuais e formação de grupos para a discussão do tema.

O desenvolvimento de programas de nutrição é fundamental para a reparação de déficits nutricionais na camada mais pobre da população, suporte para a adequação do peso e estabelecimento de uma cultura alimentar sadia que possa evitar o comprometimento da saúde futura de crianças e adolescentes que já têm acesso bastante limitado às oportunidades de uma vida plena. ●

“O desenvolvimento de programas de nutrição é fundamental para a reparação de déficits nutricionais na camada mais pobre da população, suporte para a adequação do peso e estabelecimento de uma cultura alimentar sadia que possa evitar o comprometimento da saúde futura de crianças e adolescentes”

Referências

1. Tyler FB & Tyler SL. Crianças de rua e dignidade humana. In: Psicologia: Reflexão e Crítica, Vol. 9, no 1, 1996.
2. Carneiro Jr. N, Grajcer B, Bedoian G, Siqueira MJ, Azevedo LM, Silva LN. Apresentando os resultados. In: Criança em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde. Ed. Post Press. São Paulo, 2007.
3. OMS (WHO – World Health Organization). <http://www.who.int/growthref/en/>
4. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Saúde Nutricional, Brasil. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude_nutricional.php. Acesso em 17/05/2010.
5. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). Rev Saude Publica 2000;34:S52-61.
6. Gigante DP, Victoria CG, Pavin CL, Barros AFC. Tendências no perfil nutricional das crianças nascidas em 1993 em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: análises longitudinais. Cad Saude Pública 2003;19S141-7.
7. Engstrom EM, Anjos LA. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. Rev Saude Pública 1996;30:233-9.
8. Arifeen AE, Black RE, Caulfield LE, Antelman G, Baqui AH, Nahar Q. Infant growth patterns in the slums of Dhaka in relation to birth weight, intrauterine growth retardation, and prematurity. Am J Clin Nutr 2000;72:1010-7.
9. Fernald LC, Grantham-McGregor SM. Growth retardation is associated with changes in the stress response system and behavior in school-aged jamaican children. J Nutr 2002;132(12):3674-9.
10. deOnis M, Frongillo EA, Blossner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. Bull World Health Organ 2000;78:1222-33.
11. Vasconcelos FAG. Avaliação Nutricional de Coletividades. 4ª ed. Santa Catarina: Ed. UFSC, 2007.
12. Helman CG. Dieta e Nutrição. In: Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Editora Artmed, 2003. 4 ed. p. 49-70.
13. He M, Evans A. Are parents aware that their children are overweight or obese? Can Fam Physician 2007;53(9):1493-1499.

* A realização do programa tornou-se possível devido ao apoio da Fundação Baxter.
e-mail de contato e site:
contato@raulmelo.com.br
www.projetoquixote.org.br