

PREVALÊNCIA DE DÉFICITS DE PESO PARA IDADE E ESTATURA PARA IDADE EM CRIANÇAS DE RISCO ACOMPANHADAS PELO PROGRAMA PRÁ-NENÊ DA CIDADE DE PELOTAS- RS

CARDOSO, Juliane¹; RIBEIRO, Vanessa Klumb¹; RAMALHO, Juliana²; KAUFMANN, Cristina Corrêa³; MUNIZ, Ludmila Correa³

¹Acadêmica da Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas. ²Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), Área de concentração em Atenção à Saúde da Criança, Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. ³Professora do Departamento de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: ju.souza.cardoso@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição nos primeiros anos de vida é um importante problema de saúde pública em alguns países em desenvolvimento. Além disso, déficits de crescimento nesta fase estão associados à maior ocorrência de doenças infecciosas, mortalidade infantil, prejuízo no desenvolvimento psicomotor e menor aproveitamento escolar e capacidade produtiva na idade adulta (MONTEIRO et al., 2009).

A avaliação do estado nutricional permite a detecção de desvios de normalidade no crescimento e proporções corporais, possibilitando o desenvolvimento de programas de intervenção a nível individual e/ou coletivo (ARRUDA, 2008). Através da aferição do peso e estatura é possível conhecer os três índices antropométricos mais utilizados na avaliação nutricional de crianças e adolescentes: peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I) e peso para estatura (P/E). O índice P/I reflete o estado nutricional atual e não distingue a desnutrição recente (aguda) da desnutrição pré-existente. O déficit de E/I indica que o crescimento está comprometido desde um longo período de tempo, demonstrando desnutrição pregressa. Já o déficit de P/E reflete um comprometimento mais atual do crescimento com reflexo mais pronunciado no peso (SIGULEM et al., 2000).

No Brasil, no período decorrido entre o final dos anos 70 e o ano de 2003, as mortes por deficiência nutricional e por doenças infecciosas decresceram rapidamente em relação a todas as mortes. Entre os anos de 1975 e 1996, o Brasil reduziu em 70% a desnutrição infantil, considerando o indicador P/I. Apesar dos avanços nas condições de saúde e nutrição das crianças, em 1996, o país ainda tinha cerca de um milhão de crianças com déficit de P/I. O déficit de E/I reduziu 72% nesse mesmo período. No entanto, ainda era significativo entre crianças menores de cinco anos: 10,5%, quando o esperado para populações saudáveis é de 2,5% (BRASIL, 2008).

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de déficit de peso para idade e estatura para idade, segundo características socioeconômicas e número de consultas pré-natal, entre crianças de risco acompanhadas pelo Programa Pré-Nenê da cidade de Pelotas-RS.

2. METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Estudo transversal, baseado em dados secundários realizado com uma amostra de crianças consideradas de risco, nascidas nas maternidades de Pelotas no período de maio de 2011 a junho de 2012, acompanhadas pelo *Programa de Vigilância à Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida* (Prá-nenê). O Prá-Nenê é um programa de âmbito municipal que tem como objetivo desenvolver ações de vigilância da saúde dirigidas às crianças nos primeiros anos de vida, facilitando-lhes o acesso aos serviços de saúde. Além disso, visa identificar os recém-nascidos de alto risco, dedicando-lhes atenção diferenciada.

Os dados utilizados neste estudo foram retirados do questionário elaborado e aplicado às mães dos recém-nascidos de risco, pela equipe de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Área de Concentração em Atenção à Saúde da Criança (RIMS) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Neste trabalho foram utilizadas as seguintes variáveis: renda familiar, escolaridade e cor da pele materna, número de consultas pré-natal realizadas pela mãe e peso e comprimento da criança. A renda familiar (em reais) foi coletada como variável contínua e analisada em quintis, sendo o 1º quintil mais pobre e o 3º quintil mais rico. A escolaridade materna foi categorizada em 0-4, 5-8 e ≥ 9 anos completos de estudo formal. A cor da pele da mãe foi observada pela residente e categorizada em branca e preta/ parda. O número de consultas pré-natal foi categorizado em <6 e ≥ 6 consultas.

O peso e o comprimento das crianças foram obtidos da caderneta da criança. Foram usadas as curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) para a avaliação do estado nutricional das crianças. Déficit de peso para idade e de estatura para idade foram definidos como escore z de peso/idade e estatura/idade abaixo de -2 desvios padrão.

Os dados foram duplamente digitados no programa EpiData 3.1 (*EpiData Assocation, Denmark*). A análise dos dados foi realizada no programa Stata 12.0. As análises descritivas incluíram o cálculo de distribuições de frequência para variáveis categóricas. Para as análises de associação foi utilizado o teste qui-quadrado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 43 crianças menores de um ano, sendo a maioria (53,5%) do sexo masculino. Cerca de 40% das crianças pertenciam a famílias mais pobres (1º quintil de renda), 25,6% eram filhas de mulheres com menos de cinco anos completos de estudo e 61,5% das mães eram de cor da pele branca. Quanto ao número de consultas pré-natal a maioria das mães realizou seis ou mais consultas (60%) (Tabela 1), conforme recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

As prevalências de déficit de peso para idade (P/I) e estatura para idade (E/I) foram de 32,6% e 59,5%, respectivamente. Essas prevalências foram muito superiores àquelas encontradas pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), que encontrou uma prevalência de déficit de peso de 1,9% e de

déficit de altura de 7% para o conjunto das crianças brasileiras menores de cinco anos de idade (Brasil, 2009). Déficits de E/I (26%) e P/I (14%) foram encontrados por Post et al. na cidade de Pelotas, em crianças que nasceram com peso inferior a 2.500g, portanto, consideradas de risco (POST, C.LA, 1999).

A Tab. 1 apresenta a prevalência de déficit de P/I e de E/I segundo variáveis independentes. A prevalência de déficit de P/I foi maior nas crianças de famílias mais ricas (66,7%), o dobro do encontrado nas famílias do 1º quintil (33,3%). O mesmo ocorreu em relação ao déficit de E/I, porém a diferença não foi estatisticamente significativa.

As demais variáveis não mostraram associação significativa com os desfechos. Maiores prevalências de déficit de P/I e E/I foram observadas entre os filhos de mulheres de cor da pele negra/parda, com escolaridade entre 5 e 8 anos e que realizaram menos de 6 consultas pré-natal.

Tabela 1. Distribuição da amostra e prevalência de déficit de peso-para-idade e déficit de altura-para-idade em crianças menores de um ano acompanhadas pelo programa Pré-Nenê. Pelotas-RS, 2012. (n=43*)

Variáveis	Distribuição da amostra		Prevalência (%)	
	n	%	Déficit P/I	Déficit A/I
Renda familiar (quintis)			<i>p=0,035**</i>	<i>p=0,126**</i>
1 (mais pobre)	15	39,5	33,3	60,0
2	14	36,8	14,3	35,7
3 (mais rico)	9	23,7	66,7	77,8
Escolaridade materna (anos)			<i>p=0,958**</i>	<i>p=0,490**</i>
0-4	10	25,6	30,0	50,0
5-8	14	35,9	35,7	71,4
≥ 9	15	38,5	33,3	53,3
Cor da pele materna			<i>p=0,673**</i>	<i>p=0,603**</i>
Branca	24	61,5	33,3	58,3
Preta/parda	15	38,5	40,0	66,7
Nº de consultas pré-natal			<i>p=0,215**</i>	<i>p=0,601**</i>
< 6	16	40,0	43,8	62,5
≥ 6	24	60,0	25,0	54,2

* Número máximo de informações desconhecidas para a variável renda familiar (n=5).

** Valor-p estimado pelo teste qui-quadrado

4 CONCLUSÃO

Observa-se um declínio na prevalência de déficits de estatura e de peso no país, porém prevalências maiores que o esperado, como as deste estudo, ainda são frequentemente encontradas. Esses déficits podem ser determinados pela indisponibilidade de alimentos, inadequada alimentação, exposição da criança a doenças, falta de saneamento, menor renda e escolaridade materna, entre outros fatores. Além disso, a história reprodutiva e o baixo peso ao nascer são fatores de

vulnerabilidade para o retardo no crescimento e desenvolvimento infantil, merecendo maior atenção e assistência.

5 REFERÊNCIAS

ARRUDA, Noélia. Avaliação do Estado Nutricional das Crianças da Associação de Iniciativas Populares no Concelho de Almada (A.I.P.I.C.A.). **Nutricias**, p.22-27, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno 5 – Manual Técnico Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília- DF, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Alimentar Para a População Brasileira- Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília – DF 1 (1) Parte 3. p. 127-179, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF, 2009.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**;43(1):35-43, 2009

POST, C. LA. Baixa prevalência de déficit para estatura: comparação de crianças brasileiras com e sem déficit estatural. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo; 33(6): p. 575-585, 1999.

SIGULEM, Dirce M. et al. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro; 76(Supl.3):s275-s84, 2000.

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, 2006.