

## DIFERENÇAS SOCIOECONÔMICAS NA PREVALÊNCIA DE DÉFICIT DE PESO PARA IDADE AOS 4 ANOS NA COORTE DE PELOTAS DE 2004

**MÜLLER, Catia<sup>1</sup>; MATIJASEVICH, Alicia<sup>2,3</sup>; MUNIZ, Ludmila Correa<sup>2</sup>; BARROS, Aluísio J. D.<sup>2,3</sup>; SANTOS, Iná S.<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas/Faculdade de Nutrição; <sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas/Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; <sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas/Departamento de Medicina Social. e-mail: [catia.sls@gmail.com](mailto:catia.sls@gmail.com)

### 1 INTRODUÇÃO

A desnutrição na infância, expressa no baixo peso, no atraso no crescimento e desenvolvimento e na maior vulnerabilidade às infecções, continua sendo um importante problema de saúde pública em algumas sociedades em desenvolvimento, seja por sua elevada frequência, seja pelo amplo espectro de danos associados àquelas condições (MONTEIRO e CONDE, 2000).

Atualmente, cerca de 129 milhões de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento são desnutridas – uma em cada quatro apresenta déficit de peso-para-idade (UNICEF, 2009). A prevalência de déficit de peso é maior na África (27%) do que na Ásia (21%), e em outros 17 países esta prevalência é superior a 30% (UNICEF, 2009). No Brasil, o déficit de peso-para-idade atinge menos de 5% das crianças menores de cinco anos. Entretanto, esta condição ainda representa um importante problema, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e em bolsões de pobreza em todas as demais regiões do país (UNICEF, 2009; BRASIL, 2009).

A distribuição do índice peso-para-idade em uma população de crianças pode ser influenciada tanto pela história nutricional de longo prazo, quanto pela adequação do aporte de energia e por episódios recentes de doença (BRASIL, 2009). Ademais, características maternas e posição socioeconômica nos primeiros anos de vida podem igualmente influenciar o estado nutricional na infância. Os determinantes da desnutrição incluem também outras causas relacionadas à pobreza e à desigualdade de acesso a serviços, bens e oportunidades as quais ainda está submetida parcela importante da população brasileira (BRASIL, 2006).

A identificação de subgrupos em maior risco de desenvolver desnutrição é importante para o planejamento de ações que visem controlar o problema e acabar com as diferenças. O objetivo do presente estudo foi investigar a associação entre déficit de peso-para-idade aos 48 meses e características socioeconômicas.

### 2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

No ano de 2004, todos os nascidos de mães residentes em Pelotas, nas cinco maternidades hospitalares da cidade, foram incluídos em um estudo de coorte de nascimentos. Informações detalhadas sobre a metodologia do estudo são encontradas em outra publicação (SANTOS et al, 2010). As informações utilizadas na presente análise foram coletadas na fase perinatal e na vista dos 48 meses.

No estudo perinatal, as mães responderam um questionário sobre as condições socioeconômicas da família, escolaridade e aspectos de saúde. A renda familiar no mês anterior ao nascimento foi coletada como uma variável contínua (em reais) e analisada em quintis (1º quintil mais pobre e 5º quintil mais risco). A cor da

pele da mãe foi observada pela entrevistadora e categorizada em branca, negra e outra. A escolaridade materna foi categorizada em sem escolaridade, 1-4, 5-8 e  $\geq 9$  anos completos de educação formal. A situação conjugal da mulher foi dicotomizada em: com marido/companheiro, sem marido/companheiro. Fumo materno durante a gestação foi avaliado retrospectivamente e baseado no autorrelato das mães. Foram consideradas fumantes regulares aquelas mulheres que fumaram no mínimo um cigarro por dia em qualquer trimestre da gestação.

Na visita domiciliar dos 48 meses, as mães foram entrevistadas e as crianças tiveram o peso e a estatura aferidos. O peso foi coletado com o auxílio de uma balança digital da marca Tanita® com precisão de 100 g. Para a aferição da estatura utilizou-se um estadiômetro especialmente construído para a pesquisa com precisão de 1 mm. 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 foi definido como escore z de peso/idade abaixo de -2 desvios padrão.

As análises descritivas incluíram o cálculo de distribuições de frequência para variáveis categóricas. Para as análises de associação foi utilizado o teste qui-quadrado. A análise foi conduzida com o auxílio do programa Stata 11.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. As mães assinaram consentimento para participar do estudo.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Das 4231 crianças nascidas vivas em 2004, foram localizadas 3799 na visita dos 48 meses (92% da coorte original). O percentual de perdas e recusas foi de 6,8% e 1,2%, respectivamente. Entre as 3799 crianças, existiam informações válidas sobre peso e altura para 3785.

A prevalência de déficit de peso-para-idade aos 48 meses foi de 1,7%. Resultado semelhante foi mostrado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), que encontrou uma prevalência de déficit de peso de 1,9% para o conjunto das crianças brasileiras menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2009). Ambos os estudos mostraram que, de maneira geral, a desnutrição por déficit de peso-para-idade está controlada, tendo em vista que a prevalência não foi superior à esperada na população, que é em torno de 2,5%.

A Tabela 1 apresenta a prevalência de déficit de peso aos 48 meses segundo variáveis independentes. O déficit de peso foi mais frequente entre as crianças de mães sem escolaridade (5,7%), em comparação as de mães com 9 ou mais anos de educação formal (0,6%). Observou-se associação inversa com a renda familiar, sendo cerca de 5 vezes mais prevalente entre os mais pobres (3,4%), em comparação aos mais ricos (0,7%). Na PNDS 2006, a prevalência de déficit de peso-para-idade foi de 4,5% entre crianças de mães sem escolaridade e na classe de menor poder aquisitivo familiar, o que vai ao encontro do observado no presente estudo (BRASIL, 2009).

Apesar de as demais variáveis não terem se mostrado associadas com o desfecho ( $p > 0,05$ ), maiores prevalências de déficit de peso foram observadas entre crianças de mães com cor da pele negra (2,5%), de mães que fumaram durante a gestação (2,2%) e de mães que vivem sem companheiro (1,8%).

**Tabela 1.** Distribuição da amostra e prevalência de déficit de peso-para-idade em crianças de 4 anos. Pelotas-RS, 2004. (n=3785\*)

Variáveis	Distribuição da amostra		Prevalência (%)	p**
	N	%		
Renda familiar (quintis)				<0,001
1 (mais pobre)	759	20,0	3,4	
2	759	20,0	2,5	
3	749	19,8	1,5	
4	790	21,0	0,4	
5 (mais rico)	728	19,2	0,7	
Escolaridade materna (anos)				<0,001
Sem escolaridade	35	0,9	5,7	
1-4	533	14,2	3,9	
5-8	1561	41,6	2,0	
≥ 9	1619	43,3	0,6	
Cor da mãe				0,1
Branca	2769	73,2	1,4	
Negra	758	20,0	2,5	
Outra	258	6,8	1,7	
Situação conjugal				0,8
Sem marido/companheiro	600	15,9	1,8	
Com marido/companheiro	3185	84,1	1,7	
Fumo durante a gestação				0,1
Não	2756	72,8	1,5	
Sim	1029	27,2	2,2	

\* O número máximo de informações perdidas foi 37 (1%) para a variável escolaridade materna

\*\* Teste qui-quadrado

#### 4 CONCLUSÃO

Nos últimos anos ocorreram progressos moderados nas condições socioeconômicas da população, que podem, em parte, ser responsáveis pela baixa prevalência de desnutrição observada no presente estudo e em outros inquéritos. Em ordem de importância esses fatores seriam: aumento da escolaridade das mães; crescimento do poder aquisitivo dos estratos mais pobres da população (beneficiados pelos programas do governo de transferência de renda); expansão da assistência à saúde materno-infantil; e ampliação das redes públicas de saneamento. Apesar desses avanços, ainda existem subgrupos atingidos pela desnutrição (por déficit de peso), os quais requerem maior atenção, vale dizer, as crianças de mães menos escolarizadas e de menor poder aquisitivo.

## 5 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF, 2006.

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; CONDE, Wolney Lisboa. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.34, (6 Supl), p. 52-61, 2000.

SANTOS, Iná Santos; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas; MATIJASEVICH Alicia, et al. "Cohort Profile: The 2004 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study". **Int J Epidemiol**. P. 1-8, 2010 Aug 11.

United nations children's fund (UNICEF). Tracking progress on child and maternal nutrition. A survival and development priority. New York, 2009.

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.