

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

SEGURANÇA ALIMENTAR NOS CICLOS DA VIDA: UM ESTUDO COM A
POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROGRAMA MESA BRASIL EM ORGANIZAÇÕES
SOCIAIS, NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

Francine Coradini Binotto
Orientadora: Ilaine Schuch

Porto Alegre – RS
Junho 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

SEGURANÇA ALIMENTAR NOS CICLOS DA VIDA: UM ESTUDO COM A
POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROGRAMA MESA BRASIL EM ORGANIZAÇÕES
SOCIAIS, NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial
para obtenção do Certificado de
Especialização em Saúde Pública

Francine Coradini Binotto
Orientadora: Ilaine Schuch

Porto Alegre – RS
Julho 2010

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo incentivo e apoio.

À orientadora, Ilaine, por acreditar no trabalho desenvolvido, pela paciência, carinho, incentivo e apoio nesse trabalho.

Ao professor Roger, pela oportunidade de finalizar mais essa etapa de minha vida.

Ao meu noivo, que sempre esteve ao meu lado nas longas viagens para devidas orientações deste trabalho.

À secretária Raquel, pela amizade, educação, carinho e dedicação.

Às voluntárias do programa, que realizaram com muito empenho a coleta dos dados nas instituições sociais.

Às instituições sociais que sempre nos recebem de braços abertos.

Ao SESC/RS, que desenvolve, com muita seriedade, a oportunidade de trabalhar com o Programa Mesa Brasil, que posso classificar como MARAVILHOSO.

A todos que me incentivaram para a conclusão deste trabalho.

Muito Obrigado.

RESUMO

O Programa Mesa Brasil contribui para a segurança alimentar e nutricional dos indivíduos em situação de maior vulnerabilidade, por meio de doações de alimentos, da promoção de ações educativas e da responsabilidade compartilhada entre doadores, instituições sociais e voluntários em todos os estados do país. O objetivo do presente trabalho foi o de estudar o nível de segurança alimentar entre a população atendida pelo Programa Mesa Brasil em organizações sociais, no município de Santa Maria/RS. Levantamento foi descritivo, através de dados secundários oriundos da base de dados do acompanhamento nutricional de 2009 do Programa. A pesquisa avaliou o estado nutricional de 938 crianças (2 a 9 anos), 559 adolescentes (10 a 18 anos), 133 idosos (acima 60 anos), classificados segundo critérios da OMS e Nutrition Screening Initiative. De acordo com as evidências, no presente estudo, observou-se a prevalência de crianças com sobrepeso e obesidade e um índice de 5,4% das crianças com déficit de estatura sem diferenças em relação ao sexo. Nos adolescentes, observou-se obesidade (4,2%) evidenciados no sexo masculino. Quanto aos idosos, 66,2% da amostra apresentam risco nutricional. A partir disso, programas como o Mesa Brasil são importantes fontes de alimentos, educação e monitoramento do estado nutricional, à população institucionalizada, em diferentes ciclos da vida, auxiliando na promoção da segurança alimentar e nutricional. Entretanto, é necessário potencializar a interação entre programas, com áreas públicas da saúde e da educação, no sentido de interagir com o programa em atividades de promoção da saúde.

UNITERMOS: Segurança Alimentar, pré-escolares, escolares, idosos e programas de nutrição.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do Estado Nutricional para crianças de 0 a menos de 10 anos (OMS, 2006,2007).	40
Tabela 2 – Classificação do Estado Nutricional para adolescentes acima de 10 anos (OMS 2007).....	41
Tabela 3 – Classificação do Estado Nutricional para Idosos – Nutrition Screening Initiative 1994.	41
Tabela 4 - Perfil das instituições sociais e número de avaliados.	23
Tabela 5. Características demográficas de acordo com o ciclo de vida.	24
Tabela 6. Estado Nutricional de crianças de acordo com faixa etária, sexo e indicador de Peso para Altura - P/A – Período 2009.	26
Tabela 7. Estado Nutricional de crianças de acordo com faixa etária, sexo e indicador de Peso para Idade – P/I – Período 2009.	26
Tabela 8. Estado Nutricional de crianças de acordo com faixa etária, sexo e indicador de Altura para Idade - A/I – Período 2009.	27
Tabela 9. Estado Nutricional de Adolescentes de acordo com faixa etária, sexo e indicador IMC.	28
Tabela 10. Distribuição dos Idosos Institucionalizados segundo sexo e faixa etária.	29
Tabela 11. Distribuição percentual (%) dos idosos de acordo com o estado nutricional.	30
Tabela 12. Distribuição percentual (%) dos idosos institucionalizados de acordo com o estado nutricional e faixa etária.	30

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	7
1.1.JUSTIFICATIVA.....	10
1.2.OBJETIVOS.....	10
1.2.1. Objetivo Geral.....	10
1.2.2. Objetivos Específicos.....	10
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	11
2.1. Tipos de Estudos.....	11
2.2. Amostragem.....	11
2.3. Coleta de Dados.....	11
2.4. Processamento e Análise de Dados.....	12
3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	13
3.1. Revisão da Literatura.....	13
3.1.1. Segurança Alimentar.....	13
3.1.2. O Programa Mesa Brasil.....	15
3.1.3. Análise Antropométrica.....	16
3.1.4. Estado nutricional de crianças e adolescentes.....	17
3.1.5. Estado nutricional de idosos institucionalizados.....	20
3.2. Resultados e Discussões.....	22
3.2.1. Perfil das instituições sociais conforme ciclo de vida.....	22
3.2.2. Estado nutricional de crianças.....	25
3.2.3. Estado nutricional de adolescentes.....	27
3.2.4. Estado nutricional de idosos institucionalizados.....	29
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS.....	39

1.INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o Direito Humano à Alimentação (DHAA) começou a se desenhar a partir do entendimento do que seria a constituição dos direitos humanos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948 (VALENTE, 2002).

O direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas, carboidratos, lipídios, ou demais nutrientes específicos. É sim potencializar como seres humanos em dimensões orgânicas, intelectuais, psicológicas e espirituais (VALENTE, 2002).

A trajetória histórica das políticas de proteção social e combate à pobreza, no Brasil, conservou uma linha de desigualdades sociais. A mudança desse paradigma avança após a constituição de 1988, na qual se reconhece a existência da pobreza como um risco social (SOARES & SPATYRO, 2009).

A I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, no ano de 1994, culminou pelo amplo movimento da sociedade, articulada por Betinho, abrindo a discussão, na sociedade brasileira, ao problema da fome e da pobreza. Após esse período, inicia-se um processo de críticas aos programas existentes (LEÃO & CASTRO, 2008).

Em 2003, com a entrada de um novo governo, desenhou-se uma nova etapa na segurança alimentar e nutricional através do programa Fome Zero; com objetivo de atingir as metas da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), diminuir a fome em seu território, em 50% até 2015, o Governo Federal unifica vários programas em um. O Programa é uma estratégia para assegurar o direito humano à alimentação adequada, priorizando as pessoas com dificuldade de acesso aos alimentos. Esta iniciativa se insere na promoção da segurança alimentar e nutricional e contribui para a erradicação da extrema pobreza e a conquista da cidadania da população mais vulnerável à fome (Fome Zero, lições principais, 2006; SANTOS & SANTOS, 2007; ALENCAR, 2001).

Segundo Frei Beto (2004, p.),

O Fome Zero não é assistencialista, nem se resume a ações emergenciais. Trata-se de uma política de inserção social, para a qual, mais importante do que distribuir alimentos, é gerar renda, trabalho, resgatar a autoestima e a cidadania.

Segundo Galeazzi (1996, p.40), a obtenção e manutenção da Segurança Alimentar é um objetivo estratégico e supõe responsabilidade pública, envolvendo Estado e Sociedade. Exige a articulação convergente de múltiplas políticas e ações com participação e controle social.

Com objetivo de unificação de Programas, o Governo Federal, no ano de 2003, firma Protocolo de Parceria com o Programa Mesa Brasil SESC, que é um programa Nacional, desenvolvido em alguns Estados, gerenciado pelo Sistema Fecomércio. A partir disso, o SESC comprometeu-se em implantar o Programa em todos os Estados da Federação, até o final de 2003. Nesse ano, lançou-se o programa no município de Porto Alegre – RS, posteriormente, em outros municípios do interior do Estado.

O Mesa Brasil desenvolve a modalidade de Banco de Alimentos e/ou colheita urbana, observando critérios de segurança alimentar e nutricional, redistribuindo alimentos excedentes, ou sem valor comercial, para instituições sociais cadastradas e monitoradas pelo programa. Caracteriza por ser uma ação conjunta que integra o SESC, doadores, instituições sociais, voluntários com o objetivo de contribuir para a redução de carências alimentares e para o combate ao desperdício de alimentos (Mesa Brasil SESC, 2009).

Através do Mesa Brasil, são arrecadados alimentos, produtos de limpeza, higiene, roupas e bazar; além disso, são realizadas atividades de monitoramento higiênico sanitário, educação nutricional, cursos, palestras e oficinas, bem como acompanhamento do estado nutricional ao público atendido nas organizações sociais (Mesa Brasil SESC, 2009).

Na luta por diminuir a pobreza, lutar contra a desnutrição, reerguer, após as guerras, principalmente os países da Europa, o mundo se uniu para aumentar a produção de alimentos, programas de alimentação e educação nutricional. Tudo isso vem sendo tratado através de políticas sociais compensatórias, através do caráter assistencialista, principalmente de distribuição de alimentos (MONTEIRO, 2003). Obteve-se, assim, nas últimas décadas, 1990 e 2000, um declínio da desnutrição, na

população brasileira e um acentuado aumento no sobrepeso e obesidade, sendo um marco na transição nutricional do país (BATISTA & RISSIN, 2003). Já, em populações idosas, as características e transformações decorrentes da idade acarretam alterações fisiológicas, uso de medicamentos, falta de apetite, absorção de nutrientes, podendo aumentar o risco de desnutrição desse público (CAMPOS, 2000), principalmente em idosos institucionalizados (RAUEN, *et al*, 2008).

Dentro desse contexto, é importante verificar o nível de segurança alimentar entre a população atendida pelo programa Mesa Brasil em organizações sociais, no município de Santa Maria - RS.

1.1 JUSTIFICATIVA

Dados antropométricos têm se mostrado um importante indicador do estado nutricional, sendo um método não invasivo, de fácil execução e de custo relativamente baixo. Assim, esse trabalho visa a analisar o banco de dados antropométricos do Programa Mesa Brasil, servindo como indicador da segurança alimentar e nutricional do público atendido nas organizações sociais.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 GERAL

Descrever o nível de segurança alimentar da população atendida pelo programa Mesa Brasil em organizações sociais, no município de Santa Maria - RS.

1.2.2 ESPECÍFICOS

Determinar o estado nutricional em diferentes faixas etárias;

Relacionar o estado nutricional com os tipos de organizações;

Analisar a segurança alimentar e nutricional da população a partir dos dados antropométricos.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

O delineamento transversal deste estudo define-se como um levantamento descritivo. Para elaboração do presente estudo, utilizaram-se dados secundários oriundos da base de dados do acompanhamento nutricional do público atendido, em 2009, pelo Programa Mesa Brasil, em instituições sociais, no município de Santa Maria - RS.

2.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para definição do público, no presente estudo, utilizou-se o cadastro de instituições sociais do Programa Mesa Brasil SESC - Santa Maria, de onde foram selecionadas as creches, as escolas infantis, as instituições de reforço escolar e os asilos. Para esse estudo, decidiu-se selecionar apenas instituições sistemáticas de Santa Maria, excluindo cozinhas comunitárias, organizações que atendem adultos, portadores de deficiência, abrigos, casas de passagens e organizações atendidas nas cidades de abrangência do programa e instituições eventuais. Das 153 instituições cadastradas no programa, selecionaram-se 22 instituições. Através desse cadastro, obtiveram-se os dados antropométricos para 1497 crianças e adolescentes e 133 de idosos, referentes ao ano de 2009.

2.3 COLETA DE DADOS

Para organizar a logística da coleta de dados antropométricos, o SESC/RS adotou os seguintes procedimentos: as Instituições sociais enviaram ao Programa a listagem do público atendido, contendo turma, nome e data de nascimento. Posteriormente, foi realizado um contato para agendamento da coleta dos dados.

A coleta dos dados antropométricos e análise foram realizadas por voluntárias acadêmicas do curso de nutrição, tendo essa seleção, como pré-requisito, o critério de já terem cursado, ou de estar cursando a disciplina de Avaliação Nutricional. A equipe foi composta por seis acadêmicas de nutrição, divididas por turno: uma dupla realizou coleta dos dados antropométricos no turno da manhã, a segunda dupla, no

turno da tarde, a terceira dupla trabalhou na análise dos dados e emissão dos diagnósticos.

A avaliação antropométrica foi realizada, no período de execução, segundo procedimentos técnicos, recomendados pela Organização Mundial de Saúde (1995). O peso foi obtido utilizando balança digital (*Techline – Tec 130*). A altura foi aferida utilizando estadiômetro adulto (Metha) e fita métrica fixada em parede, para crianças. Idosos institucionalizados acamados e/ou cadeirantes não foram avaliados.

Originalmente, utilizou-se o banco de dados de 2009 do Programa Mesa Brasil SESC - Santa Maria para obtenção dos dados antropométricos e diagnóstico do público estudado.

2.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização e análise dos dados foram realizadas com auxílio do programa Epi-info 6.0. A Classificação do estado nutricional levou em consideração as seguintes variáveis: P/A (peso para altura), P/I (peso para idade) e A/I (altura para idade) para crianças com idade inferior a 10 anos; IMC (Índice de Massa Corporal) para crianças e adolescentes, acima de 10 anos, sendo esta variável realizada e classificada de acordo com os critérios da OMS (2006, 2007), conforme tabela 1 e 2, em anexo.

Já para a população de idosos, a classificação do estado nutricional foi definida pelo IMC [peso (kg) / estatura (m²)] e utilizou-se, como critério de classificação, os pontos de corte proposto pelo *Nutrition Screening Initiative (1994)* e recomendado pelo Ministério da Saúde (2004) que considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento (tabela 3, em anexo)

A definição de idoso, preconizada pela OMS, para países em desenvolvimento é de idade ≥ 60 anos (OMS, 1995).

A entrada dos dados foi realizada por dois digitadores, simultaneamente, em planilhas de Excel, versão 2003, a fim de que a consistência entre os dois bancos fosse estabelecida e qualquer discrepância de dados pudesse ser conferida nos formulários originais.

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 REVISÃO DA LITERATURA

3.1.1 Segurança Alimentar

A segurança alimentar, em tempos primórdios, significava sobrevivência da espécie. Durante toda evolução histórica da humanidade, essa segurança continuou sendo um ponto crítico que, ao longo da história, dos seus períodos, teve seu conceito e importância. (ALENCAR, 2001).

Em 1948, o direito humano à alimentação adequada foi previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Seu surgimento foi ao fim da Segunda Guerra Mundial, em virtude das atrocidades e da violação da dignidade humana geradas (VALENTE, 2005). Sobre essa Declaração, destaca-se o artigo descrito abaixo:

Artigo XXV – 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do controle (ONU, 1948).

O conceito de segurança alimentar foi adotado, em 1996, pela Cúpula Mundial da Alimentação, promovida pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO). Nesse conceito, há a prerrogativa de que “toda pessoa, em todo momento, tem acesso físico e econômico à alimentação suficiente, inócuos e nutritivos para satisfazer suas necessidades alimentares e preferências, a fim de levar uma vida saudável e ativa”. Posto isso, percebe-se o grau de envolvimento e defesa desse direito constitutivo do ser humano, que é o da alimentação.

Posteriormente, na Segunda Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em Olinda, em 2004, foi aprovado, no Brasil, o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN, 2004), que é:

A realização do direito de todos ao acesso regular e permanente à alimentos de qualidade, em quantidades suficientes, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo, como base, práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.

No Brasil, a Constituição Federal (CF, 1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (2003) reconhecem a obrigação do Estado em garantir o direito à alimentação. Em fevereiro de 2010, foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional 47/03, que inclui o direito à alimentação como um dos direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição. A inclusão atende a tratados internacionais aos quais o país aderiu, garantindo que as ações de combate à fome e à miséria se tornem políticas de Estado e não estejam sujeitas a mudanças administrativas. (Boletim Câmara, acesso em 4/02/2010).

Em 1996, em conferência da FAO, definiu-se o conceito de segurança alimentar, firmando-se ainda um compromisso, entre os países participantes, incluindo o Brasil, de reduzirem, em 50%, o número de pessoas com “fome” em seu território, até 2015 (SANTOS & SANTOS, 2007; ALENCAR, 2001). Nesse período, segundo Alencar (2001), o Brasil já apresentava programas com bons resultados, tanto no setor público, como na merenda escolar da Comunidade Solidária, Bolsa – Escola, e da Bolsa – Alimentação, quanto no âmbito privado, como o das ONGs e do sistema “S”.

Em janeiro de 2003, com objetivo de atingir as metas da FAO, o Governo Federal lança o Programa Fome Zero, unifica vários programas em um. O Programa é uma estratégia para assegurar o direito humano à alimentação adequada, priorizando as pessoas com dificuldade de acesso aos alimentos. Esta iniciativa se insere na promoção da segurança alimentar e nutricional e contribui para a erradicação da extrema pobreza e a conquista da cidadania da população mais vulnerável à fome (Fome Zero, lições principais, 2006).

O Fome Zero possibilita uma ação planejada e articulada entre todas as esferas do governo, juntamente com a sociedade civil (Fome Zero, 2009). Incluído nas estratégias de acesso à alimentação, encontra-se o Banco de Alimentos.

O sistema “S”, já citado anteriormente por Alencar em 2001, deu início a alguns programas de segurança alimentar, entre eles o Banco de Alimentos, Cozinha Brasil, da Federação da Indústria e o Programa Mesa Brasil SESC, da Federação do Comércio.

O desenvolvimento de vários programas e políticas permite identificar o traçado institucional de consolidação deste setor. Esta consolidação acarretou a incorporação gradual de temas que, de forma direta ou indireta, compõem o quadro da segurança alimentar e nutricional do nosso país, envolvendo vários setores da sociedade, como, por exemplo, a Federação do Comércio.

3.1.2 O Programa Mesa Brasil

Em fevereiro de 2003, o SESC Nacional assinou o Protocolo de Cooperação e parceria com o Governo Federal nos esforços de combate à fome, no país, assumindo o compromisso de implantar o MESA BRASIL em todos os pontos Regionais do SESC, até outubro daquele ano. Pelo Protocolo, o Governo incentivaria a participação de órgãos públicos, empresas, pessoas físicas nas ações do Programa (Mesa Brasil SESC, 2003). Historicamente, o Mesa Brasil foi baseado em programas desenvolvidos em Nova Iorque e, há mais de 14 anos, atua em alguns estados da federação. Em São Paulo, foi criado com o intuito de reduzir a fome e a desnutrição, através de alimentos excedentes, mas ainda próprios para consumo. É uma ação conjunta que integra o SESC, doadores, instituições sociais, voluntários com o objetivo de contribuir para a redução de carências alimentares e para o combate ao desperdício de alimentos. Desenvolve um programa de Banco de Alimentos e/ou colheita urbana, observando critérios de segurança alimentar e nutricional, distribuindo, para instituições sociais cadastradas, alimentos doados por empresas e organizações. Coleta doações em indústrias, supermercados, distribuidoras, produtores e as distribui para instituições sociais, conforme rota estabelecida, diariamente, em veículos apropriados e próprios do programa. A quantidade de alimentos doados para as instituições sociais é distribuída conforme o tipo de produto, validade e a capacidade de consumo. (Mesa Brasil SESC, 2009).

O diferencial é que o programa não se restringe apenas a distribuir alimentos, mas proporciona também às instituições, parceiros e doadores, ações educativas na área social, nutricional e de saúde, através de treinamentos, palestras, cursos visando à inclusão e desenvolvimento social.

No final de 2003, o Rio Grande do Sul lança o Mesa Brasil no estado. Em 2006, interioriza o Programa para as Cidades de Rio Grande, Santa Maria e Cachoeira do Sul, Caxias do Sul, em 2008, e Vale do Taquari no ano seguinte. Atualmente, Santa Maria atende 39 instituições sociais sistemáticas, 109 eventuais, 47 empresas parceiras e doadoras, totalizando mais de 660 toneladas de alimentos distribuídos de setembro de 2006 a dezembro de 2009 (Relatório de prestação de contas, 2009).

O Programa Mesa Brasil SESC possui os seguintes valores:

Missão: "Contribuir para segurança alimentar e nutricional dos indivíduos em situação de maior vulnerabilidade, por meio da doação de alimentos, da promoção de ações educativas e da responsabilidade compartilhada entre doadores, entidades sociais e voluntários, em todos os estados do país, onde o SESC atua".

Visão: "Ser referência como uma rede de solidariedade que desenvolve um Programa de Segurança Alimentar e Nutricional"

3.1.3 Análise Antropométrica

A antropometria é utilizada para avaliar a saúde e o risco nutricional, através da relação entre nutrição e dimensões corporais, durante o processo de crescimento e desenvolvimento da vida intrauterina, até a idade adulta. Em estudos epidemiológicos, o peso e estatura são as variáveis mais utilizadas na avaliação do estado nutricional, dada sua facilidade de aferição e baixo custo. De acordo com a faixa etária, sexo, é possível analisar o perfil de desenvolvimento nutricional do público estudado. O estado nutricional reflete o equilíbrio entre o consumo de alimentos, fatores genéticos e condições socioeconômicas, em que estão inseridos, o que repercute diretamente em sua composição corporal. O peso expressa o volume corporal, a dimensão da massa orgânica e inorgânica das células, dos tecidos de sustentação, músculos, ossos, gordura, órgãos e água (VITOLLO, 2008).

3.1.4 Estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil

Estado Nutricional de crianças

O panorama nutricional, no Brasil, vem sofrendo grandes transformações: o déficit estrutural de crianças, abaixo de cinco anos, diminuiu 75% entre 1974 e 2003 (CONDE E GIGANTE, 2007). Paralelamente a isso, inicia-se uma elevação acentuada de sobrepeso/obesidade, que é uma característica de excessos alimentares, e anemia que é uma carência nutricional. Já as demais doenças e carências presentes, no passado, estão em situação de controle epidemiológico, muito provável pela obrigatoriedade de sua suplementação em alimentos popularmente consumidos, como o sal contendo iodo (BATISTA, 2008).

As causas do declínio acelerado da desnutrição infantil, no Brasil, assim como no Nordeste do Brasil (1986 – 1996 – 2006), ocorreram pelos mesmos motivos. Foram analisadas em um estudo que teve por objetivo descrever essa variação. Observou-se que a desnutrição foi reduzida em um terço de 1986 a 1996, diminuindo de 33,9% para 22,2%, e em três quartos de 1996 a 2006, de 22,2% para 5,9%. Essa redução conclui que o declínio da desnutrição, no primeiro período, foi acelerado por melhorias em escolaridade materna, saneamento, assistência à saúde; já, no segundo, foram decisivos o melhor poder aquisitivo familiar e, novamente, a melhoria na escolaridade materna (MONTEIRO, 2010).

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2004, estimou-se que 30% dos domicílios particulares da zona urbana do Brasil viviam em situação de insegurança alimentar, enquanto que, no Estado do Rio Grande do Sul, a prevalência foi de 25% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2006). Em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da Mulher (PNDS, 2006) confirmou uma média de 32% de famílias em insegurança alimentar no Brasil, e 25% para o Rio Grande do Sul.

Realizada, em 2002, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) avaliou um déficit em estatura para crianças e adolescentes na região sul, inferior a 5% de déficit de peso nas crianças. Pode-se concluir que enquanto o déficit nutricional vem diminuindo, as prevalências de excesso de peso e obesidade aumentaram (IBGE,

2004). O POF utilizou os seguintes critérios: o diagnóstico de déficits de peso-para-idade, de altura-para-idade, e o de peso-para-altura é feito a partir de índices antropométricos inferiores a menos 2 escores z, recomendados pela Organização Mundial de Saúde, e adotados pelo Ministério da Saúde (OMS, 1995).

Estatura para Idade (E/I)

Déficits de altura-para-idade revelam retardo do crescimento linear da criança e indicam, portanto, desnutrição de longa duração, seja decorrente de deficiência de energia, seja decorrente de deficiência de macro ou micronutrientes.

A avaliação constante do crescimento indica uma condição, na qual houve diminuição ou parada do ganho de estatura, podendo estar associada à infecção subclínica, intolerância alimentar, absorção deficitária e agravos psicológicos. Deve-se levar em consideração o fator genético de cada indivíduo, ritmo e cronologia do processo, o que pode ser modificado por vários fatores, entre eles, orgânicos, ambientais, psicológicos e sociais, podendo ser prejudiciais quando comprometem o crescimento (LOPES, 2001). O déficit estrutural separa a má nutrição precoce de um posterior excesso de peso. Algumas pesquisas associam a maior prevalência de déficit estrutural em faixas socioeconômicas mais baixas, e com baixo peso ao nascer (GUIMARÃES, 1999; DRACHLER, 2003).

Peso para Idade (P/I)

Este reflete o peso em relação à idade cronológica da criança. Déficits de peso-para-idade revelam retardo do crescimento linear e/ou acúmulo insuficiente de massa corporal ou catabolismo dos tecidos, representando, portanto, uma medida sintética de várias formas de desnutrição.

Peso para Estatura (P/E)

Esse índice reflete a harmonia do crescimento e não requer o uso da idade. Déficits de peso-para-altura revelam acúmulo insuficiente de massa corporal ou, mais frequentemente, catabolismo de tecidos corporais, indicando, nesta situação, a deficiência de energia.

A utilização única de déficits peso-para-idade, para avaliar o estado nutricional infantil, procedimento que foi adotado para avaliar o estado nutricional das crianças com até 9 anos de idade, tem como principal limitação o fato de não permitir a detecção de formas de desnutrição caracterizadas por retardo do crescimento linear (déficits de altura-para-idade) “compensado” por aumento da massa corporal (excesso de peso-para-altura), limitação esta que aumenta com a idade da criança e que é particularmente importante para crianças a partir de 5 anos de idade (IBGE, 2006).

Estado Nutricional de Adolescentes

Conforme a Organização Mundial de Saúde, a idade de 10 a 19 anos é caracterizada como adolescência (WHO, 1995). O crescimento é rápido e está relacionado ao aumento da massa corporal e desenvolvimento físico e maturação dos órgãos (BIACULLI, 1995). As transformações biológicas são determinadas por estímulos hormonais, sendo o início desse processo influenciado por fatores ambientais, nutricionais e sociais. A partir dessas ações hormonais, as transformações, diferenças físicas, que ocorrem na adolescência, entre meninos e meninas, as quais são observadas, durante o estirão de crescimento, ficam mais evidentes (MALINA & BOUCHARD, 1991). Adolescentes da mesma idade e do mesmo sexo podem se encontrar em estágios distintos de maturação sexual. Nesse estágio, a idade cronológica torna-se uma variável pouco adequada para caracterizar o crescimento, necessitando associar indicadores de período de maturidade sexual às variáveis de peso, estatura, idade e sexo para classificar o estado nutricional (VITOLLO, 2008).

Segundo Himes¹ (apud VITOLLO, 2008, p. 274), O IMC, índice de massa corporal ($\text{peso}/\text{altura}^2$), é mais adequado do que peso/altura e peso/idade, pois reflete as mudanças da forma corporal. O IMC associa sua correlação com o peso e gordura corporal e sua baixa correlação com a altura.

A obesidade é definida como “doença na qual o excesso de gordura corporal se acumulou a tal ponto que a saúde pode ser afetada”. Esse excesso aumenta o risco de diabetes melitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares (OMS, 1998).

1. HIMES, H.J.; BOUCHARD, C. Validity of anthropometry in classifying youths as obese. *Int J Obes*, v.13, p.183 – 193, 1989.

3.1.5 Estado nutricional de idosos institucionalizados

A população idosa vem crescendo mundialmente nas últimas décadas (CARVALHO, 2003). Estima-se que, em 2025, o Brasil se tornará a sexta maior população nessa faixa etária, com 31,8 milhões de idosos (WHO, 1998). No país, esse processo é atribuído ao declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade, gerando uma estimativa de 14,2% de idosos em 2050 (ABRANTES, 2006). Segundo RAUEN (2008), os principais problemas nutricionais encontrados nesse público, devido a múltiplos fatores, é o baixo peso, o que evidencia a importância de casas assistenciais no cuidado de idosos.

Segundo MARUCCI (2005), com o processo de envelhecimento, evidenciam-se as mudanças corporais, as quais são observadas principalmente na estatura, peso e composição corporal. Ocorre diminuição da estatura por causa da compressão vertebral, do estreitamento dos discos e da cifose (FIATORONE, 1998). Observa-se um ganho do peso corporal em torno dos 45 a 50 anos, uma estabilidade aos 70, e uma diminuição até os 80 (MATSUDO, 2002). Ganho de peso está relacionado ao aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, como cardiovasculares e diabetes, problemas de osteoartrite do joelho, apneia do sono, hipertensão, intolerância à glicose, acidente vascular cerebral, baixa autoestima, intolerância ao exercício, alteração da mobilidade e aumento da dependência funcional. Paralelo a isso, baixo peso tem relação com aumento da mortalidade por câncer, doenças respiratórias e infecciosas, problemas associados com depressão, úlceras, fraturas do quadril, disfunção imune, aumento da suscetibilidade de doenças infecciosas, prolongado período de recuperação de doenças e hospitalizações, aumento de doenças crônicas e deficiência da capacidade funcional (FIATORONE, 1998).

A perda de peso é devida a múltiplos fatores, sendo eles: as mudanças nos neurotransmissores, fatores hormonais que controlam a fome e a saciedade, a dependência funcional nas atividades da vida diária relacionadas com a nutrição, o uso excessivo de medicamentos, a depressão, o isolamento, as alterações da

dentição, o sedentarismo, a atrofia muscular e o catabolismo associado a doenças agudas e crônicas (MATSUDO, 2002),

Realizada em 2002 – 2003, a POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) diagnosticou a prevalência de obesidade. Seguindo critérios de classificação da OMS ($IMC \geq 30\text{Kg/m}^2$), atingiu 17,1% entre 55 a 64 anos, 14% entre 65 a 74 anos e 10,5% nos idosos com mais de 75 anos (IBGE, 2004). Os critérios de classificação da OMS, que são utilizados em algumas pesquisas, como a POF acima descrita, são criticados por muitos estudiosos por não levar em consideração a composição corporal, associada ao processo de envelhecimento. Já o critério de classificação, proposto por Llipschitz et al, que considera a diferença entre os sexos e o Nutrition Screening Initiative (NSI), é o mais aceito. Mas ainda não há consenso sobre o valor ou ponto de corte para avaliar a adequação do IMC, como marcador de adiposidade em idosos (BARBOSA,2009).

3.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.2.1 Perfil das instituições sociais conforme ciclo de vida

Foram empregados dados de 22 instituições sociais e 1630 avaliações nutricionais analisadas. Observa-se, na Tabela 4, o perfil das instituições sociais atendidas pelo Programa Mesa Brasil, conforme característica, e número de pessoas avaliadas.

Foram analisadas 3 casas-lares de amparo ao idoso, sendo os mesmos residentes nessas instituições. Essas instituições possuem particularidades quanto ao público atendido: a instituição “A”, somente público feminino; instituição “B”, restrita ao público masculino e instituição “C”, ambos os sexos.

Crianças e adolescentes, em situação de vulnerabilidade social, foram estudados em um grupo de 19 instituições. O atendimento desse público realiza-se por meio de creches, escolas e projetos. Atividades socioeducativas são desenvolvidas através dos programas Apoio Socioeducativo em Meio Aberto (ASEMA) e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). De acordo com Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, Art.23,

Entendem-se, por serviços assistenciais, as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta lei. Parágrafo único. Na organização dos serviços, será dada prioridade à infância e à adolescência em situação de risco pessoal e social.

Wieczynsk (2005) expõe que:

Aliando aos novos processos produtivos e aos primeiros ensaios de um Estado Mínimo, no que tange ao desenvolvimento de políticas sociais, no final dos anos de 1970, com a pobreza acentuada e as altas taxas de polarização sociais, entre tantas outras expressões da questão social, a sociedade civil organizada ganhou espaço na prestação de serviços sociais. Nascia, nesse instante, o embrião do Terceiro Setor, que progressivamente assumia mais responsabilidade na área social.

Tabela 4. Perfil das instituições sociais e número de avaliados.

Característica	Código. Instituição	n	Público Atendido
Casa de amparo ao Idoso	A	82	Feminino
	B	19	Masculino
	C	32	Fem/Masc
Creche, Escola Infantil, ASEMA e PETI	D	16	Fem/Masc
	E	69	Fem/Masc
	F	28	Fem/Masc
	G	51	Fem/Masc
	H	100	Fem/Masc
	I	15	Fem/Masc
	J	51	Fem/Masc
	K	20	Fem/Masc
	L	100	Fem/Masc
Escola, ASEMA e PETI	M	29	Fem/Masc
	N	100	Fem/Masc
	O	605	Fem/Masc
	P	88	Fem/Masc
	Q	6	Fem/Masc
	R	51	Fem/Masc
	S	43	Fem/Masc
	T	42	Fem/Masc
	U	68	Fem/Masc
V	15	Fem/Masc	
Total	22	1630	

Na Tabela 5, observam-se as características do público analisado, conforme o ciclo de vida, sexo e idade.

Foram avaliadas 938 crianças, sendo a amostra igualmente distribuída por sexo, nas crianças com idade entre 2 e 9 anos.

Adolescentes do sexo masculino, com idade entre 10 e 18 anos, representaram 51,2% da população. Já, na população de idosos, o número de mulheres foi maior, representando 74,4%.

Tabela 5. Características da população de acordo com o ciclo de vida

Ciclo da vida	n	%
Crianças		
sexo		
M	469	50,0
F	469	50,0
Idade		
2 7	516	55,0
7 10	422	45,0
Adolescentes		
sexo		
M	286	51,2
F	273	48,8
Idade		
10 12	289	51,7
12 19	270	48,3
Idosos		
sexo		
M	34	25,6
F	99	74,4
Idade		
60 65	23	17,3
65 70	32	24,1
70 75	22	16,5
75 e mais	56	42,1

3.2.2 Estado nutricional de crianças

Analisando o indicador P/A (tabela 6), foi possível identificar, neste estudo, pouca prevalência de desnutrição (1,3%), pois a maioria das crianças são eutróficas (88,2%), com uma prevalência de sobrepeso (7,5%) e obesidade (3,0%). Segundo o indicador Peso para Idade (P/I) (tabela 7), observam-se os seguintes resultados: a maior parte das crianças eutróficas (90%) apresentam uma prevalência de 3% de desnutrição e 7% de obesidade. Os indicadores P/A e P/I apresentam maior prevalência de sobrepeso e obesidade entre o sexo masculino, quando comparados aos desnutridos, sobrepesos e obesos em relação aos eutróficos. A prevalência com que a obesidade foi encontrada, neste estudo, foi semelhante às encontradas por outros autores. Em Brasília e São Paulo, apontaram, respectivamente, 6,1% e 6,6%, de excesso de peso entre escolares (SALDIVA, 2004; DA COSTA, 2005).

Em crianças entre 2 e 6 anos, foi possível identificar uma prevalência do indicador P/A de 1,5% de desnutrição, 87,6% eutróficos, 8,8% sobrepeso e 2,1% obesos. Observou-se uma prevalência maior entre meninos obesos tanto no indicador P/A, como P/I, respectivamente, 2,9% e 10,6%. Em outro estudo (PNDS, 2008), com crianças menores de cinco anos, obteve-se um resultado semelhante, excesso de peso com relação à altura em 7% da população, sendo 9% na região sul.

Na faixa etária entre 7 e 9 anos, observou-se uma prevalência de 89,9% eutróficos, 0,7% desnutridos, 3,4% sobrepeso e 6% de obesos, sendo maior prevalência de sobrepeso entre o sexo masculino (6,7%) e obesidade entre sexo feminino (10,1%). Farias (2008), em estudo realizado em Porto Velho, Rondônia, com 1057 escolares, com baixo nível socioeconômico, entre 7 e 10 anos, apresentou os seguintes resultados em relação ao P/A: 86% eutróficos, 4% desnutridos, 7% sobrepeso e 3% obesos. Os estudos de Sotelo (2004), com 2519 crianças de 6 a 9 anos, observaram, no sexo masculino, 11,9% de sobrepeso e 11,7% de obesidade no feminino. A diferença nos valores de P/A e P/I, nas diversas faixas etárias, em relação ao sexo, pode-se atribuir ao desenvolvimento puberal que inicialmente atinge as meninas (VITOLLO, 2008).

Tavares (2007) realizou um estudo com 1922 escolares de 5 a 9 anos, no qual detectou um aumento, nas taxas de obesidade, com uma prevalência de 13% segundo ambos os gêneros. Em Salvador, a prevalência para obesidade, na mesma faixa etária, em escolares, foi de 8%. Muitos estudos demonstram que o sobrepeso e a obesidade comprometem a saúde desde a infância, estendendo-se pela adolescência e vida adulta (SOUZA LEÃO, 2003).

Tabela 6. Estado Nutricional de crianças de acordo com faixa etária, sexo e indicador de Peso para Altura – P/A

Faixa etária	Desnutrição		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade	
	M	F	M	F	M	F	M	F
	n	n	n	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
2 7	3 (1,2)	4 (1,7)	212 (87,6)	207 (87,7)	20 (8,3)	22 (9,3)	7 (2,9)	3 (1,3)
7 10	1 (1,7)	0	55 (91,6)	79 (88,8)	4 (6,7)	1 (1,1)	0	9 (10,1)
Total	4 (1,3)	4 (1,2)	267 (88,4)	286 (88)	24 (8)	23 (7,1)	7 (2,3)	12 (3,7)

Tabela 7. Estado Nutricional de crianças de acordo com faixa etária, sexo e indicador de Peso para Idade – P/I

Faixa etária	Desnutrição		Eutrofia		Obesidade	
	M	F	M	F	M	F
	n	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
2 7	7 (2,7)	5 (2)	228 (86,7)	227 (89,7)	28 (10,6)	21 (8,3)
7 10	7 (3,4)	9 (4,2)	192 (93,2)	198 (91,6)	7 (3,4)	9 (4,2)
Total	14 (3)	14 (3)	420 (89,5)	425 (90,6)	35 (7,5)	30 (6,4)

Entre as crianças avaliadas, 5,4% foram classificadas com baixa estatura para a idade que tinham, sendo a prevalência maior entre a faixa etária de 7 a 9 anos (6,2%), comparado com crianças de 2 a 6 anos (4,8%). Conforme o déficit de

altura, observa-se, na tabela 8, que não apresentam diferenças significativas entre os sexos.

Os resultados encontrados neste estudo, para o déficit de estatura, aproximam-se aos encontrados por outros autores. Em pesquisa realizada, em municípios de São Paulo (SP), com crianças entre 0 e 5 anos, a prevalência de déficit de estatura foi de 5,2%. Em creches de Brasília (DF), a prevalência de déficit de estatura foi de 4,8% (SALDIVA, 2004; DA COSTA, 2005).

Outros trabalhos mostram resultados superiores aos encontrados neste estudo. Em pesquisa realizada em Pelotas (RS), o déficit de estatura para idade apontou 25,9% entre crianças de 6 a 59 meses (VICTORA, 1998). A prevalência nacional de déficit de crescimento foi de 7% em 2006, com uma prevalência de 8% na região sul (PNDS, 2008).

Segundo Torres (2007), a prevalência do déficit de estatura, em crianças, correlaciona-se com grupos populacionais, com baixas condições socioeconômicas. Esse déficit nutricional “parece estar relacionado ao futuro risco de obesidade nestas crianças, devido a uma série de mudanças a longo prazo, como menor gasto energético, maior susceptibilidade aos efeitos de dietas com alto teor de gorduras”.

Tabela 8. Estado Nutricional de crianças de acordo com faixa etária, sexo e indicador de Altura para Idade - A/I

Faixa etária	Desnutrição		Eutrofia	
	M	F	M	F
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2 7	12 (4,6)	13 (5,1)	251 (95,4)	240 (94,9)
7 10	14 (6,8)	12 (5,6)	192 (93,2)	204 (94,4)
Total	26 (5,5)	25 (5,3)	443 (94,5)	446 (94,7)

3.2.3 Estado Nutricional de adolescentes

Conforme Tabela 9, foram analisados 559 adolescentes (10 a 18 anos), sendo 51,2% do sexo masculino e 48,8% feminino. Entre os adolescentes

estudados, observou-se um percentual mais elevado de meninas eutróficas (76,3%) na faixa etária dos 10 aos 11 anos, comparado ao masculino (74,5%), aumentando esse índice para 82,6% na faixa etária dos 12 aos 18 anos, enquanto o sexo masculino se elevou para 75,8%. O resultado vai ao encontro da distinção das mudanças fisiológicas entre os sexos no período da adolescência, na qual o estirão atinge o máximo de mineralização óssea, sendo que, nas meninas, esse período é mais precoce, ocorrendo entre 10 e 11 anos (VITOLLO, 2008).

A frequência de adolescentes magros, na população estudada, foi de 2,3%, sem diferenças entre os sexos. Observou-se um índice de 3,3% em meninas, comparado a 2,2% de meninos com baixo peso, entre 10 e 11 anos. Após essa faixa etária, os meninos apresentam maior índice de desnutrição na adolescência. Esse é um resultado abaixo do encontrado na Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2006), na qual os meninos (4,6%) apresentaram déficit de IMC superior às meninas (3,7% - 2,8%).

A frequência de adolescentes, com excesso de peso, foi de 17,3% encontrados nesse estudo. Em comparação ao índice nacional, o dado foi superior ao encontrado na Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE, que foi de 16,7% em 2002- 2003, sendo o problema mais frequente em meninos (17,8%) do que em meninas (16,8%). Um resultado inferior encontrado, na região sul, apontou 22,6% de excesso de peso em meninos (IBGE, 2006).

Tabela 9. Estado Nutricional de Adolescentes de acordo com faixa etária, sexo e indicador IMC

Faixa Etária	Desnutrição		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade	
	M	F	M	F	M	F	M	F
	n	n	n	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
10 12	3 (2,2)	5 (3,3)	102 (74,5)	116 (76,3)	25 (18,2)	25 (16,4)	7 (5,1)	6 (4)
12 19	5 (3,4)	0 (0)	113 (75,8)	100 (82,6)	26 (17,4)	21 (17,4)	5 (3,4)	0 (0)
Total	8 (2,8)	5 (1,8)	215 (75,2)	216 (79,1)	51 (17,8)	46 (16,8)	12 (4,2)	6 (2,3)

A obesidade apresentou-se em 3,2% dos adolescentes estudados, acima do resultado nacional (2%), sendo 4,2% meninos obesos e 2,3% meninas obesas. Em relação à média nacional, meninos foram 1,8% e meninas obesas, 2,9%.

O estudo aponta uma evidente redução da desnutrição e um aumento excessivo de peso e da obesidade, sensivelmente no sexo masculino. O estudo demonstra uma trajetória de indicadores, linear aos resultados do país. Esse fato vem sendo observado entre os escolares e requer atenção especial principalmente à alimentação.

3.2.4 Estado nutricional de idosos institucionalizados

Foram avaliados 133 idosos, todos pertencentes a instituições assistenciais filantrópicas. A idade média dos idosos foi de 73,1 anos. Em relação ao sexo, 99 eram mulheres e 34 homens. Segundo o grupo etário, observou-se uma predominância (42%) de 75 anos ou mais (tabela 10). A proporção de mulheres institucionalizadas foi maior que a de homens, assim como em outros estudos brasileiros (LOBO, 2008; CABREIRA E JACOB, 2001).

Tabela 10. Distribuição dos Idosos Institucionalizados segundo sexo e faixa etária

Faixa etária (anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
60 65	7	20,6	16	16,2	23	17,3
65 70	10	29,4	22	22,2	32	24,1
70 75	2	5,9	20	20,2	22	16,5
75 e mais	15	44,1	41	41,4	56	42,1
Total	34	100	99	100	133	100

Na avaliação do estado nutricional pelo IMC, observou-se, nos idosos avaliados, uma grande diferença entre os sexos, já que, entre as mulheres, 44,4%

apresentaram baixo peso, 29% sobrepeso. Quando comparadas aos homens, os quais apresentaram 23,5% de baixo peso, 20,6% das mulheres apresentaram sobrepeso. Quando se trata de peso normal, a diferença é maior com os homens, apresentando um índice de 55,9% e 26,3% das mulheres (tabela 11).

A prevalência de obesidade foi maior para o sexo feminino; este dado está de acordo com resultados obtidos em outros estudos com população semelhante (LOBO, 2008; CABREIRA & JACOB, 2001).

Tabela 11. Distribuição percentual (%) dos idosos de acordo com o estado nutricional

Sexo	n	Estado nutricional (%)		
		Baixo peso	Eutrófico	Sobrepeso
Masculino	34	23,5	55,9	20,6
Feminino	99	44,4	26,3	29,3
Total	133	39,1	33,8	27,1

Com relação ao estado nutricional, segundo faixa etária, observou-se uma redução do IMC no decorrer da idade, em ambos os sexos. Constatou-se baixo peso em 48,2% dos idosos acima de 75 anos, o que é diretamente proporcional ao aumento da idade (tabela 12). Confirmado por Menezes & Marucci² (apud VITOLO, 2008, p. 441), o IMC se reduz depois dos 70 aos 75 anos em ambos os sexos.

Tabela 12. Distribuição percentual (%) dos idosos institucionalizados de acordo com o estado nutricional e faixa etária.

Faixa etária (anos)	n	Estado nutricional (%)		
		Baixo peso	Eutrófico	Sobrepeso
60 65	23	21,7	43,5	34,8
65 70	32	37,5	28,1	34,4
70 75	22	36,4	27,3	36,3
75 e mais	56	48,2	35,7	16,1
Total	133	39,1	33,8	27,1

Alterações fisiológicas do envelhecimento estão diretamente ligadas ao processo de redução da capacidade funcional, paladar, alterações de processos metabólicos do organismo, os quais modificam a composição corporal. A desnutrição pode ser influenciada também pelo uso de medicamentos que interferem na absorção de nutrientes, até diminuição de apetite (DE SOUZA, 1994). Em função disso, ocorre diminuição da massa muscular e aumento da gordura abdominal, acumulando na região abdominal. A Organização Mundial de saúde (OMS, 1995) refere que, em pessoas acima de 80 anos, a magreza ou perda de massa muscular podem ser mais graves que o sobrepeso, levando a pessoa a óbito principalmente por tuberculose pulmonar, câncer de pulmão e de estômago. Alguns estudos demonstram maior consumo de gordura, menos fibras, carências de vitaminas e minerais importantes, como zinco, magnésio e vitamina A e D, em idosos institucionalizados (LOBO, 2008).

O sobrepeso é evidenciado em ambos os sexos no final da fase adulta. As mulheres entram na menopausa, ambos os sexos aumentam de peso e adquirem maior quantidade de tecido adiposo, principalmente, abdominal. Há também diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal e alterações da elasticidade da pele (OMS, 1995). A obesidade leva a distúrbios das condições de saúde do organismo. Dados apontam uma correlação, no sexo masculino, entre o excesso de gordura corpórea e alterações metabólicas potencializadoras da mortalidade atribuídas à obesidade. As causas de mortes associadas a IMC alto são doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e diabetes (CABRERA & JACOB, 2001).

Em um estudo realizado na cidade de Florianópolis (SC), composto por 167 idosos, de ambos os sexos, residentes em instituições geriátricas, encontrou-se uma prevalência de 45,5% de baixo peso, 33,5% de peso normal, 7,8% de sobrepeso e 13,2% de obesidade. Para todas as variáveis antropométricas, o valor médio das mulheres foi superior ao dos homens. Disso, conclui-se que 66,5% da amostra encontram-se com estado nutricional inadequado, evidenciando a necessidade de medidas de promoção ou reabilitação da saúde dos idosos (LOBO, 2008). Resultados semelhantes foram encontrados nesse estudo, no qual 66,2% da amostra apresentam estado nutricional inadequado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quantificar, em números, os indivíduos, existentes em um determinado estrato populacional, como: desnutridos, eutróficos, sobrepeso ou obesos, é um procedimento complexo, que não visa tanto o diagnóstico, mas sim a identificar os grupos de risco. Nesse sentido, a vigilância nutricional serve como um instrumento de avaliação de medidas de intervenção, como no caso do Programa Mesa Brasil.

Os resultados do estudo revelam que há uma importante parcela da população atendida em situação de insegurança alimentar, avaliada exclusivamente a partir de variáveis antropométricas. O sobrepeso é o problema mais prevalente entre crianças e adolescentes, indicando necessidade de trabalhar aspectos qualitativos da alimentação.

O excesso de peso entre crianças e adolescentes está alcançando classes econômicas baixas, nas quais, anteriormente, predominava a desnutrição. A prevenção e o interesse, na obesidade infantil, são evidentes pela prevalência na vida adulta, o que é um fator de risco para o surgimento de doenças crônico-degenerativas em adolescentes, antes doenças relacionadas à idade adulta. É necessário, então, políticas públicas relacionadas principalmente à educação nutricional, visando a melhor aceitação e aumento do consumo de frutas, verduras e legumes. Educação alimentar continuada, que estimule bons hábitos e uma vida saudável, deve estar articulada entre os setores de atenção básica em saúde, escolas, instituições sociais; a partir disso, pode servir para controlar e quantificar o perfil nutricional da população.

Já, entre os idosos, tanto o excesso de peso, como a desnutrição aparecem de forma relevante, demonstrando a necessidade de investir em cuidados mais diretos, monitoramento do estado nutricional, direcionando intervenções cada vez mais adequadas. Além disso, esses cuidados podem orientar na prevenção e controle da desnutrição e obesidade, voltados à saúde e melhor qualidade de vida.

Posto isso, fica evidente que a avaliação nutricional do idoso é importante para melhorar a qualidade de vida, que não está relacionada apenas ao dietético, mas também com o ambiente e socialização das instituições de amparo. Entende-se que não é apenas a escolha do alimento ou as mudanças fisiológicas que irão interferir no estado nutricional do idoso. O isolamento social pode afetar sua saúde.

Programas como o Mesa Brasil são importantes fontes de alimentos, educação e monitoramento do estado nutricional da população institucionalizada, em diferentes ciclos da vida, auxiliando na promoção da segurança alimentar e nutricional.

Entretanto, é necessário potencializar a interação entre programas como o Mesa Brasil, com áreas públicas da saúde e da educação, no sentido de interagir com o programa, em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, que levam a sérias repercussões, a curto e longo prazo.

O acesso ao alimento deve ser acompanhado de um processo educativo visando à adequação do consumo às necessidades nutricionais e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, A.G. **Do conceito estratégico de segurança alimentar ao plano de ação da FAO para combater a fome.** Revista Brasileira de Política Internacional. Brasília, v. 44, sup. 1, p. 137 – 144, 2001.

BATISTA, FILHO. *et al.* **Anemia e Obesidade:** um paradoxo na transição nutricional brasileira. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.24, sup. 2, 2008.

BETTO, FREI. **A fome como questão política.** Fome Zero. Textos fundamentais. Garamond. Rio de Janeiro, 2004.

BIANCULLI, C.H. **Crescimento físico y endocrinologia em La pubertad.** In: Organización Panamericana de La Salud. La salud Del adolescente y Del joven. Washington, p.87 – 94, 1995.

BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) **Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.** [online] Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.mj.gov.br/sedh/dca/eca.htm>, acessado em 01 de dezembro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** [online] Disponível na internet via WWW. URL: <http://portal.saude.gov.br>, acessado em 01 de dezembro de 2009.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde.** [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds>, acessado em 05 de abril de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde para o sistema de vigilância alimentar e nutricional.** Versão preliminar. Brasília, 2004.

BRASIL, **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Fome Zero. [online] Disponível na internet via WWW. URL: <http://fomezero.gov.br>, acessado em 25 de novembro de 2009.

CAMPOS, M.T.S; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição no idoso**. Revista Nutrição, 2000.

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Caderno Saúde Pública, 2003.

CABREIRA, M.A.S.; JACOB,W. **Obesidade em Idosos: Prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades**. Arquivo Brasileiro Endocrinol Metab, v.45, n.5, 2001.

CONDE, W. L.; GIGANTE, D. P. **Epidemiologia da Desnutrição Infantil**. Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. 579 p.

DE SOUZA, A.L. *et al.* **Padrão Alimentar de Idosos de Diferentes Estratos Socioeconômicos Residentes em Localidade Urbana da Região Sudeste, Brasil**. Revista de Saúde Pública, v.28. p.187 – 188,1994.

DA COSTA, T.H.M; SCHIMITZ, B.A.S. **Avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, DF**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. v.5. 2005. 420 p.

BOLETIN ELETÔNICO. **Emenda Constitucional 47/03**. [online] Disponível na Internet viaWWW. URL: <http://www.camara.gov.br>, acessado em 4 de fevereiro de 2010.

DRACHLER, M.L. *et al.* **Fatores de risco para sobrepeso em crianças no Sul do Brasil**. Caderno de Saúde Pública, v.19,n.4, 2003, 1073 p.

GALEAZZI, M. A; **A Segurança Alimentar e os Problemas Estruturais de Acesso.** Segurança Alimentar e Cidadania. A Contribuição das Universidades Paulistas. Mercado. 1996. 133 p.

GUIMARÃES, L.V.; LATORRE, M.R.D.O.; BARROS, M.B.A. **Fatores de risco para ocorrência de déficit estrutural em pré-escolares.** Caderno de Saúde Pública, v.15, n.3, 1999. 606p.

INCORPORATING NUTRITION SCREENING AND INTERVENTIONS INTO MEDICAL PRACTICE. **A Monograph for Phycicians.** The Nutrition Screening Initiative. Washington (DC): The American Dietetic Association; 1994.

LOPES L.A. **Déficit de estatura de causa nutricional.** Temas de Nutrição em Pediatria. Elaborada pelo Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria. p. 39-44, 2001.

MALINA, R.M.; BOUCHARD, C. **Models and methods for studing body compositin.** In: **Growth, maturation, and physical activity.** Champaign, Illinois, Human Kinetcs. p. 87 – 100, 1991.

MONTEIRO, C.A. *et al.* **Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordesde do Brasil (1986 – 1996 – 2006).** Revista de Saúde Pública, v.22, n. 1 São Paulo. 2010.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Nova Iorque, ONU, 1948. [online] Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por./htm>, acessado em 05 de dezembro de 2009.

RAUEN, M.S. *et al.* **Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados.** Revista de Nutrição, 2008.

SALDIVA, S.R.D.M. *et al.* **Prevalência de obesidade em pré-escolares pertencentes a cinco municípios do Estado de São Paulo.** Caderno de Saúde Pública, v.20. 2004. 100 p.

SANTOS, S. M. C; SANTOS, L.M.P. **Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995 – 2002.** 1 Abordagem metodológica. Cadernos de Saúde Pública, v.23, n.5, Rio de Janeiro, 2007.

SESC, **Mesa Brasil SESC.** [online] Disponível na internet via WWW. URL :<http://mesabrasilsesc.br>, acessado 25 de novembro de 2009.

SOUZA LEÃO. L.S.C.; *et. al.* **Prevalência de Obesidade em Escolares de Salvador ;** Bhaia. Arq Brasileiro Endocrinol Metab. v.47, n.2. Abril, 2003.

SOTELO, Y. *et al.* **Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico.** Caderno de Saúde Pública. 2004. 233 p.

TORRES, A.A.L.; *et al.* **Avaliação Antropométrica de pré-escolares – comparação entre os referenciais: NCHS 2000 E OMS 2005.** Revista eletrônica de Enfermagem. v.9, p.166 – 175. 2007. [online] Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n113.htm> , acessado em 25 de novembro de 2009.

TAVARES, C.A.; *et al.* **Caracterização do Estado Nutricional de escolares atendidos pelo Programa Alimentação Saudável da Prefeitura do Município de São Paulo.** Nutrição em Pauta. Ed julho/agosto. 2007.

VALENTE,F. **Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada.** Direito humano à alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez; 2002.

VALENTE,F. **Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos.** Revista Saúde e Sociedade. V.12, n.1, p 51 – 60, jan – jun 2003.

VITTOLO, M. R. **Nutrição: da Gestação ao Envelhecimento –** Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008, 273 p.

VALENTE, F. **Direito Humano a Alimentos**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário. 2005. 12 p.

VICTORA, C.G.; BARROS, A. **Entendendo a baixa prevalência de déficit de peso para estatura em crianças brasileiras de baixo nível socioeconômico: correlação entre índices antropométricos**. Caderno de Saúde Pública. 2000. 73p.

WIECZYNSK, M. **As ferramentas da gestão social utilizadas pelas organizações que prestam serviços sociais à comunidade e pertencem à microrregião do extremo oeste do Estado de Santa Catarina**. Revista Texto & Contexto. Ano IV.n.4, 2005.

WHO, Physical Status: **The use and interpretation of anthropometry**. Report of WHO Technical Report Series, 854. Geneva: WHO, 1995.

ANEXOS

Tabela 1. Classificação do Estado Nutricional para crianças de 0 a menos de 10 anos.

Estatutura-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
\geq Percentil 0,1 e < Percentil 3	\geq Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
\geq Percentil 3	\geq Escore-z -2	Estatutura adequada para a idade

Peso-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
\geq Percentil 0,1 e < Percentil 3	\geq Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
\geq Percentil 3 e \leq Percentil 97	\geq Escore-z -2 e \leq Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97	> Escore-z +2	Peso elevado para a idade*

Peso-para-estatura:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
\geq Percentil 0,1 e < Percentil 3	\geq Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
\geq Percentil 3 e \leq Percentil 85	\geq Escore-z -2 e \leq Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e \leq Percentil 97	\geq Escore-z +1 e \leq Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e \leq Percentil 99,9	\geq Escore-z +2 e \leq Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

Fonte: OMS (2006, 2007).

Tabela 2. Classificação do Estado Nutricional de Adolescentes acima de 10 anos.

IMC-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: OMS (2007)

Tabela 3 – Classificação do Estado Nutricional para Idosos.

IMC	Diagnóstico Nutricional
<22	Baixo peso
≥ 22 entre ≤26,9	Eutrofia
≥27	Excesso de Peso

Fonte: Nutrition Screening Initiative (1994).