

MUTIRÃO CONTRA A DESNUTRIÇÃO

RESUMO

O mutirão contra a desnutrição foi lançado em novembro de 2001, sob a coordenação do bispo D. Mauro Morelli.

A Unigranrio assumiu o compromisso de visitar as diferentes comunidades carentes em Duque de Caxias, com a supervisão da Coordenadora da Clínica Médica da Criança e do Adolescente, Coordenadora de Campo, Profa Selma Sabrá, e sob a supervisão da Profa Zina Maria Azevedo, Coordenadora Nutricional, priorizando o atendimento naquelas comunidades em que não existe nenhum posto de saúde.

No 1º mutirão, foram mobilizados todos os alunos da Escola de Medicina do 5º ao 8º períodos, para a realização do trabalho de campo verificando o peso, a altura, e o estado nutricional de 2040 crianças das comunidades carentes selecionadas por D. Mauro Morelli. A partir do estabelecimento dessa ação integrada inicial, um grupo de 25 alunos a cada semana volta às comunidades para acompanhar a população selecionada, utilizando o Programa de Ações Integradas às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) do Ministério da Saúde. O mutirão conta com o apoio do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) e da Secretária de Saúde, para onde as crianças com baixo peso e muito baixo peso, estão sendo encaminhadas para que possam se integrar aos programas de alimentação já existentes e o cadastramento para auxílio alimentação.

INTRODUÇÃO

Localizada no estado do Rio de Janeiro, Caxias possui 1 milhão de habitantes. Cerca de 30% da população reside nas periferias dos bairros e em grandes "bolsões" de pobreza, com índice de analfabetismo de 16% e renda per capita de 4,5 salários mínimo. Vários estudos, em diversos grupos populacionais, associam o baixo nível sócio - econômico à desnutrição.

A falta de uma nutrição adequada principalmente em crianças, pode provocar danos irreversíveis, interferindo no seu estado físico, emocional e intelectual. A má nutrição é a síndrome que resulta da interação entre a dieta inadequada (fome) e doença gerando déficit antropométrico como descrito entre crianças em áreas subdesenvolvidas no mundo (WHO, 1995).

O déficit de um ou mais indicador antropométrico é freqüentemente visto como evidência de desnutrição. Entretanto, não deve ser assumido que tal déficit é unicamente resultado da deficiência de energia e nutrientes conseqüente à baixa ingestão de alimentos, mas também, deve ser considerada a possibilidade de aumento de consumo, como na vigência de infecção e/ou de uma deficiência na absorção ou assimilação de nutrientes. A combinação e a interação destes processos contribuem muito para o déficit no crescimento e na saúde das populações mais carentes. Portanto, os indicadores antropométricos, isoladamente, não traduzem os processos específicos que conduzem à desnutrição, devendo ser considerados na interpretação dos dados, o tipo de indicador utilizado, a causa do déficit e a condição sócio-econômica da população estudada. Para melhor esclarecimento do critério utilizado, deveríamos qualificar a desnutrição de acordo com o indicador que a definiu, por exemplo: "desnutrição

baseada por baixo peso para idade" (WHO, 1995). Os dados obtidos em 1986 e publicados pelo WHO, 1995, revelaram uma percentagem de crianças brasileiras, na faixa etária compreendida entre 0.5 e 3 anos de idade, abaixo de - 2 escore Z pelo indicador A/I de 24,7% (média HAZ = - 1,32; SD = 1.32); pelo indicador P/A de 1,5% (média WHZ = 0,17; SD = 0.94) e pelo indicador P/I de 10,2% (média WAZ = - 0,71; SD = 1.17). Uma ampla percentagem das crianças do mundo crescem e se desenvolvem apresentando má nutrição. As conseqüências das crianças tornarem-se, e permanecerem mal nutridas, envolvem aumento do risco de morbidade e mortalidade, atraso no desenvolvimento motor e mental, e diminuição na capacidade de trabalho. A má nutrição potencializa os efeitos da infecção e contribui com mais da metade de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos de idade. A maioria destes óbitos ocorre entre crianças com má nutrição leve a moderada.

A desnutrição infantil está ligada a vários fatores, como a falta de emprego. A impossibilidade do chefe de família de prover o sustento adequado de seus filhos e dependentes está cada vez mais presente no contexto da sociedade em que vivemos.

A falta de tratamento preventivo e uma renda mínima familiar também agrava os problemas, muitas vezes promovendo o aparecimento das patologias prevalentes na infância agravadas pelo processo da desnutrição; complicando as doenças respiratórias, a diarreia e a desidratação, além de provocar evasão escolar e repetência.

Estudos relativos à distribuição dos indicadores sobre crescimento e o estado nutricional de crianças brasileiras menores de cinco anos de idade em 1975, 1989 e 1996 relembram que apenas o crescimento linear infantil está afetado (e mesmo assim moderadamente), situação que é comum a vários países da América Latina e que confirmam a natureza crônica dos agravos nutricionais nestas regiões (ENDEF-1975, PNSN-1989, PNDS-1996).

Entidades da Sociedade Civil Organizada Local envolvidas no Mutirão Este projeto inspirou uma parceria inédita reunindo a Prefeitura de D. de Caxias, a Diocese Municipal com sua Pastoral da Criança, o Conselho Tutelar, o Juizado de Menores, a Promotoria da Infância e da Juventude, os Conselhos da Criança, a Secretaria de Educação e Saúde, e a Escola de Medicina da UNIGRANRIO.

MATERIAL E MÉTODOS

Os alunos da Escola de Medicina da Unigranrio trabalhando nas comunidades carentes, realizaram anamnese, enfatizando a história alimentar e as condições sócio-econômicas, exame físico, e os parâmetros de peso, altura e perímetro braquial. Realizamos palestras sobre higiene oral, corporal e hábitos alimentares. O trabalho foi dividido em 3 etapas:

1-Primeiro Trabalho de Campo- Mutirão 2001
2-Trabalho no Ambulatório Jamil Sabra
3-Segundo Trabalho de Campo -Mutirão 2002

1-Primeiro Trabalho de Campo - Mutirão 2001

Nossos dados no primeiro mutirão realizado em novembro de 2001 mostraram os seguintes resultados:

Foram avaliadas 2040 crianças entre a idade de 0 a 14 anos; 383 (18.77%) crianças na faixa etária de 0 a 24 meses; 625 (30.63%) de 24 meses (> 2 anos) até 60 meses (< 5 anos); 1032 (30.63%) crianças ³ 60 meses. Foram analisados os dados referentes às crianças de 0 a 60 meses (< 5 anos). Foram atendidas 383 crianças na faixa etária de 0 a 24 meses (≤ 2 anos). Observamos uma incidência de desnutrição grave de acordo com o indicador peso/idade menor ou igual ao percentil 3, de 7,31 % (28/383). Se considerarmos o indicador altura para idade menor ou igual ao percentil 3, a incidência foi de 7,57% (29/383). Pelo indicador peso/altura a incidência foi de 3,66% (14/383). A incidência de crianças consideradas em risco nutricional, ou seja, indicador peso para idade e/ou altura/idade entre o percentil 3 e o percentil 10 inclusive, foi respectivamente de 11,22% (43/ 383) para o indicador peso/idade e 10,44% (40/383) para altura/idade. Pelo indicador peso/altura foi de 6% (23/383) A incidência de crianças acima do percentil 10 (eutróficas) pelo indicador peso/idade foi de 81,47% (312/383) e pelo indicador altura/idade foi de 81,98% (314/383) e pelo indicador peso/altura foi de 90,3% (346/383). Considerando o escore Z para cada um destes indicadores, observou-se a média e o desvio padrão dos valores (Tabela 1). Foi considerado o ponto de corte de -2 desvios-padrões (escore Z ≤ -2) para desnutrido grave e (> -2 até ≤ -1.2) para risco nutricional, de acordo com a recomendação da OMS/1995. Estes pontos de corte do escore z correspondem aproximadamente ao percentil 3 e ao intervalo do percentil 3 ao percentil 10 respectivamente.

Tabela 1. Indicadores Nutricionais na faixa etária de 0 a ≤ 24 meses (média e desvio padrão)

Indicador	Desnutrição grave Média (± DP)	Risco nutricional Média (± DP)	Eutrófico Média (± DP)
Peso/idade	- 2,47 (± 0.33)	- 1,57 (± 0.22)	0,12 (± 0.81)
Altura/idade	- 2,33 (± 0.28)	- 1,54 (± 0.21)	0,03 (± 0.85)
Peso/altura	- 2,35 (± 0.32)	- 1,46 (± 0.20)	0,55 (± 0.93)

Através da tabela 2 podemos correlacionar a freqüência dos indicadores por ambos os sistemas percentil e escore Z

Tabela 2. Freqüência de crianças de 0 a ≤ 24 meses com desnutrição grave, em risco nutricional e eutróficas peso sistema do percentil e do escore Z.

	Peso/idade - Percentil	Peso/idade- Escore Z	Altura/idade- Percentil	Altura/idade Escore Z	Peso/Altura Percentil	Peso/Altura- Escore Z
Desnutrido Grave	7.31% (28)	5.83% (21)	7.57%(29)	6.78% (26)	3.66% (14)	3.39% (13)
Risco Nutricional	11.22% (43)	14.88% (57)	11.44 (40)	13.31% (51)	6% (23)	8.35% (32)
Eutrófico	81.47% (312)	79.63% (305)	81.98% (314)	79.89% (306)	90.3% (346)	88.21% (338)
Total	100% (383)	100% (383)	100% (383)	100% (383)	100% (383)	100% (383)

Foram atendidas 625 crianças na faixa etária de 2 anos até 5 anos (> 24 meses e < 60 meses). Observamos a incidência de desnutrição grave, de acordo com o indicador peso/idade menor ou igual ao percentil 3, de 7,04 % (44/625). Se considerarmos o indicador altura para idade, menor ou igual ao percentil 3, que é o indicador mais adequado nesta faixa etária (OMS,1995), a incidência foi de 6,08% (38/625). Pelo indicador peso/altura a incidência foi de 7,62% (48/625). A incidência de crianças consideradas em risco nutricional, ou seja, indicador peso para idade e/ou altura/idade entre o percentil 3 e o percentil 10 inclusive, foi respectivamente de 10,56% (66/625) para o indicador peso/idade e 9,44% (59/625) para altura/idade. Pelo indicador peso/altura foi de 10,88% (68/625) A incidência de crianças acima do percentil 10 (eutróficas) pelo indicador peso/idade foi de 82,44% (515/625) e pelo indicador altura/idade foi de 84,48%

(528/625) e pelo indicador peso/altura foi de 81,44% (509/625). Considerando o escore Z para cada um destes indicadores, observou-se a média e o desvio padrão dos valores (Tabela 3). Foi considerado o ponto de corte de -2 desvios-padrões (escore Z \leq -2) para desnutrido grave e ($>$ -2 até \leq -1.2) para risco nutricional, de acordo com a recomendação da OMS/1995. Estes pontos de corte do escore Z correspondem aproximadamente ao percentil 3 e ao intervalo do percentil 3 ao percentil 10 respectivamente.

Tabela 3. Indicadores Nutricionais na faixa etária de > 24 e < 60 meses (média e desvio padrão)

Indicador	Desnutrição grave Média (\pm DP)	Risco nutricional Média (\pm DP)	Eutrófico Média (\pm DP)
Peso/idade	- 2,39 (\pm 0.31)	- 1,51 (\pm 0.22)	0,21 (\pm 0.85)
Altura/idade	- 2,44 (\pm 0.31)	- 1,54 (\pm 0.23)	0,21 (\pm 0.87)
Peso/altura	- 2,41 (\pm 0.29)	- 1,54 (\pm 0.22)	0,24 (\pm 0.91)

Através da tabela 4 podemos correlacionar a freqüência dos indicadores por ambos os sistemas percentil e escore Z

Tabela 4. Freqüência de crianças > 24 e < 60 meses com desnutrição grave, em risco nutricional e eutróficas pelo sistema do percentil e do escore Z.

	Peso/idade - Percentil	Peso/idade- Escore Z	Altura/idade- Percentil	Altura/idade Escore Z	Peso/Altura Percentil	Peso/Altura- Escore Z
Desnutrido Grave	7.04% (44)	5.92% (37)	6.08%(38)	4.48% (28)	7.62% (48)	5.92% (37)
Risco Nutricional	10.56% (66)	14.40% (90)	9.44 (59)	12.32% (77)	10.88% (68)	14.08% (88)
Eutrófico	82.40% (515)	79.68% (498)	84.48% (528)	83.2% (520)	81.44%(509)	80% (500)
Total	100% (625)	100% (625)	100% (625)	100% (625)	100% (625)	100% (625)

2-Trabalho no Ambulatório Jamil Sabrá

Neste campo o nosso objetivo foi avaliar a incidência de desnutrição na faixa etária de 2 meses a 24 meses no ambulatório de ensino de Pediatria, no período de janeiro a novembro de 2001. O estudo foi retrospectivo sendo avaliados os indicadores peso/idade (P/I) e altura para idade (A/I). Utilizamos o escore Z para avaliação dos critérios antropométricos, o que está de acordo com a orientação da OMS que desde 1983 tem recomendado o uso deste método para análise de populações com alta prevalência de desnutrição. O ponto de corte entre eutrofia e desnutrição foi o escore Z do indicador peso/idade (WAZ) \leq -2. Os pacientes distribuídos neste grupo foram classificados como desnutridos graves. Foi avaliado também neste grupo o indicador altura/idade (HAZ). O indicador peso/altura (P/A) foi apresentado mas não foi utilizado como critério diagnóstico pois estudos em populações onde a desnutrição é prevalente tem mostrado limitações no seu uso. O escore Z de - 2 corresponde ao percentil 2,33. As crianças situadas entre o escore Z \leq - 2 e \leq - 1,2 (correspondendo a distribuição acima do percentil 2,33 e abaixo do percentil 10 aproximadamente) foram consideradas de risco nutricional. Foi utilizado o programa EPI INFO versão 6.0 para os cálculos, o qual é baseado nas curvas de crescimento do NCHS para idade e sexo. Foram analisadas 270 fichas. A faixa etária foi de 2 meses a 24meses. Foram atendidos 146 (54%) meninos e 124 (45.92%) meninas. Considerando o indicador P/I a incidência de desnutridos graves (escore Z \leq - 2) foi de 4,8 % (13/270). A Média \pm EP (Erro Padrão) do escore Z do indicador P/I (WAZ) foi de (- 2.43 \pm 0.10).

Considerando o indicador A/I a incidência de desnutridos graves (escore Z \leq - 2) foi de 6,3 % (17/270). A Média \pm EP do escore Z para este indicador (HAZ) foi de

(- 2.57 ± 0.15). A associação entre os dois indicadores P/I e A/I £ - 2 foi observada em 2.59% (7/270) dos pacientes. Pelo indicador P/A a incidência de escore Z (WHZ) £ - 2 foi de 1.85% (5/270). Média ± EP de (- 2.14 ± 0.06). Os pacientes em risco nutricional avaliado pelo indicador P/I corresponderam 13% da população (35/270). A Média ± EP do escore Z para o indicador P/I neste grupo foi de (- 1.57 ± 0.04). Considerando o indicador HAZ a incidência de risco nutricional foi de 13% (35/270), Média ± EP (- 1.57 ± 0.03). Avaliando o indicador WHZ observou-se a incidência de risco em 8.5% (23/270), Média ± EP (- 1.58 ± 0.05).

As crianças apresentando WAZ >- 1.2 (acima do percentil 10) constituíram cerca de 82.59% (223/270), Média ± Desvio Padrão (DP) de (0.39 ± 0.06). Considerando o indicador HAZ, 80.74%, (218/270) distribuíram-se acima do percentil 10 (escore Z >- 1.2); Média ± DP (0.16 ± 0.91). Pelo indicador WHZ observou-se a incidência de 89.6% (242/270) das crianças distribuindo-se acima de - 1,2 escore Z, Média ± DP (- 0.45 ± 1.0). A Média ± DP dos escores Z dos indicadores considerando-se o grupo das 270 crianças foi respectivamente: WAZ = (0.01 ± 1.25); HAZ = (- 0.23 ± 1.19); WHZ = (0.23 ± 1.17).

3-Segundo Trabalho de Campo - Mutirão 2002
 No período de Maio a Setembro de 2002 foram atendidas 343 crianças de comunidades carentes de D.Caxias na faixa etária de 2 a 60 meses (5 anos). Destas 47% (163) eram do sexo masculino e 53% (180) do feminino. Neste trabalho foi utilizado formulário padrão criado com base no AIDPI, sendo observados além da desnutrição, a presença de doenças respiratórias, otológicas, diarreias, febre, anemia e registro civil. Realizamos palestras sobre higiene oral, corporal e hábitos alimentares. Dentre as 343 crianças pesquisadas 154 (45%) apresentaram tosse ou dificuldade respiratória, 37 (10%) apresentaram diarreia, 15 (4%) tinham febre, 13 (3%) estavam com problema no ouvido, 19 (5%) apresentavam palidez palmar, 45 (13%) possuíam relação peso/idade alterada e 41 (12%) não possuíam registro civil. Dentro destas alterações, classificamos ainda o tipo e/ou a gravidade de cada caso, sendo apresentadas nas tabelas 5 à 10.

Tabela 5. % de doença dos 154 pacientes com tosse ou distúrbios respiratórios

Pneumonia	09 pac. (6%)
pneumonia grave	01 pac. (0,6%)
não pneumonia	144 pac. (93,4%)

Tabela 6. % de doença dos 37 pacientes com diarreia

Sem desidratação	29 pac. (80%)
Com desidratação	05 pac. (14%)
desidratação grave	-
diarreia persistente	01 pac. (2%)

diarréia persistente grave	01 pac. (2%)
Disenteria	01 pac. (2%)

Tabela 7. % de doença dos 15 pacientes com febre

síndrome febril	13 pac. (87%)
síndrome febril grave	02 pac. (13%)

Tabela 8. % de doença dos 15 pacientes com problema de ouvido

secreção purulenta	08 pac. (61%)
Outros	05 pac. (39%)

Tabela 9. % de doença dos 19 pacientes com palidez palmar

Leve	16 pac. (84%)
Grave	03 pac. (16%)

Tabela 10. % de doença dos 45 pacientes com alteração na relação peso/idade

Baixo	27 pac. (60%)
muito baixo	18 pac. (40%)

Conclusões

Os dados relativos à situação sócio-econômica dos pacientes desnutridos pertencentes ao nosso estudo, deixam claro o impacto das desigualdades sociais sobre a saúde infantil, as quais são refletidas na renda familiar insuficiente, nas condições de saneamento precárias, na desestruturação do núcleo familiar, enfim, em indicadores de pobreza que estarão, por sua vez, refletidos na carência nutricional evidente, com conseqüente má nutrição clínica. A participação ativa dos nossos alunos em parceria com a comunidade, favoreceu um melhor aprendizado dos problemas sócio-econômicos envolvidos com a desnutrição, proporcionou a prática do AIDPI, permitiu o diagnóstico e o tratamento efetivo das patologias encontradas, e o encaminhamento das crianças desnutridas para o cadastramento único do Ministério da Saúde, através do SISVAN, para o recebimento de auxílio alimentação, para o combate à desnutrição.

FICHA TÉCNICA

PROFESSORES

Aderbal Sabrá
 Almiro Domiciano
 Cristina Barbosa
 Selma Sabrá
 Zina Maria Azevedo

ALUNOS

Felipe Oliveira
 Heder Leite
 Joel Silveira Filho
 Silvia Oliveira
 Valter Maluly Filho

Diocese Municipal
D. Mauro Morelli
joelcarlos@terra.com.br