

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL E DE SAÚDE DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS - CRECHE

ELÍSIO TEIXEIRA LEITE, PERUS, SP, 1993*

Marina Paula Bertho**

Sara de Lima Estima**

Elizabeth Fujimori***

Ida Maria Vianna de Oliveira***

BERTHO, M.P. et al. Diagnóstico nutricional e de saúde em crianças institucionalizadas - *Creche Elísio Teixeira Leite*, Perus, SP, 1993. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.29, n.2, p.141-57 . ago. 1995

Como parte de um estudo sobre condições de saúde de crianças institucionalizadas, avaliou-se através de indicadores antropométricos (peso e altura) o estado nutricional de uma amostra de 111 crianças matriculadas numa creche Municipal, Perus - São Paulo. Também verificou-se a incidência de morbidades e a procedência das crianças desnutridas. Utilizando os critérios diagnósticos da classificação de Gomez obteve-se 50,0% de desnutridos, apresentando 23,4% de formas leves, 22,3% de moderadas e 4,3% de severas. Considerando os resultados obtidos através da classificação sugerida por Waterlow, prevaleceu a desnutrição crônica atual (30,8%). A distribuição etária das crianças desnutridas mostrou maior incidência na faixa de 12-48 meses. Em relação ao perfil de morbidades as doenças infecciosas gastro-intestinais e respiratórias mostraram maior incidência. Tanto o diagnóstico antropométrico como o de morbidade refletiram a baixa qualidade de vida predominante nas micro-áreas, sobretudo naquelas de procedência das crianças desnutridas (micro-áreas 4 e 5). Os resultados indicam pois, como medida de caráter imediato um melhor acompanhamento da evolução pondo-estatural e do consumo alimentar, além de maior cobertura da faixa de menores de 24 meses, com o objetivo de detecção precoce e maior probabilidade de recuperação de "deficits" de peso e mesmo de estatura.

UNITERMOS: Saúde da criança. Diagnóstico antropométrico. Pré-escolares. Creches.

* Projeto de intervenção das disciplinas Enfermagem Preventiva e Comunitária e Nutrição Aplicada à Enfermagem.

** Alunas do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade de São Paulo.

*** Professor Doutor - Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, dados de consumo alimentar têm demonstrado que o desgaste de energia da classe trabalhadora é maior que a reposição e está associado à baixa remuneração¹. Assim se justifica a maior prevalência de desnutrição, sobretudo calórico-protéica entre a classe trabalhadora. Essa deficiência nutricional constitui-se em uma das principais causas de morbi-mortalidade infantil no Brasil e em outros países considerados técnica e economicamente subdesenvolvidos e caracterizados pela pobreza, demonstrada por uma baixa renda "per capita" e familiar¹.

Sabe-se que a melhoria das condições nutricionais dessa população está associada a modificações no padrão de vida, sobretudo dependentes de um aumento e uma melhor distribuição de renda⁴. Desta forma reconhece-se que a solução do problema exige profundas mudanças estruturais na organização social, política e econômica do país^{1,4}.

No entanto, a gravidade do problema e as dificuldades de implementação de medidas resolutivas têm justificado, no Brasil, a proliferação de medidas interventivas imediatas voltadas aos grupos de risco, no qual se incluem as crianças⁴. Essas medidas se explicitam nos inúmeros programas governamentais voltados para a alimentação e nutrição e são coerentes com o modelo de desenvolvimento sócio-econômico adotado¹⁴. Apesar do notável crescimento no número desses programas de suplementação, sua validade tem sido questionada^{3,14,15}. Considera-se que não têm contribuído de forma significativa para a melhoria das condições nutricionais das crianças brasileiras e que sua eficácia pode ter sido afetada negativamente não só pela descontinuidade e baixa cobertura^{3,11}, mas também pela reduzida freqüência de crianças mais pobres às creches¹⁵. Entretanto, alguns estudos têm evidenciado que mesmo as crianças que freqüentam creches ou instituições similares em tempo integral, podem permanecer sem alcançar seus requisitos nutricionais e portanto permanecer desnutridas^{9,10}. Este fato pode ser decorrente da dificuldade das instituições em manter a disponibilidade de alimentos, o padrão alimentar planejado ou mesmo um padrão alimentar adequado às necessidades das crianças. Há que se considerar, ainda, que nos grupos populacionais de baixa renda, pode não haver suplementação alimentar significativa no período em que a criança permanece no domicílio. Além disso, a disponibilidade de alimentos nas creches pode não estar necessariamente associada a uma ingestão adequada, pois muitas vezes as condições de desnutrição associadas a parasitoses crônicas e outras infecções acarretam anorexia em diferentes graus, interferindo no consumo alimentar.

É, pois, imperativa a implantação e/ou manutenção de um sistema de vigilância alimentar e nutricional que seja aderente às propostas de assis-

tência à saúde desse grupo populacional. O diagnóstico das condições de nutrição e saúde prevalentes entre crianças institucionalizadas é um dos recursos disponíveis na implementação dessa vigilância e constitui o propósito deste estudo.

2 OBJETIVOS

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- avaliar através de diagnóstico antropométrico, o estado nutricional das crianças matriculadas em uma creche selecionada;
- caracterizar o perfil de morbidade dessas crianças;
- conhecer a procedência das crianças, sobretudo das consideradas desnutridas.

3 METODOLOGIA

População estudada

Foi constituída por 111 crianças de 5 a 60 meses de idade, matriculadas na creche Municipal "Elísio Teixeira Leite", uma das 35 instituições Municipais do Distrito de Perus, região oeste do Município de São Paulo.

A cobertura do exame antropométrico, realizado entre 24 de março e 27 de abril de 1993, foi de 85% totalizando 94 crianças, sendo 48,9% do sexo masculino e 51,1% do sexo feminino. Não foram incluídos na amostra os faltosos em mais de 2 períodos de coleta de dados (17 crianças).

Caracterização geral da creche

O distrito de Perus, como outros distritos do Município de São Paulo, está setorizado em regiões, que compreendem um ou mais bairros com condições sócio-econômicas similares, denominados de microáreas.

A creche "Elísio Teixeira Leite" é uma das creches de administração direta sob supervisão da SURBES (Supervisão Regional do Bem Estar Social), e está localizada na microárea 6, bairro COHAB-Pirituba.

Foram levantados, através de entrevista com diferentes profissionais da creche, os seguintes dados:

- horário de funcionamento - Apenas em dias úteis, das 7 às 19 horas.
- seleção e matrícula - Os pré-requisitos considerados no processo de seleção eram: exercício, pela mãe, de atividade remunerada fora do domicílio; renda familiar inferior a 3 salários mínimos; moradia em casa alugada ou cedida, necessidade de remuneração de terceiros para o cuidado da criança ou permanência desta sozinha na residência e carteira de vacinação atualizada. Também era usual realizar uma entrevista com o responsável pela criança para levantamento de dados psicopedagógicos e de saúde durante a matrícula.
- distribuição das crianças - As crianças eram normalmente distribuídas, em função da idade, em diferentes módulos, conforme **QUADRO 1**.

QUADRO 1: DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS E FUNCIONÁRIOS NOS DIFERENTES MÓDULOS

MÓDULO	FAIXA ETÁRIA ⁽¹⁾	NÚMERO		RAZÃO ADI-CRIANÇA	
		CRIANÇAS	ADIs ⁽²⁾	PROPOSTA ⁽³⁾	REAL
Berçário	5 meses a 1 ano e 5 meses	17	2	1:6 a 1:8	1:8,5
Mini-Grupo I	1 ano e 7 meses a 2 anos e 2 meses	16	2	1:10	1:8
Mini-Grupo II	2 anos e 2 meses a 9 meses	12	2	1:16	1:6
Maternal I-A	2 anos e 8 meses a 3 anos e 2 meses	11	1	1:16	1:11
Maternal I-B	3 anos a 3 anos e 7 meses	19	1	1:16	1:19
Maternal II	3 anos e 5 meses a 4 anos e 2 meses	18	1	1:16	1:18
Jardim	4 a 5 anos	18	1	1:20	1:18
TOTAL		111	10		

- 1-a creche não utilizava a faixa etária recomendada pela SURBES
- 2-total de Auxiliares de Desenvolvimento Infantil (ADI) por período
- 3-proposta de relação ADIs-criança de OLIVEIRA, Z.M.R.; FERREIRA, M.C.R. ¹³

Avaliação antropométrica e critérios diagnósticos de classificação da desnutrição

Utilizou-se, neste trabalho, indicadores antropométricos, por serem considerados instrumentos de grande sensibilidade e especificidade no diagnóstico da desnutrição, e também pela facilidade e baixo custo de sua operacionalização^{10,11}. O instrumento utilizado para registro dos dados antropométricos coletados continha dados de identificação, procedência, idade, data de matrícula na creche, data da última verificação de peso e altura além dos dados de peso e altura atuais e de classificação nutricional. As medidas do peso e da altura foram tomadas, de acordo com o recomendado pela Norma Técnica 32/85 da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo¹⁶, através de balança com haste e cesto metálico e antropômetro de madeira (para crianças menores de 2 anos), e de balança antropométrica (tipo adulto) e fita métrica fixada longitudinalmente (para crianças maiores de 2 anos). Para a avaliação da adequação do peso e altura foram utilizadas as curvas de evolução pondo-estatural propostas, também, pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo¹⁶, a partir de dados antropométricos levantados por MARQUES et al⁸, tendo-se considerado desnutridas as crianças com peso e/ou estatura abaixo do percentil 25. A classificação da desnutrição foi efetuada segundo GOMEZ⁹. Utilizou-se, também, a classificação proposta por WATERLOW¹⁸, com o objetivo de identificar, não apenas formas agudas mas crônicas de desnutrição.

Caracterização do perfil de morbidades

Os dados sobre as principais doenças que acometeram as crianças, no período de janeiro a abril de 1993, foram coletados através de consulta a prontuários e livros diários de intercorrências de cada módulo. As enfermidades foram agrupadas de acordo com a classificação utilizada na própria creche.

Levantamento da área de procedência das crianças desnutridas

Através dos dados de endereço, obtidos dos prontuários das crianças, foi localizada a microárea de procedência das crianças classificadas como desnutridas pelo critério de diagnóstico de GOMEZ⁹.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estado nutricional

Na Tabela 1 são apresentados os resultados obtidos pela avaliação de peso e altura através de percentis, que demonstram ser ligeiramente maior a porcentagem de desnutridos quando se considera o peso em relação a idade (54,3%) do que a altura em relação a idade (53,2%). Estes resultados superam significativamente os referidos pelo Estudo Nacional de Despesa Familiar - ENDEF 1974-1975⁵ e sobretudo pela Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN 1989⁷ para o Brasil (18,4% e 7,1%, respectivamente) e até mesmo para a região Nordeste (27,0% e 12,8%, respectivamente). Se aproximam, porém, da elevada prevalência observada para a desnutrição crônica entre crianças brasileiras classificadas no quartil mais baixo de renda, que supera os 30%^{3,5}.

A ocorrência de "deficit" ponderal se apresenta concentrada na faixa de 12 a 48 meses (78,5% dos desnutridos), assim como a ocorrência de "deficit" estatural (72,0% dos desnutridos). Os resultados também mostram uma incidência de 11,8% ("deficit" de peso) e 20,0% ("deficit" de altura) em crianças de 48 a 60 meses. Esta distribuição etária da desnutrição aponta para uma relativa proteção da faixa de idade correspondente ao primeiro ano de vida, também observada por MONTEIRO¹¹. O autor sugere, entre outros determinantes dessa menor vulnerabilidade, a presença do aleitamento, da suplementação alimentar e de maior cobertura do acompanhamento médico e melhor controle de diarréias.

A aplicação da classificação de Gomez pretendeu mostrar a gravidade da desnutrição e os resultados estão apresentados na Tabela 2. Para o total da amostra, a ocorrência de desnutrição foi de 50,0%, correspondendo às formas leves 23,4% (grau I). As formas moderadas (grau II) atingiram 22,3% das crianças sendo que apenas 4,3% apresentaram formas severas de desnutrição (grau III).

TABELA 1 - ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS, SEGUNDO AS CURVAS DE EVOLUÇÃO PONDO-ESTADUAL*. CRECHE ELÍSIO TEIXEIRA LEITE, 1993.

FAIXA ETÁRIA	PERCENTIS												TOTAL DE DESNUTRIDOS			TOTAL DE EUTRÓFICOS			TOTAL DE CRIANÇAS		
	< 2,5 n° %	2,5 — 10 n° %	10 — 25 n° %	25 — 50 n° %	≥ 50 n° %	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%				
P 0 — 12	—	2	8,6	2	7,7	—	—	1	5,2	4	7,8	1	2,3	5	5,0	—	—				
E 12 — 24	1	6	26,0	7	27,0	3	12,5	1	5,2	14	27,5	4	9,3	18	19,0	—	—				
S 24 — 36	—	5	21,7	6	23,0	3	12,5	5	26,3	11	21,6	8	18,6	19	21,0	—	—				
O 36 — 48	1	7	30,4	7	27,0	8	33,3	9	47,4	15	29,4	17	39,5	32	34,0	—	—				
A 48 — 60	—	3	13,0	3	11,5	9	37,5	3	15,8	6	11,8	12	28,0	18	19,0	—	—				
A 60 — 72	—	—	—	1	3,8	1	4,2	—	—	1	2,0	1	2,3	2	2,0	—	—				
TOTAL	2	21	23	26	27,7	24	25,5	19	20,2	51	54,3	43	45,7	94	100,0						
A 0 — 12	—	2	10,0	—	—	1	4,3	2	9,5	2	4,0	3	6,8	5	5,0	—	—				
L 12 — 24	2	4	20,0	3	13,0	8	34,8	1	4,8	9	18,0	9	20,5	18	19,0	—	—				
T 24 — 36	—	5	25,0	6	26,0	5	21,7	3	14,3	11	22,0	8	18,1	19	21,0	—	—				
U 36 — 48	4	4	20,0	8	34,8	7	30,4	9	42,9	16	32,0	16	36,4	32	34,0	—	—				
R 48 — 60	1	4	20,0	5	21,7	2	8,7	6	28,6	10	20,0	8	18,1	18	19,0	—	—				
A 60 — 72	—	1	5,0	1	4,3	—	—	—	—	2	4,0	—	—	2	2,0	—	—				
TOTAL	7	7,4	20	23	24,5	23	24,5	21	22,3	50	53,2	44	46,8	94	100,0						

* Recomendadas pela Secretaria de Estado da Saúde¹⁰ (padronizadas por sexo e faixa etária). Foram consideradas desnutridas crianças com percentis de peso ou altura inferiores a 25.

TABELA 2 - ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE GOMEZ*. CRECHE ELISIO TEIXEIRA LEITE, 1993.

FAIXA ETÁRIA	GRAU DE DESNUTRIÇÃO*						TOTAL DE			TOTAL DE		
	DI n°	DI %	DII n°	DII %	DIII n°	DIII %	DESNUTRIDOS n°	DESNUTRIDOS %	EUTRÓFICOS n°	EUTRÓFICOS %	CRIANÇAS n°	CRIANÇAS %
M 0 —12	—	—	1	9,1	—	—	1	4,0	—	—	1	2,3
E 12 —24	2	18,2	1	9,1	—	—	3	12,0	3	15,8	6	13,6
N 24 —36	3	27,3	4	36,4	—	—	7	28,0	4	21,1	11	25,0
I 36 —48	5	45,4	4	36,4	2	66,7	11	44,0	7	36,8	18	40,9
N 48 —60	—	—	1	9,0	1	33,3	2	8,0	5	26,3	7	15,9
O 60 —72	1	9,1	—	—	—	—	1	4,0	—	—	1	2,3
S												
SUBTOTAL	11	100,0	11	100,0	3	100,0	25	100,0	19	100,0	44	100,0
M 0 —12	1	9,1	1	10,0	—	—	2	9,1	2	7,1	4	8,0
E 12 —24	4	36,3	5	50,0	1	100,0	10	45,4	2	7,1	12	24,0
N 24 —36	1	9,1	1	10,0	—	—	2	9,1	6	21,4	8	16,0
I 36 —48	2	18,2	2	20,0	—	—	4	18,2	10	35,7	14	28,0
N 48 —60	3	27,3	1	10,0	—	—	4	18,2	7	25,0	11	22,0
A 60 —72	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3,6	1	2,0
S												
SUBTOTAL	11	100,0	11	100,0	1	100,0	22	100,0	28	100,0	50	100,0
TOTAL	22	23,4	21	22,3	4	4,3	47	50,0	47	50,0	94	100,0

*Segundo GOMEZ¹⁰: DI=76-90% do padrão de P/I; DII=61-75% do P/I e DIII=60% ou menos do P/I, sendo P/I= peso em relação a idade.

Utilizando os mesmos critérios de Gomez, MONTEIRO¹² encontrou na cidade de São Paulo entre 1984 e 1985, uma prevalência de desnutrição inferior, estimada em 25,9% e presente apenas em formas leves e moderadas. Entretanto, os resultados do presente estudo se aproximam daqueles estimados para o Brasil, através da classificação de Gomez, que mostram uma prevalência de 46,1% (ENDEF 1974-1975) e 30,7% (PNSN 1989) para todas as formas de desnutrição²⁷. Já, a porcentagem de crianças vítimas das formas mais graves de desnutrição (28,6% com desnutrição moderada e severa) mostra-se superior até mesmo à apresentada para a região Nordeste nestes dois inquéritos (21,2% e 10,1%, respectivamente).

A incidência de desnutrição, também por este critério de classificação (Tabela 2), se concentrou nas faixas de idade correspondentes a 12-48 meses, totalizando 75,5% das crianças desnutridas. Estes resultados parecem refletir o maior número de crianças matriculadas neste grupo etário, mas se assemelha ao obtido pelo ENDEF 1974-1975⁴ que apresentou maior prevalência de desnutrição nesta faixa de idade.

O total de desnutridos (47,9%) diagnosticados pela classificação de Waterlow¹⁸ (Tabela 3), se apresentou ligeiramente menor que o obtido pela classificação de Gomez, sendo também distribuído equitativamente entre meninos e meninas e concentrado na mesma faixa de idade (12-48 meses). A classificação de Waterlow¹⁸, considera não apenas o "deficit" ponderal em relação à idade, mas inclui o "deficit" estatural e a avaliação do índice peso/altura (P/A). Na amostra estudada, 12,8% das crianças apresentaram apenas "deficit" estatural, sendo a relação P/A considerada adequada, evidenciando a existência de desnutrição pregressa. Também a PNSN 1989^{5,7} constatou que 15,4% das crianças brasileiras apresentavam-se na condição de "nanismo" (desnutrição pregressa) comprometendo o crescimento esquelético, enquanto apenas 2% tinham desnutrição aguda. Isto coloca o atraso de crescimento estatural e a desnutrição crônica-pregressa como prevalentes no Brasil^{2,5}.

MONTEIRO⁹ estudando pré-escolares de baixa renda do Estado de São Paulo estima que o "deficit" de altura ocorreria antes da idade pré-escolar uma vez que, aos 24 meses, 90% desse "deficit" já estaria estabelecido e se manteria estável. O "deficit" de peso, por sua vez, ocorreria durante a fase pré-escolar e se elevaria progressivamente com o decorrer da idade. A alta incidência de desnutrição crônica atual da creche estudada (64,4% dos desnutridos e 30,8% do total da amostra) corrobora estas observações e sugere que as crianças vem mantendo incrementos desfavoráveis de peso e estatura mesmo recebendo as refeições na creche. Este fato parece demonstrar que, mesmo fornecendo todas as refeições, a creche não supre as necessidades gerais de recuperação das crianças, observação que implica em avaliações mais aprofundadas do consumo alimentar e do acompanhamento do crescimento das crianças para uma comprovação efetiva da inadequação.

TABELA 3 - ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE WATERLOW*. CRECHE ELISIO TEIXEIRA LEITE, 1993.

FAIXA	DESNUTRIÇÃO										TOTAL DE		TOTAL DE	
	AGUDA		CRÔNICA-ATUAL		PREGRESSA		TOTAL		EUTRÓFICOS		CRIANÇAS		CRIANÇAS	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
M	0	12	1	50,0	—	—	—	—	1	4,3	—	—	1	2,3
E	12	24	1	50,0	2	15,4	1	12,5	4	17,4	2	9,5	6	13,6
N	24	36	—	—	4	30,8	4	50,0	8	34,8	3	14,3	11	25,0
I	36	48	—	—	6	46,1	2	25,0	8	34,8	10	47,6	18	40,9
N	48	60	—	—	1	7,7	1	12,5	2	8,7	5	23,8	7	15,9
O	60	72	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4,8	1	2,3
S	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SUBTOTAL	2	100,0	13	100,0	8	100,0	23	100,0	21	100,0	44	100,0	44	100,0
M	0	12	1	50,0	—	—	1	25,0	2	9,1	2	7,1	4	8,0
E	12	24	1	50,0	8	50,0	—	—	9	40,9	3	10,7	12	24,0
N	24	36	—	—	1	6,3	1	25,0	2	9,1	6	21,4	8	16,0
I	36	48	—	—	4	25,0	1	25,0	5	22,7	9	32,1	14	28,0
N	48	60	—	—	3	18,7	—	—	3	13,6	8	28,6	11	22,0
A	60	72	—	—	—	—	1	25,0	1	4,6	—	—	1	2,0
S	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SUBTOTAL	2	100,0	16	100,0	4	100,0	22	100,0	28	100,0	50	100,0	50	100,0
TOTAL	4	4,2	29	30,8	12	12,8	45	47,9	49	52,1	94	100,0	94	100,0

*Segundo WATERLOW¹⁵ Eutrofia=P/A>90% e A/I>95%. Desnutrição aguda= P/AS90% e PI>95%. Desnutrição crônica-actual= P/AS90% e A/I<95% e Desnutrição progressa=P/A>90% e A/I<95%, sendo PI= peso em relação à idade. A/I= altura em relação à idade e P/A= peso em relação à altura.

Vale salientar que, mais importante do que comparar a magnitude dos déficits de peso e altura num dado momento, seria avaliar a evolução dos mesmos no decorrer da idade. Esta medida, de caráter obrigatório em instituições que atendem criança, em tempo integral, poderia evitar que o agravo nutricional viesse comprometer globalmente a velocidade de crescimento, determinando que estas crianças cheguem aos 7 anos com "déficits" de aproximadamente 5 cm na altura e 5 quilos no peso, conforme o encontrado por MONTEIRO⁹. A operacionalização dessa medida, no entanto, implica no levantamento das reais dificuldades para a manutenção da avaliação do crescimento e desenvolvimento na creche, aliada à promoção de educação continuada ou reciclagem dos profissionais envolvidos com a mesma. Além dessa, outras medidas de caráter preventivo, deveriam incluir a ampliação do número de vagas ou mesmo a utilização máxima da capacidade da creche para o módulo de 0-24 meses, não só detectando, mas prevenindo déficits estaturais.

Perfil de morbidade

As figuras 1, 2 e 3 mostram a incidência das principais doenças (% episódios) detectadas em meninos e meninas, desde a data de matrícula (janeiro-abril de 1993). Observou-se alta incidência, tanto de doenças intestinais como respiratórias, sobretudo quando consideradas no conjunto de suas diferentes manifestações. De uma forma geral, os meninos se mostraram mais atingidos por gastroenterocolite aguda (GECA), pneumonia e anemias, enquanto as meninas apresentaram maior número de episódios de diarréias e resfriados. Verminoses, vômitos, amigdalites, bronquites e otites distribuíram-se homogeneamente entre os dois sexos.

O quadro obtido não difere do perfil de morbi-mortalidade encontrado pela PNSN 1989, onde as doenças infecciosas intestinais e respiratórias aparecem como principais causas de óbito⁵.

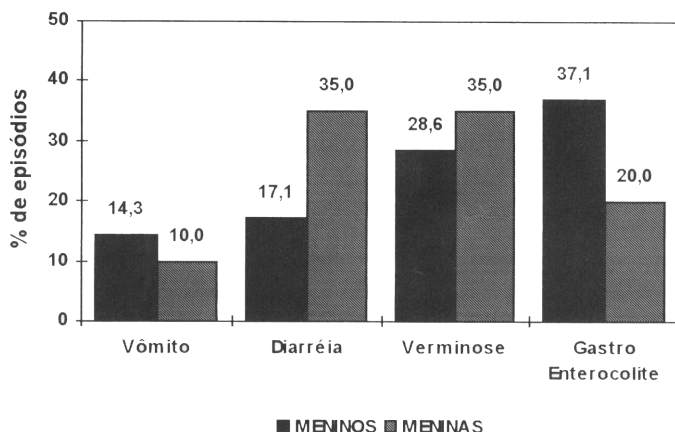
Procedência das crianças desnutridas

Analisando-se a procedência das crianças desnutridas (Tabela 4) observa-se que 63,3% estão distribuídas nas micro-áreas 4 e 5, sobretudo as acometidas pelas formas mais graves de desnutrição (33,3% de graus II e III). Já do total das crianças procedentes da micro-área 6, onde se situa a creche, 23,3% se apresentam desnutridas (grau I e II).

Assim, os resultados encontrados também parecem refletir as condições sócio-econômicas da população das diferentes micro-áreas de abrangência da creche e mesmo do Distrito de Perus-São Paulo. Em geral, nessas micro-áreas, predominam baixos salários aliados às condições inadequadas de habitação, saneamento básico, ou seja, precárias condições de vida e existência¹⁷.

**FIGURA 1 - INCIDÊNCIA DE DOENÇAS INTESTINAIS.
CRECHE ELÍSIO TEIXEIRA LEITE, 1993.**

Doenças intestinais



**FIGURA 2 - INCIDÊNCIA DE DOENÇAS INFECTO-RESPIRATÓRIAS.
CRECHE ELÍSIO TEIXEIRA LEITE, 1993.**

Doenças infecto respiratórias

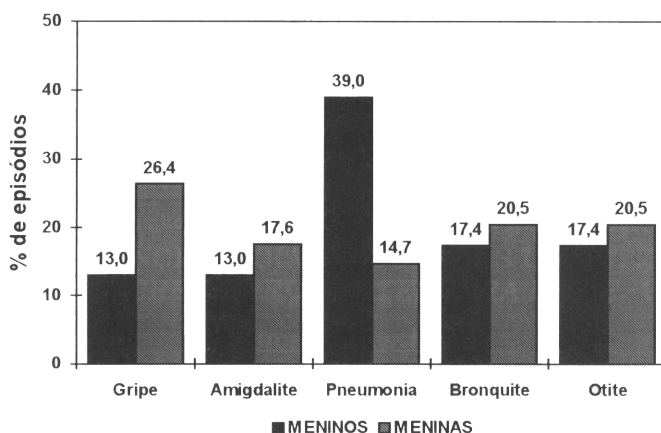
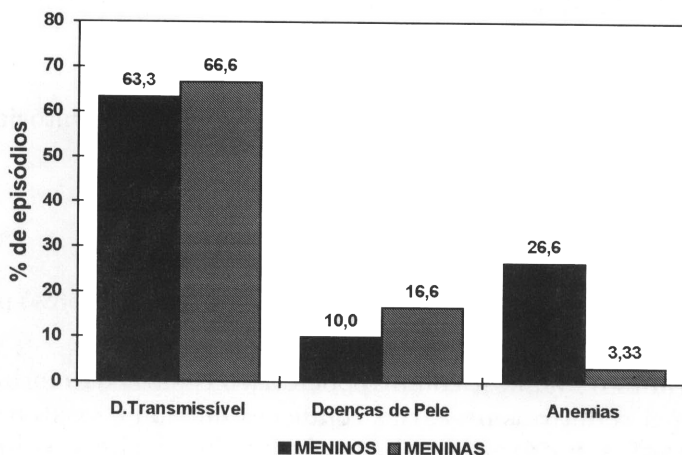


FIGURA 3 - INCIDÊNCIA DE OUTRAS MORBIDADES. CRECHE ELÍSIO TEIXEIRA, 1993.

Outras



5 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos evidenciaram:

Quanto ao **diagnóstico antropométrico**:

- Elevada incidência de desnutrição na creche estudada. A porcentagem de desnutridos obtida através de diferentes critérios diagnósticos foi: 53,2% pelas curvas de evolução pondo-estatural; 50,0% pela classificação de Gomez e 47,9% pela classificação de Waterlow;
- Predominância de formas leves (23,4%) e moderadas (22,3%) de desnutrição, de acordo com a classificação de Gomez;

- Maior incidência de desnutrição crônica-atual (30,8%) de acordo com a classificação de Waterlow, indicando incrementos desfavoráveis de peso e estatura mesmo em crianças que receberam todas as refeições na creche;
- Maior concentração de desnutridos na faixa de 12-48 meses de idade.

Quanto à **incidência das principais morbidades:**

- Maior ocorrência de doenças intestinais e respiratórias, sobretudo em meninos.

Quanto à **procedência das crianças desnutridas:**

- Maior porcentagem de crianças desnutridas (63,3%) procedentes das microáreas 4 e 5.
- Tanto o diagnóstico antropométrico como o de morbidade parecem refletir as precárias condições de vida e existência predominantes na área de abrangência da creche e sobretudo nas microáreas de procedência das crianças desnutridas.

BERTHO, M.P. et al. Disease and nutritional diagnostic of institutionalized children. *Day-care center Elísio Teixeira Leite*, Perus, SP, 1993. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 29, n. 2, p. 141-57, aug. 1995.

As a part of one survey about health conditions in institutionalized children, the nutritional status were evaluated. Data were obtained through antropometric assessment in a sample of 111 pre-school children matriculated in a small official day-care center in Perus - SP. According to Gomez, 50,0% of all that children were classified as malnourished, 23,4% of then in the I degree; 22,4% in II degree and only 4,3% in III degree. Taking into account the Waterlow's classification there was a highest frequency of cronic-actual malnutrition (30,8%) concentrated in children between 12-48 months of age. Additionally, these children presented highest incidence of infective - respiratory and intestinal diseases. These evidences lead on to the improvement of the follow-up of children growth and food consumption, specially of that under 24 meses, to attempt for an early identification of malnutrition, thus increasing the chance of nutritional recuperation.

UNITERMS: Children health. Antrophometric diagnostic. Pre-school children.

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS CRIANÇAS DESNUTRIDAS. CRECHE ELISIO TEIXEIRA LEITE, 1993.

REGIÕES*	GRAU DE DESNUTRIÇÃO											
	DI			DII			DIII			TOTAL		
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
MICROÁREA 1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MICROÁREA 2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
MICROÁREA 3	1	3,3	1	3,3	—	—	—	—	2	6,7	—	—
MICROÁREA 4	7	23,3	3	10,0	3	10,0	—	—	13	43,3	—	—
MICROÁREA 5	2	6,7	3	10,0	1	3,3	—	—	6	20,0	—	—
MICROÁREA 6	3	10,0	4	13,3	—	—	—	—	7	23,3	—	—
Jd. Paulistano	1	3,3	1	3,3	—	—	—	—	2	6,7	—	—
TOTAL	14	46,7	12	40,0	4	13,3	—	—	30	100,0	—	—

* MICROÁREA 1: Favela do Jardim Brasília e Jardim Pirituba
MICROÁREA 2: Favela do Jardim Rincão, Casas de Janio, Jardim Brasília e Favela do Cantagalo
MICROÁREA 3: Parque Taipas, Panamericano, Jardim Boa Vista e Jardim Brasília
MICROÁREA 4: Cantagalo, Parada de Taipas, Malibu/Shangrila, Jardim Pirituba e Jardim Nossa Senhora Aparecida
MICROÁREA 5: Jardim Rincão e Jardim Líder
MICROÁREA 6: COHAB

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARELLI, W. Perfil do consumo alimentar da classe trabalhadora. Saúde Deb., v.23, p.26-57, 1988.
2. BATISTA FILHO, M.; FERNANDES, M.F. Situação nutricional da criança no Brasil. Bol. Nac.SISVAN., v.1, p.12-4, 1991.
3. CARVALHO, A. As distorções nos programas alimentares em curso e propostas de medidas racionalizadoras. Cad.NESP., v.2, p.49-51, 1988.
4. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA/INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. 1989. Rio de Janeiro, 1992.
5. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro, 1992. v.4.
6. GOMEZ, F. et al. Mortality in second and third degree malnutrition. J.Trop.Pediatr., v.2, p.77-83, 1956.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/INSTITUTO DE PESQUISA EM ECONOMIA AGRÍCOLA. Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: resultados preliminares. Rio de Janeiro, 1990.
8. MARQUES, R.M. et al. Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros II: altura e peso. São Paulo, Brasileira de Ciências, 1982.
9. MONTEIRO, C.A. et al. Estudo antropométrico de pré-escolares de áreas de baixa renda do Estado de São Paulo, Brasil. Rev.Saúde Públ., v.18, n.1, p.1-18, 1984.
10. MONTEIRO, C.A. et al. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo 1984-1985: Aspectos metodológicos, características sócio-econômicas e ambiente físico. Rev.Saúde Públ., v.20, n.6, p.435-45, 1986.
11. MONTEIRO, C.A. et al. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo 1984-1985: II antropometria nutricional. Rev.Saúde Públ., v.20, n.6, p.446-53, 1986.
12. MONTEIRO, C.A. Saúde e nutrição de crianças de São Paulo. São Paulo, Hucitec, 1988.
13. OLIVEIRA, Z.M.R.; FERREIRA, M.C.R. Propostas para o atendimento em creches no município de São Paulo. Cad.Pesq., v.56, p.39-65, 1986.
14. PELIANO, A.M.T.M. Breve retrospectiva histórica. Cad.NESP., v.2, p.42-7, 1988.
15. PELIANO, A.M.T.M. Os programas de alimentação e nutrição para mães e crianças no Brasil. In: FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA/INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos

16. SÃO PAULO (Estado). Leis etc. Norma Técnica SS n°. 33/85. Critérios para inscrição e acompanhamento na atividade de recuperação nutricional. Diário Oficial do Estado. São Paulo, 22 de março de 1985. p. 1-6.
17. SEADE - São Paulo. Pobreza e riqueza: pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo - uma amostragem multifatorial. 1992.
17. WATERLOW, L.C. Classification and definition of protein energy malnutrition. In: BEATON, G.H.; BENGUA, J. Nutrition in preventive medicine. Geneva. World Health Organization, 1976. annex 5. p. 530-55.
18. WILSON, D. et al. Nutritional status of children inmates of a small institution for homeless children in the capital of the state of São Paulo, Brazil. Rev.Saúde Públ., v. 14, n. 3, p. 300-9, 1980.