

PERFIL NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – RS

Nutritional profile of children under the age of five at a Health Care Unit in Porto Alegre (RS)

Renata Escobar¹, Caren Serra Bavaresco²,
Caroline Maria Bonacina³, Amanda Ramos da Cunha⁴

RESUMO

Introdução: O monitoramento do crescimento infantil é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, doenças, cuidados de higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde, refletindo, assim, as condições de vida da criança. **Objetivos:** Conhecer o perfil nutricional das crianças de 0 a 5 anos de uma unidade de saúde de atenção primária, possibilitando um direcionamento de ações individuais e coletivas mais adequadas às necessidades dessas crianças. **Método:** Foram avaliadas 176 crianças menores de 5 anos, de um total de 222 cadastradas em uma unidade de saúde, sendo 86 (48,86%) do sexo masculino e 90 (51,14%) do sexo feminino. Os dados referentes ao peso e estatura foram coletados, de maneira transversal, diretamente dos prontuários das crianças e são provenientes de consultas que ocorreram entre março e setembro de 2008. Aquelas que não tinham dados recentes no prontuário foram convidadas a comparecer à unidade, para pesagem e medida da estatura. Para a avaliação do estado nutricional das crianças, foram utilizados os índices Estatura para Idade (E/I) e IMC para a Idade (IMC/I), conforme as curvas do *Multicentre Growth Reference Study* (OMS). **Resultados:** Das crianças avaliadas, 5,68% apresentaram baixa estatura e 1,14%, baixo IMC para a idade. O percentual encontrado de crianças com sobrepeso foi de 14,2% e 8,52% de obesidade. Dentre as crianças classificadas com baixa estatura, 80% eram do sexo feminino. Os índices de sobrepeso e obesidade também foram maiores entre as meninas, 28,89%, contra 16,28% nos

ABSTRACT

Introduction: Monitoring child growth is considered one of the best indicators of child health because of its close dependence on environmental factors such as nutrition, diseases, hygiene, housing and sanitation conditions, and access to health services, thus reflecting children's living conditions. **Objectives:** To know the nutritional profile of children from 0 to 5 years old in a Primary Health Care Unit, enabling us to direct individual and collective actions better suited to the needs of these children. **Methods:** From a total of 222 children registered in a Primary Health Care Unit, 176 children under the age of 5 were evaluated, of which 86 (48.86%) were male and 90 (51.14%) female. The data related to weight and height were collected in a transversal way, directly from their medical records from consultations that took place between March and September 2008; those without recent data were invited back for weight and height measurement. To evaluate the nutritional status of the children, the Height for Age (H/A) and BMI-for-age (BMI/A) indices were used according to the curves of the *Multicentre Growth Reference Study* (OMS). **Results:** Of the children studied, 5.68% had short stature and 1.14% low BMI for their age. The observed percentage of overweight children was 14.2% and 8.52% for obesity. Among the children classified with short stature, 80% were female. The rates of overweight and obesity were higher among the girls, at 28.89% versus 16.28% for the boys. **Conclusions:** Monitoring the nutritional status of children under five allowed us to establish

¹ Nutricionista do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

² Cirurgiã-Dentista – SSC/GHC. Preceptora RIS/GHC. Consultora Odontologia – Projeto Telessaúde RS. Mestre e Doutora Bioquímica/UFRGS. Pós-Doutoranda em Epidemiologia/UFRGS. E-mail: c_bavaresco@yahoo.com.br.

³ Cirurgiã-Dentista. Grupo Hospitalar Conceição.

⁴ Cirurgiã-Dentista do Hospital Moinhos de Vento.

meninos. **Conclusões:** A vigilância do estado nutricional das crianças menores de cinco anos permitiu estabelecer um perfil dessa população, tendo o sobrepeso uma maior prevalência sobre a desnutrição.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Nutricional; Desenvolvimento Infantil; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

Todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento e, dependendo das condições de vida a que for submetido, poderá ou não alcançá-lo, pois o ambiente físico e social em que vive a criança exerce forte influência no seu crescimento e na sua saúde.¹

O crescimento infantil é definido como o aumento do tamanho corporal e, portanto, ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). Esse parâmetro é considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, doenças, cuidados de higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde, refletindo, assim, as condições de vida da criança.² O acompanhamento rotineiro do crescimento infantil é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).³

Na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se bem definida a necessidade da vigilância nutricional e orientação alimentar. Na década de 90, a Vigilância Nutricional foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1156, de 31/08/1990, da inclusão na Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080, de 19/09/1990, artigos 3º, 6º e 12º) e nas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS), devido ao papel determinante e condicionante da alimentação na saúde da população.^{4,5} Nesse contexto, o acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento infantil é de extrema importância para identificar e tratar precocemente problemas que possam afetar sua saúde, tais como seu estado nutricional e sua capacidade mental e social.¹

Crianças menores de 5 anos são as principais usuárias dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento, uma vez que estão disponíveis na rede pública condutas com alta resolutividade para doenças infecciosas e também devido à priorização dada a esse grupo etário nos programas de saúde.^{6,7}

a profile of this population, with overweight being more prevalent than malnutrition.

KEYWORDS: Nutritional Surveillance; Child Development; Primary Health Care.

Dentre as ações dedicadas a essa população, destacam-se as imunizações e a puericultura, bem como o monitoramento do crescimento. O ato de pesar as crianças é uma atividade frequentemente desenvolvida nas unidades de saúde, porém apresenta pouco impacto sobre a saúde da criança, se não estiver associado a algum programa de recuperação de crianças desnutridas ou manejo daquelas com sobrepeso ou obesidade.^{6,7} A vigilância alimentar e nutricional corresponde à descrição contínua e à predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, assim como de seus fatores determinantes.⁸ Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.⁹

É essencial que as unidades de saúde de atenção primária conheçam os perfis dos diferentes grupos populacionais que utilizam o serviço, possibilitando o planejamento de ações, o gerenciamento e a organização do serviço, bem como a construção do modelo de vigilância à saúde. A identificação do estado nutricional das crianças é de extrema importância para o desenvolvimento de ações e políticas voltadas à saúde das mesmas.¹⁰

A avaliação antropométrica é utilizada como principal critério de aferição da nutrição e crescimento adequado das crianças. Essa indicação se baseia no conhecimento de que as discrepâncias entre as necessidades fisiológicas e a ingestão de alimentos deixam sinais no corpo das crianças, sejam sobrepeso e obesidade até severos quadros de desnutrição.¹ A antropometria é o método diagnóstico preferencial para a detecção de crianças com problemas nutricionais, segundo a OMS.¹¹

A utilização das curvas de crescimento objetiva conhecer a distribuição da variável na população de referência e avaliar, longitudinalmente, o crescimento de uma mesma criança, comparando seu desenvolvimento em cada momento, a fim de se detectarem precocemente desvios que possam ocorrer. Uma grande vantagem do seu uso é

a possibilidade do acompanhamento visual por meio do gráfico de crescimento, o que facilita seu uso por todos os profissionais de saúde.¹¹

O Brasil apresenta, atualmente, uma realidade na qual ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis. Simultaneamente, há um aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade. A atual situação alimentar e nutricional do país torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação.⁹ A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Pela sua capacidade de identificação das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, a APS contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários.⁹ Na lógica do modelo de atenção à saúde atual, as ações de nutrição devem ser organizadas a partir da caracterização clara do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares.⁸

A atenção nutricional no âmbito da APS deve dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade.⁹ Além disso, o conhecimento do perfil epidemiológico da população permite definir os mecanismos de apoio, os espaços intersetoriais e os potenciais atores, para uma atuação conjunta da saúde com a educação, a assistência social e os demais setores.⁸

Tendo em vista as evidências supracitadas, o objetivo deste estudo é conhecer o perfil nutricional das crianças menores de 5 anos que utilizam uma unidade de saúde de atenção primária da zona leste do município de Porto Alegre, para que, a partir desses dados, possa haver um direcionamento de ações individuais e coletivas mais adequadas às necessidades dessas crianças.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que avaliou 176 crianças menores de 5 anos pertencentes ao cadastro de usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre – RS. Das 222 crianças cadastradas, foram excluídas 23, por não pertencerem mais à área de abrangência da unidade (n=199).

O projeto de pesquisa foi apresentado em reunião de equipe na unidade de saúde, a fim de sensibilizar os demais profissionais para a questão da vigilância nutricional e importância da aferição correta dos dados antropométricos das crianças que comparecessem ao posto. Foram

reforçadas as técnicas de medição da altura e do peso, com base nas orientações do Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e afixados cartazes elaborados pelo Ministério da Saúde, com fotos demonstrando a maneira correta de aferir os dados, nas paredes próximas ao estadiômetro e às balanças.

Os dados referentes ao gênero, à data de nascimento, ao peso e à estatura foram coletados diretamente do prontuário da criança, após consultas médicas realizadas na unidade, assim como a data em que foram coletados, para posterior cálculo da idade das crianças. Aquelas que não possuíam dados recentes no prontuário, conforme as consultas de puericultura preconizadas para o período, foram convidadas a comparecer à unidade para aferição dos dados antropométricos, por meio da visita de um agente comunitário de saúde, que explicava para os pais ou responsáveis o motivo da busca. Essas crianças foram pesadas e medidas diretamente pela pesquisadora e tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo responsável no momento da coleta dos dados.

Todas as crianças foram pesadas e medidas com balança digital marca Toledo®, com estadiômetro, capacidade de 200kg e precisão de 50g, ou balança pediátrica marca Urano®, capacidade 15kg e precisão de 5g, aferidas regularmente pelo Inmetro. Para verificar a altura, foram utilizados estadiômetro fixado à balança e régua pediátrica (medindo 105 cm), conforme orientação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). A coleta de dados se deu entre junho e outubro de 2008, com crianças que compareceram à unidade entre os meses de abril e outubro do mesmo ano.

Para a avaliação do estado nutricional das crianças, foram utilizados os índices Estatura para a Idade (E/I) e IMC para a idade (IMC/I), de acordo com o padrão de referência das curvas do *Multicentre Growth Reference Study*, atualmente recomendado pela OMS e MS. Os indicadores para definição de baixa estatura, déficit de peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade encontram-se descritos nas Tabelas 1 e 2.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, em 12/03/08. Os dados foram expressos em percentual do total de crianças avaliadas e distribuídos segundo gênero e estado nutricional.

RESULTADOS

Dentre as 199 crianças, 31 não apresentavam dados recentes no prontuário, ou por não comparecerem à unidade há bastante tempo, ou por terem sido apenas pesadas e não terem a sua medida da altura aferida nas consultas.

Tabela 1 - Ponto de corte de estatura por idade para crianças.

Valores Críticos	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 3	Baixa Estatura para a idade
≥ Percentil 3	Estatura Adequada para a idade

Fonte: SISVAN, 2008.

Tabela 2 - Pontos de corte de IMC por idade para crianças (SISVAN, 2008).

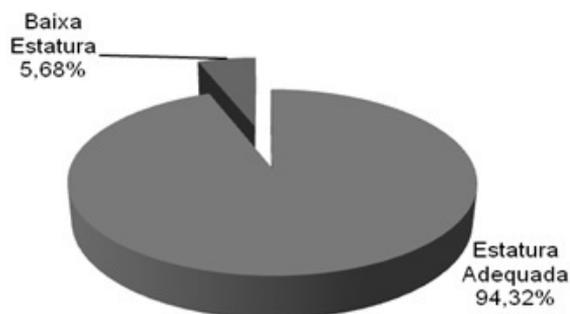
Valores Críticos	Diagnóstico Nutricional
< Percentil 3	Baixo IMC por idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	IMC Adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	Sobrepeso
≥ Percentil 97	Obesidade

Fonte: SISVAN, 2008.

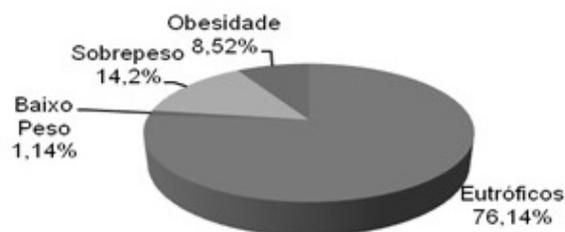
Essas crianças foram convidadas a comparecer à unidade de saúde, para coleta dos dados antropométricos. Apenas oito responderam ao convite. Houve uma perda de 23 crianças (11,55%) que não responderam ao chamado para comparecer à unidade, após três tentativas.

A distribuição por gênero das 176 crianças que participaram da amostra foi bastante semelhante, com 51,14% delas pertencendo ao sexo feminino e 48,86%, ao sexo masculino.

Observaram-se baixa estatura em 5,68% (n=10), baixo IMC para idade em 1,14% (n=2), sobrepeso em 14,2% (n= 25) e 8,52% de obesidade (n=15). Os Gráficos 1 e 2 apresentam a distribuição da amostra, conforme o ponto de corte de estatura por idade e de IMC por idade para crianças.

Gráfico 1 - Prevalência de baixa estatura nas crianças menores de 5 anos.

Fonte: dados da pesquisa.

Gráfico 2 - Distribuição (%) do estado nutricional das crianças segundo o índice IMC/Idade.

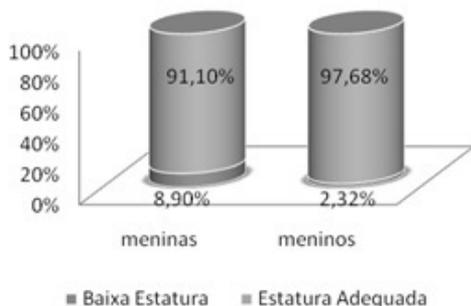
Fonte: dados da pesquisa.

O número de crianças com déficit de estatura foi maior entre as meninas (n=8) do que entre os meninos (n=2). Os índices de sobrepeso e obesidade juntos também foram maiores no sexo feminino: 28,89% delas estavam acima do peso contra 16,28% dos meninos.

O baixo IMC por idade apresentou distribuição homogênea entre os sexos: 1 (50%) caso entre meninas e 1 (50%) caso entre meninos.

O percentual de baixa estatura encontrado nas meninas foi de 8,9% contra 2,32% no sexo masculino (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição (%) da baixa estatura segundo gênero.



Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Dentre as variáveis analisadas neste estudo, o excesso de peso aparece como o problema nutricional mais prevalente nas crianças da unidade de saúde estudada, seguido pela baixa estatura. Estudos anteriores realizados em outros municípios e regiões do Brasil já haviam observado maior prevalência de excesso do que de baixo peso entre as crianças dessa faixa etária. Um estudo realizado em 13 unidades de saúde do município de São Leopoldo – RS, que avaliou 3957 crianças entre 1 mês e 5 anos também de maneira transversal e utilizando as novas curvas da OMS, encontrou um déficit de 2,6% de peso, 9,1% de baixa estatura e 9,8% de excesso de peso nas crianças (Peso para estatura \geq Escore-z +2).¹⁰ Outro trabalho, realizado na cidade de Florianópolis – SC, avaliou 3806 crianças menores de 6 anos, encontrando uma prevalência de 1,9% de baixo peso para estatura, 6,8% de sobrepeso e 91,4% de eutrofia. Esse trabalho apresenta números bem semelhantes aos encontrados nas crianças deste estudo, considerando-se que o indicador Peso para estatura \geq Escore-z +2, que foi utilizado como parâmetro para sobrepeso no estudo de Florianópolis, equivale ao indicador de obesidade ($>$ percentil 97) utilizado nesta pesquisa.¹² Na cidade de Mogi-Guaçu – SP, um estudo que utilizou o IMC como indicador do estado nutricional encontrou 63,46% de crianças classificadas com IMC normal, 23,08% com sobrepeso e 13,46% com obesidade.¹³

Se somarmos os índices de sobrepeso e de obesidade encontrados nas crianças menores de 5 anos participantes deste estudo, podemos verificar que o total de crianças que apresenta algum grau de excesso de peso chega a 22,72%. É preciso destacar o maior risco, em longo prazo, da obesidade infantil e a sua persistência no adulto, com todas as suas consequências à saúde. A partir dos 3

anos de idade, ela passa a ser determinante de obesidade futura. O excesso de adiposidade está associado a fatores de risco para doenças cardiovasculares.^{13,14}

Vale lembrar que o número de trabalhos publicados utilizando as novas curvas de crescimento da OMS como padrão para avaliação do estado nutricional de crianças ainda é escasso. A grande maioria dos estudos que utilizaram a antropometria como ferramenta para o *screening* nutricional na faixa etária de 0 aos 5 anos de idade ainda aparece com a referência do NCHS. A utilização das novas curvas da OMS como padrão normativo de crescimento, por ser baseado em crianças amamentadas, leva a uma identificação mais precoce e mais elevada de crianças com sobrepeso e obesidade, o que pode explicar a maior prevalência de excesso de peso neste trabalho, quando comparado a estudos que utilizaram a referência do NCHS.¹⁵

A prevalência de 5,68% de baixa estatura nas crianças de uma unidade de saúde demonstra a necessidade de medidas mais abrangentes e complexas com relação à saúde da população, uma vez que manifesta os agravos de longa duração sofridos pelas crianças (desnutrição crônica)¹¹ e é considerado o indicador mais sensível da qualidade de vida de uma população.^{11,10} Entre as crianças com baixa estatura encontradas neste estudo, uma apresentava também baixo peso e 2 apresentavam excesso de peso (1 sobrepeso e 1 obesidade).

Na cidade de Niterói – RJ, um estudo que avaliou 2248 crianças de 0 a 5 anos encontrou 6,8% de baixa estatura (Estatura para idade $<$ Escore-z -2 NCHS), refletindo uma situação similar à da população estudada.¹⁶

Outro estudo realizado no sul do país analisou números provenientes do Programa de Vigilância Nutricional de Crianças da Prefeitura Municipal de Porto Alegre – RS. Dentre as 391 crianças menores de 5 anos diagnosticadas com risco nutricional em um único Distrito de Saúde do município, 57,8% apresentavam déficit de estatura por idade (E/I), 17,2% de peso para estatura (P/E), 14,8% de peso para idade (P/I) e 10,2% déficits simultâneos de A/I e P/E.¹⁷

Um estudo realizado em um bairro de baixo nível socioeconômico da cidade de Pelotas – RS encontrou 25,9% de déficit de E/I, 14,4% de déficit de P/I e 3,5% de déficit de P/E.¹⁸

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 aponta 3,6% de déficit de peso para idade na área urbana do Brasil e 2,6% na área urbana da região sul. Porém o estado nutricional dos menores de 5 anos aparece descrito apenas com o índice P/I (NCHS).¹⁵

É importante destacar que, neste estudo, optamos por não utilizar o índice de peso por idade (P/I), visto que a literatura já aponta, há bastante tempo, não ser um

bom indicador do estado nutricional, devido ao fato de, frequentemente, classificar como desnutridos indivíduos com baixa estatura, servindo apenas para a visualização da linha de crescimento da criança. Além disso, os índices E/I e IMC por idade cumpriram sozinhos o papel de avaliar o estado nutricional infantil.^{10,11,14} Dentre as consequências da desnutrição infantil, destacam-se sua influência nos índices de mortalidade, principalmente associada a doenças infecciosas, e seu efeito no desenvolvimento cognitivo, motor e socioemocional das crianças.¹⁵

A baixa prevalência de déficit de peso (1,9%) entre as crianças deste estudo está em congruência com o que se tem observado atualmente nos países emergentes: a desnutrição vem dando espaço para o aumento do excesso de peso em crianças.¹⁵

A escolha da antropometria como método de identificação de problemas nutricionais se deve a sua simplicidade, fácil aplicação, baixo custo, boa exatidão e, por não ser um método invasivo, ter uma boa aceitabilidade pela população geral.¹⁵ Deve-se ressaltar, porém, que, no plano individual, devem ser realizados a anamnese alimentar completa, o exame clínico e, ainda, se necessário, exames laboratoriais,¹¹ para um parecer mais completo do estado nutricional de crianças.

Com relação às limitações do presente estudo, uma delas se deve à utilização de dados secundários, ou seja, dados antropométricos coletados diretamente dos prontuários das crianças. Os dados encontrados também devem ser interpretados com cautela, devido à transversalidade do estudo e às características da população estudada.

Seria interessante aliar a estudos como este a investigação das variáveis que possam ter relação com o excesso de peso, baixa estatura e baixo IMC para idade, utilizando as novas curvas da OMS.

CONCLUSÃO

É importante que se reflita em relação às políticas públicas pautadas no estado nutricional das crianças, pois a maioria delas ignora o fato de o excesso de peso já apresentar maior prevalência do que a desnutrição em muitos lugares do país, assim como ocorreu neste estudo. Por meio deste, os profissionais da unidade de saúde em questão puderam, baseados no diagnóstico da realidade local, redefinir práticas educacionais preventivas em saúde voltadas aos problemas nutricionais encontrados no território.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo Hospitalar Con-
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Zeferino AMB, Barros Filho AA, Bettioli H, Barbieri MA. Acompanhamento do crescimento. *J Pediatr.* 2003; 79(1):23-32.
4. Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Stefanini MLR. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7:213-20.
5. Aerts DR, Giugliani ER. Vigilância do estado nutricional da criança. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Cesar JA, Mendoza-Sassi R, Horta BL, Ribeiro RP, D'Avila AC, Santos FM, et al. Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. *J Pediatr.* 2006; 82(6):437-44.
7. Radaelli SM, Takeda SMP, Gimeno LID, Wagner MB, Kanter FJ, Mello VM, Borges JC, et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. *Rev Saúde Pública.* 1990; 24:232-40.
8. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva da ACF, Ubarana JA, Aquino de KKNC, et al. A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(4):688-99.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Vitolo MR, Gama CM, Bortolini GA, Campagnolo PD, Drachler ML. Some risk factors associated with overweight, stunting and wasting among under 5 years old. *J Pediatr.* 2008; 83(3):251-7.

11. Nogueira-de-Almeida CA, Ricco RG, Nogueira MPC, Del Ciampo LA, Muccillo G. Avaliação do uso do percentil 10 de peso para idade como ponto de corte para detecção de crianças sob risco nutricional. *J Pediatr.* 1999; 75(5):345-9.
12. Corso ACT, Botelho LJ, Zeni LAZR, Moreira EAM. Sobrepeso em crianças menores de 6 anos de idade em Florianópolis, SC. *Rev Nutr.* 2003 jan./mar.; 16(1):21-8.
13. Fernandes IT, Gallo PR, Advíncula AO. Avaliação antropométrica de pré-escolares do município de Mogi-Guaçu, São Paulo: subsídios para políticas públicas de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006 abr./jun.; 6(2): 217-22.
14. Vitolo MR. *Nutrição: da gestação ao envelhecimento.* Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
15. Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. *Epidemiologia nutricional.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
16. Marins VMRV, Coelho MASC, Matos HJ, Amaral NS, Valle J, Gismondi RC, et al. Perfil antropométrico de crianças de 0 a 5 anos do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Colet.* 1995 abr./jun.; 1(2):246-53.
17. Cuervo MRM, Aerts DRG de C, Halpern R. Vigilância do estado nutricional das crianças de um distrito de saúde no sul do Brasil. *J Pediatr.* 2005; 81:325-31.
18. Post CLA, Victoria CG, Barros AJD. Entendendo a baixa prevalência de déficit de peso para estatura em crianças brasileiras de baixo nível socioeconômico: correlação entre índices antropométricos. *Cad Saúde Colet.* 2000 jan./mar.; 16(1):73-82.

Submissão: outubro/2012

Aprovação: junho/2013
