

***BINÔMIO DESNUTRIÇÃO E POBREZA: UMA META A SER VENCIDA PELOS PAÍSES
EM DESENVOLVIMENTO***

Fernanda Rodrigues Alves^a

Silvio Rodrigues Alves^b

Adriana Garófolo^c

Patrícia Claudia Modesto^d

Resumo

A desnutrição pode ser de etiologia primária ou secundária. É um estado patológico originado do aproveitamento insuficiente dos nutrientes pelo organismo, levando ao comprometimento ponderal e/ou estatural. A desnutrição é uma causa importante de morbidade e mortalidade e tem sido uma importante questão nos países em desenvolvimento. Autores sugerem uma estreita relação entre desnutrição e situação socioeconômica. Adota-se como linha de pobreza a renda familiar equivalente a 0,25 salários mínimos por pessoa. No Brasil existem mais de 55 milhões de pessoas na pobreza. Nos últimos três anos, os investimentos do governo em infraestrutura atingiram o menor percentual do Produto Interno Bruto (PIB) das últimas seis décadas, comprometendo o crescimento econômico do país e, assim, piorando a realidade econômica e social da população.

Palavras-chave: Desnutrição. Fome. Pobreza. Países em desenvolvimento. Expectativa de vida.

^a Nutricionista do Hospital Samaritano de São Paulo. Especialista em Nutrição Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE). Especialista em Nutrição Clínica pela ASBRAN. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

^b Economista. Contador. Docente da Faculdade Campo Limpo Paulista e da Faculdade de Paulínia. Mestre em Ciências Contábeis e Finanças pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC).

^c Nutricionista clínica. Diretora e docente do Instituto Adriana Garófolo. Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

^d Nutricionista Clínica do Hospital Albert Einstein. Especialista em Nutrição Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE).

Endereço para correspondência: Av. Guilherme Giorgi, n.º 1.611, casa 9, São Paulo, São Paulo. CEP: 04023-062. nanda.nutri@gmail.com

Abstract

Malnutrition can be of primary or secondary etiology. It is a pathologic condition originated from the insufficient use of nutrients by the organism, leading to the weight and/or stature failure. Malnutrition is an important reason for morbidity and mortality and it is a relevant issue in underdeveloped countries. Experts suggest a relationship between malnutrition and social/economic status. It is considered as poverty the family income equivalent to 0,25 minimum salaries per person. Brazil has more than 55 million poverty persons. In the last three years, government investments in the economic structure reached the lowest GDP (Gross Domestic Product) percentage in the last six decades, thus injuring the social condition of poor people.

Key words: Malnutrition. Poverty. Hunger. Economic growth. Life expectancy.

EL BINOMIO DESNUTRICIÓN Y POBREZA: UNA META A SER SUPERADA POR LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Resumen

La desnutrición puede ser de etiología primaria o secundaria. Es un estado patológico causado por el aprovechamiento inadecuado de los nutrientes por el cuerpo, poniendo en riesgo el peso y/o la altura. La desnutrición es una causa importante de morbilidad y mortalidad y ha sido un debate importante en los países en desarrollo. Algunos autores sugieren una estrecha relación entre la desnutrición y el nivel socioeconómico. Se adopta como línea de pobreza el ingreso familiar de 0,25 sueldos base por persona. En Brasil hay más de 55 millones de personas en la línea de pobreza. En los últimos tres años las inversiones del gobierno en infraestructura alcanzaron, en las últimas seis décadas, el porcentaje más bajo del Producto Interno Bruto (PIB), comprometiendo el crecimiento económico del país y empeorando, así, la realidad económica y social de la población.

Palabras-clave: La desnutrición. El hambre. La pobreza. Países en desarrollo. Esperanza de vida.

INTRODUÇÃO

A desnutrição é um estado que vem acompanhado de diversas manifestações clínicas potencialmente reversíveis. É originada da insuficiência de nutrientes às células do organismo. A desnutrição possui causas multifatoriais, assim como descrito por estudo realizado em 2004 sobre a desnutrição no novo milênio.¹

Quando se inicia o processo de desnutrição, inicialmente é verificado o comprometimento do peso para a estatura e do peso para a idade. Quando o déficit nutricional é instalado por um período maior, no caso da criança, ocorre limitação ao desenvolvimento global, sendo verificado comprometimento da estatura para a idade, conhecido como desnutrição crônica. Esta reflete as condições precárias de saúde e/ou insuficiente ingestão alimentar, instalados em longo prazo.^{2,3}

A prevalência de desnutrição medida pelo indicador de estatura para a idade em crianças menores de cinco anos foi demonstrada pelo NationMaster,^e que compilou os dados de pesquisas nacionais mais recentes de 145 países do mundo (**Figura 1**). Os piores percentuais de desnutrição foram encontrados em crianças do continente africano. As crianças brasileiras encontram-se na trigésima sexta posição entre os países apresentados. O valor percentual brasileiro considerado pelo NationMaster foi obtido pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) no ano de 1996.⁴

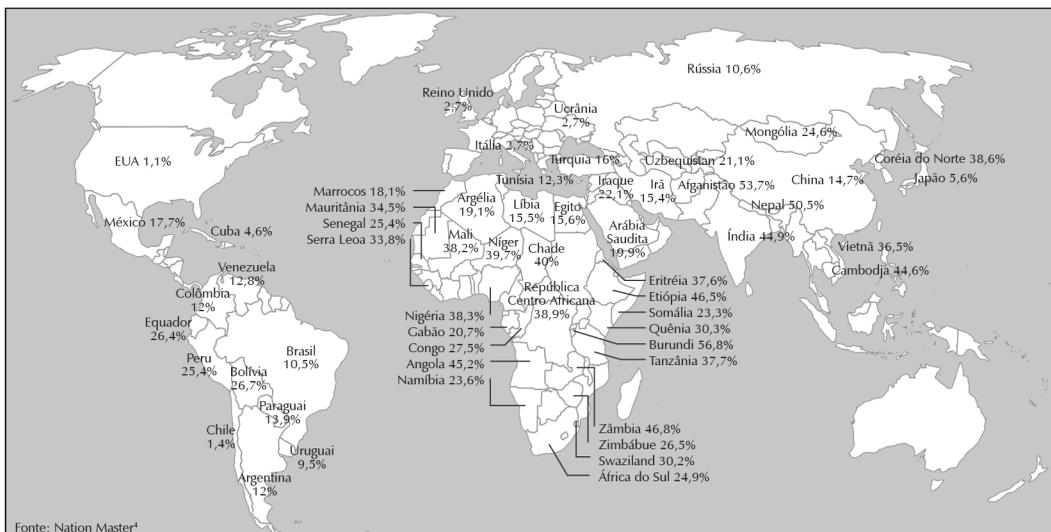


Figura 1. Percentual mundial de desnutrição medido pelo indicador de peso para estatura em crianças menores de cinco anos

^e NationMaster: website criado por uma companhia de web tecnológica situada na Austrália. Ela compila dados provenientes de fontes idôneas com os valores nacionais mais atualizados.

A PNDS realizada em 1996 evidenciou uma prevalência de desnutrição por déficit de estatura em 10,5% das crianças menores de cinco anos do Brasil, entretanto com valores bastante distintos entre as diversas regiões do território nacional, variando de 18% no Nordeste a 5% no Sul do país (**Figura 2**).⁵

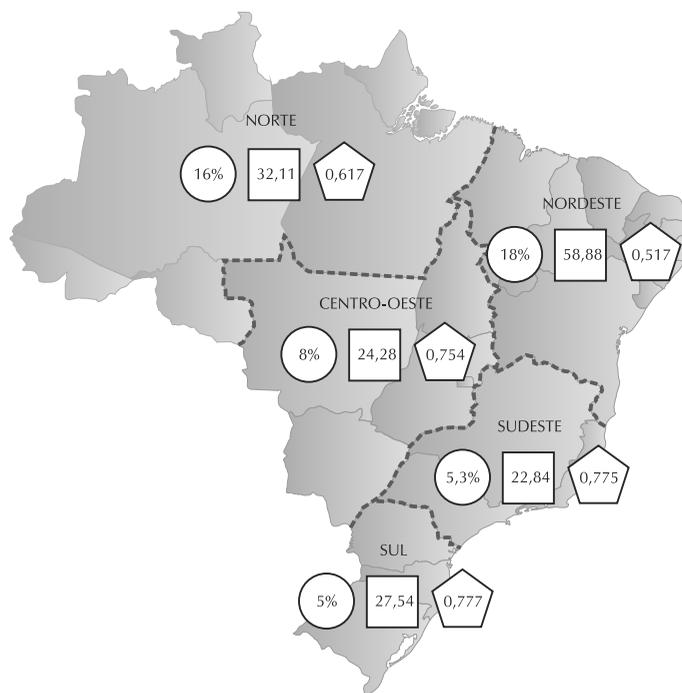


Figura 2. Distribuição do percentual de desnutrição, índice de desenvolvimento humano e mortalidade infantil no território brasileiro

Fonte IDH: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento;²³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.^{5,12,26}

- Percentual de desnutrição medido pelo indicador de peso para idade em crianças menores de cinco anos.
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).
- ⬠ Mortalidade Infantil medida por número de mortes em crianças menores de um ano de idade por 1.000 nascidas vivas.

A desnutrição nas crianças brasileiras é predominantemente crônica, ou seja, o indicador de estatura para idade é aquele que reflete o comprometimento nutricional mais expressivo da nossa população. Entretanto, é necessário descrever o déficit nutricional (< 2 desvios padrão ou mais) em crianças menores de cinco anos por todos os indicadores. O percentual de desnutrição encontrado foi de 10,5%, conforme o indicador de estatura para idade (E/I), 2,5% quando verificado pelo peso para estatura (P/E) e 5,5% segundo o peso para idade (P/I).²

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002-2003 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) descreveu quatro intervalos para classificar a prevalência de desnutrição medida pelo P/I em crianças menores de cinco anos de países em desenvolvimento avaliados entre os anos de 1980 e 1992. No Brasil, o percentual de desnutrição foi de 7%, novamente ocorrendo diferenças entre as regiões. Na região Norte foi identificado o índice de 11,5% de desnutrição; na área rural dessa região, encontrou-se aproximadamente o dobro do percentual global de desnutrição encontrado no país (15%).⁵

A desnutrição pode ser de etiologia primária ou secundária; a primeira ocorre por oferta alimentar insuficiente, com comprometimento do aporte energético, de macro e micronutrientes. A desnutrição de causa secundária pode ser causada ou agravada pela existência de uma doença de base que pode ou não estar associada com a ingestão alimentar. A doença existente pode comprometer a ingestão alimentar de maneira qualitativa e quantitativa, além de poder interferir na utilização normal dos nutrientes dos alimentos ingeridos.^{6,8}

Em 2005, estudo prospectivo, avaliando a desnutrição em uma população do estado de São Paulo, verificou, no grupo das crianças desnutridas, que aproximadamente 70% delas apresentavam alguma doença crônica associada à desnutrição. O restante do grupo apresentava desnutrição de causa primária, ou seja, advinda de um comprometimento da ingestão dietética dessas crianças.⁹

A pobreza parece estar vinculada à falta de alimentos, conseqüentemente, ao comprometimento da ingestão energética e à existência de carências nutricionais que podem causar a desnutrição. Estas, por sua vez, parecem estar associadas à maior probabilidade de ocorrência de processos infecciosos que vêm acompanhados de outras doenças oportunistas, resultando em um comprometimento nutricional ainda maior.¹⁰

A falta de energia e de nutrientes em longo prazo, além de prejudicar o crescimento normal, como descrito, também resulta em atraso do desenvolvimento global das crianças e em comprometimento do sistema imunológico.¹

A desnutrição ainda é uma das causas de morbidade e mortalidade de crianças de todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que as taxas de óbito por desnutrição grave devam ser inferiores a 5%, entretanto, no Brasil, este valor está em torno de 20%.¹¹

Mortalidade infantil é definida pela razão entre óbitos de crianças até 12 meses e o número de nascidas vivas em um ano, sendo apresentada em número de óbitos por mil nascidos vivos. Segundos dados levantado pelo IBGE, a taxa de mortalidade infantil no Brasil vem apresentando declínio. Em 1994 era de 39,5 mortes para cada mil nascidos vivos,

reduzindo-se para 36,5 em 1996. Em 2002 foi de 28,5 e, em 2004, de 26,5. Não obstante a redução na taxa de mortalidade infantil, a quantidade de óbitos em crianças menores de um ano em 2001 ainda era alta quando comparada com a de outros países da América do Sul.¹²

Agrava a realidade das taxas de mortalidade infantil do Brasil, o fato de que há importantes diferenças entre as regiões do país. A taxa do ano de 2002 (28,5), quando estratificada, resulta em: 41,5 no Nordeste, 28 no Norte, 20,5 no Centro-Oeste, 20 no Sudeste e 18 no Sul. Considerando esses dados, pode-se perceber que, assim como para as taxas de desnutrição, também há diferenças para as taxas de mortalidade infantil entre as regiões do país, sendo o valor encontrado no Nordeste o dobro daquele detectado na região Sudeste.¹²

Segundo os dados estatísticos do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), obtidos entre os anos de 2005 e 2006, ocorreram 9,7 milhões de mortes em crianças menores de cinco anos. Destas 3,1 milhões foram na Ásia meridional e 4,8 milhões na África, ao sul do Saara. No Brasil, essa taxa foi reduzida em 48% desde 1990. Em 2005, a taxa foi de 31%, entretanto há um comprometimento de reduzi-la para 22% até o ano de 2015, conforme meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU). Trinta e uma mortes em crianças menores de cinco anos por mil nascidas vivas é um número significativamente elevado quando comparado ao encontrado em países desenvolvidos (seis mortes por mil nascidos vivos).¹³

Em um hospital de Pernambuco foram avaliadas, retrospectivamente, crianças com desnutrição primária diagnosticadas pelo indicador de peso para idade, verificando taxa de mortalidade de 34,5%. Com relação à situação financeira das famílias incluídas no estudo, o levantamento demonstrou que 10% delas recebiam mais de três salários mínimos por mês, e as demais sobreviviam com uma renda mensal menor que três salários mínimos por família.¹⁴

Outro estudo realizado em São Paulo verificou 4% de taxa de mortalidade em crianças desnutridas, independentemente de doença associada, sendo essa a única causa de morte.⁹ Um levantamento epidemiológico realizado retrospectivamente em uma unidade de terapia intensiva de um hospital geral do Rio Grande do Sul demonstrou que o estado nutricional foi um fator determinante de morte. As crianças desnutridas apresentaram três vezes mais chance de morrer do que as eutróficas. A taxa de mortalidade, independentemente do motivo da internação, no grupo desnutrido, foi de 14%, enquanto, no eutrófico, foi de 4,5%, sendo estatisticamente significativa.¹⁵

Trabalho publicado em 2006,¹⁶ realizado prospectivamente com crianças admitidas em um hospital situado no Quênia, encontrou que 42% das crianças eram desnutridas, conforme os indicadores de peso para altura e circunferência muscular do braço.

Foi encontrada nesse grupo uma taxa de mortalidade de 19%, sendo 33% nas primeiras 48 horas e 41% nas 72 horas após a admissão. A principal comorbidade foi infecção microbiologicamente documentada.

É consenso que a desnutrição está associada com maior número de infecções nesses pacientes, e que eles apresentam maiores taxas de morbi-mortalidade, independentemente de haver doença de base associada, especialmente quando o grupo desnutrido é composto por crianças.^{9,17-19}

Parece que a mortalidade é mais incidente nas crianças desnutridas. Contudo, vale lembrar que grande parte dos estudos são retrospectivos e realizados com dados obtidos no levantamento dos prontuários dos pacientes.

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA DO BRASIL

A distribuição de renda no Brasil é um indicador de desigualdade econômica, política e social do país.²⁰

Durante muito tempo foram utilizados indicadores como o Produto Interno Bruto (PIB) e o Produto Nacional Bruto (PNB) para caracterizar o grau de desenvolvimento dos países. Diversas contestações têm sido formuladas para desqualificar o uso de tais indicadores para o uso especificado.²¹ Basta observar a realidade de alguns países árabes produtores de petróleo, que têm o PIB e o PNB elevados. Nesses países, a riqueza concentra-se nas mãos de poucas pessoas, enquanto a maioria da população é bastante pobre. Tal realidade, existente também em diversos outros países, desqualifica o uso daqueles indicadores como fidedignos para medir-se o desenvolvimento humano das diversas nações.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) adota o Índice do Desenvolvimento Humano (IDH) como o indicador mais confiável para medir o grau de desenvolvimento dos países. Ele reconhece três indicadores essenciais que estão presentes em todos os níveis de desenvolvimento e devem ser tomados em conjunto para efetivamente medir as oportunidades para uma existência saudável, obter educação formal e ter acesso aos bens materiais necessários para o alcance de um padrão de vida adequado, a saber:

- a) indicador de longevidade: utiliza a expectativa de vida;
- b) indicador educacional: utiliza a taxa combinada de alfabetização e a taxa de matrículas no ensino fundamental, médio e superior;
- c) indicador de acesso a recursos materiais: utiliza a renda *per capita*.²²

O IDH varia entre 0 e 1. Um IDH entre 0 e $>0,5$ indica baixo desenvolvimento humano. No intervalo $\geq 0,5$ e $< 0,8$ há um desenvolvimento humano médio. Por fim, no intervalo $\geq 0,8$ e 1 considera-se que há alto desenvolvimento humano. Os índices de IDH podem ser alto, médio ou baixo. Em 2007, o PNUD apresentou dados do IDH relativos ao ano de 2005; eles apontaram um IDH alto na Noruega (0,968), EUA (0,951) e Itália (0,941); médio na Venezuela (0,792), Colômbia (0,791) e China (0,777); e baixo na Nigéria (0,470), Angola (0,446) e Serra Leoa (0,336). O Brasil foi classificado como de alto grau de desenvolvimento. Entretanto, dentre os 70 países com IDH alto, ele é o septuagésimo, com o índice de 0,800.²³

É verdade que o IDH do Brasil vem aumentando ao longo dos últimos anos, entretanto existem várias questões a serem levantadas acerca desse indicador. Apesar do valor numérico classificar o país como desenvolvido (conforme visto na publicação de 2007), a sua colocação dentre todos os países avaliados vem caindo de maneira importante. A publicação de 2005, referente a 2003, coloca o Brasil em 68º lugar (IDH 0,79). Já na publicação de 2006, referente a 2004, o valor do IDH se mantém, contudo a classificação cai para 69º, piorando um pouco mais na publicação do ano de 2007, referente a 2005, onde o IDH aumentou para 0,8, destacando-o como índice elevado, mas com queda no *ranking* para 70º colocação. Essa descrição demonstra que, mesmo com o crescimento que o Brasil obteve nos últimos anos, foi inferior quando comparado ao dos demais países do mundo, conforme o *ranking* do IDH.²³

Considerando que o IDH é composto por três índices, torna-se extremamente relevante destrinchar os valores que conferiram ao Brasil a classificação de país desenvolvido e compará-los com os valores apresentados pelo PNDU para países com alto desenvolvimento humano. Um fator que tem contribuído para o aumento no IDH em nosso país é a melhoria extraordinária na expectativa de vida, que, em 1990, era de 66,57 anos e, em 2007, chegou a 71,7 anos. O aumento na expectativa de vida do brasileiro reflete um valor atual próximo ao esperado para um país desenvolvido (76,2 anos). O segundo índice está baseado no percentual de taxa de matrícula combinado com o de alfabetização. No Brasil, a taxa é de 87,5%, enquanto o percentual esperado para países com alto desenvolvimento é de 88,4%. Os dois primeiros índices estão próximos aos valores esperados para países desenvolvidos, entretanto o indicador de acesso a recursos materiais demonstra a precariedade da população brasileira. O PIB *per capita* estimado para um país com alto desenvolvimento humano é quase três vezes maior do que o do Brasil: US\$ 23,980 e US\$ 8,402, respectivamente.^{21,23}

O coeficiente de Gini calcula a distribuição de renda de um país. Os dados referentes a 2005 mostram que o Brasil é o oitavo pior colocado no mundo, com o valor de

0,593. Considera-se detenção de toda a renda nacional em uma única pessoa do país quando este coeficiente for igual a 1,00. Portanto, o valor de 0,593 parece demonstrar a existência de um país extremamente injusto.²⁴

Também é importante ressaltar que o IDH é uma média nacional, e que, assim como as taxas de desnutrição e mortalidade infantil, há diferenças entre os valores das cinco regiões do território brasileiro, conforme apresentado na **Figura 2**. Ela apresenta a distribuição de três indicadores conforme as regiões do país. Os indicadores são: IDH, estado nutricional (medido pelo indicador de E/I em crianças menores de cinco anos) e mortalidade infantil (medida por número de mortes por mil nascidos vivos menores de um ano de idade). Considerando que a última avaliação do estado nutricional do PNDU ocorreu em 1996, procura-se apresentar os dados de mortalidade infantil e do IDH da mesma década.

Assim como o PNUD de 1996, a POF de 2002-2003, medindo a desnutrição pelo P/I, também verificou pior percentual de desnutrição (medido pelo P/I) nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, ou seja: 11,5% no Norte, 8% no Nordeste, 6,5% no Centro-Oeste, 6% no Sudeste e 5% no Sul.²⁵

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2000, publicados no boletim do Sistema de Gestão Federal/Estadual da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), mostraram o quanto é expressiva a diferença do desenvolvimento entre municípios do país. Em Lagoa Grande do Maranhão, o IDH foi de 0,492, quase a metade do índice encontrado no município de São Caetano do Sul (0,919), no estado de São Paulo.²⁶

Os dados são conclusivos e demonstram a necessidade de as autoridades governamentais concentrarem a atenção das políticas públicas prioritariamente nas regiões geográficas mais pobres do país: Norte e Nordeste.

Existem classificações diversas para definir limites mínimos de renda, abaixo dos quais as pessoas são classificadas como estando abaixo da linha de pobreza.

Estudo sobre a dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil, realizado em 1995, adotou como linha de pobreza a renda familiar equivalente a um quarto do salário mínimo por pessoa, sendo importante combinar os indicadores de renda familiar com os de acesso aos serviços essenciais, ou seja, educação, moradia, alimentação, saneamento e serviços de saúde.⁶

A ONU adota as seguintes bases, na tentativa de medir tais limites: linha de pobreza – a pessoa que ganha menos de US\$ 2 por dia; linha de extrema pobreza – a pessoa que ganha menos de US\$ 1 por dia. No Brasil, adota-se como medida de pobreza a pessoa que recebe menos da metade de um salário mínimo por mês, o que equivale a cerca de R\$ 175.²⁴

Os indicadores sociais do Brasil demonstram que existem ainda mais de 55 milhões de pessoas na pobreza, dados que compreendem as pessoas que vivem nas linhas de pobreza e de pobreza extrema.⁶ Há um compromisso do país com a ONU, para que a pobreza seja reduzida a 4,4% da população até o ano de 2015, em comparação aos números de 1990. Estudos do IPEA, que utiliza o conceito do Banco Mundial (pobre é quem vive diariamente com menos de US\$ 1), indicam que o Brasil, em 2005, atingiu a meta da ONU, registrando a cifra de 4,2% de pessoas pobres em comparação a 8,8% em 1990.²⁵

As Pesquisas por Amostras de Domicílios (PNAD) mostram uma paulatina melhora na distribuição de renda no país, por causa do programa Bolsa Família, que é recebido por mais de 8 milhões de famílias, e também em razão da melhoria do salário mínimo, que vem aumentando desde 1994. Contudo, mesmo com um aumento da carga tributária em dez pontos percentuais do PIB nos últimos 15 anos, os programas de transferência de renda e a expansão dos gastos previdenciários vêm comprimindo a capacidade de investimento do governo em infraestrutura, que nos últimos três anos atingiram o menor percentual do PIB das últimas seis décadas.²⁷

A forma como a renda tem sido distribuída, deixando pouco espaço para o investimento público, tornou-se um entrave crucial ao crescimento econômico do Brasil. Assim, o velho dilema entre crescer e distribuir a riqueza tornou-se novamente uma visão cruel da realidade econômica e social do país, com importante comprometimento dos serviços essenciais, que incluem a alimentação.

POBREZA E DESNUTRIÇÃO

A desnutrição infantil tem sido um problema importante de saúde pública dos países em desenvolvimento, estando fortemente associada à renda familiar.²⁸ Parece haver relação entre baixo nível socioeconômico e taxas de desnutrição, sendo esta descrita por alguns autores.^{1,16,20,29,31,32}

Dentro desse contexto, a PNDS realizada em 1996 utilizou como indicador para representar a situação socioeconômica a área de domicílio das famílias e o grau de instrução da mãe. O maior percentual de desnutrição foi encontrado em crianças domiciliadas na área rural, sendo menor quando comparado ao daquelas da área urbana; (P/I: 9,2% x 4,6%; E/I: 19% x 7,8%; P/E: 2,6% x 2,3%). Quanto ao grau de instrução materna, a mesma realidade é observada. Quando a mãe era analfabeta, as crianças cursavam com as seguintes taxas de desnutrição: P/I 9,9%; E/I 21,2%; P/E 5,2%. Nota-se uma expressiva diferença nas taxas de desnutrição nas crianças de mães com doze anos ou mais de estudo: P/I 0%; E/I 1,8%; P/E 1,9%.²

O POF 2002-2003 apresentou dados de prevalência de déficit de P/I nas crianças com menos de cinco anos conforme salário mínimo *per capita*. Quando esta renda foi de até um quarto do salário mínimo *per capita*, a prevalência de desnutrição foi de 12%, caindo para 2,5% quando a renda foi maior do que cinco salários mínimos *per capita*.⁵

Levantamento retrospectivo realizado em duas cidades do Nordeste do Brasil para avaliar a mortalidade infantil, bem como as causas associadas a ela, evidenciou um risco oito vezes maior na população de baixa renda, sendo 17,5% a causa de morte por doenças infecciosas.²⁹

Estudo prospectivo com crianças da primeira série de duas escolas não privadas de Belo Horizonte evidenciou como resultado de uma análise multivariada que a repetência escolar apresentou associação independente com os indicadores do estado nutricional (idade, peso e estatura), com quem a criança reside, escolaridade e profissão da mãe. Na segunda análise, a variável de desfecho também apresentou associação com a escola estudada, renda familiar *per capita*, escolaridade e profissão da mãe. Com base nesses dados, os autores discutem a existência de colinearidade entre índice antropométrico e renda familiar *per capita*.³²

Em outro estudo, realizado com as informações de pesquisas nacionais do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), publicado em 1999, foi encontrada prevalência de 14,5% de déficit estatural em crianças menores de dez anos. As crianças que pertenciam a famílias com a pior renda mensal apresentaram 26,5% de desnutrição, enquanto as com a melhor renda familiar *per capita* tinham percentual de 3%. A desnutrição também foi maior nas crianças de mães analfabetas, reduzindo conforme o aumento da escolaridade materna. Por fim, havia um risco aproximadamente oito vezes maior de crianças cujas famílias possuíam condições ruins de moradia serem desnutridas.³⁰

A realidade brasileira não parece ofertar situação digna de vida à população, especialmente no Nordeste do país, região em que as condições são mais precárias. Quando avaliamos a desnutrição pelo P/I entre crianças menores de cinco anos, novamente observam-se as piores taxas no Nordeste (8,5%), quando comparadas às encontradas no Sudeste, com 2% de desnutrição.²

Não obstante a realidade ainda existente no país, assim como as limitações impostas pelas dificuldades financeiras da população brasileira, não há como desistir de se fazer recuperação nutricional, principalmente nas crianças. A OMS, com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade existentes em crianças desnutridas, propôs um modelo

básico de condutas direcionadas para países em desenvolvimento que inclui, entre outros procedimentos, a administração de formulações de dietas direcionadas para o tratamento nutricional dessas crianças.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implantar programas sociais como o Bolsa Família ou programas assistenciais, como o proposto pela OMS, são artefatos positivos para ajudar a reduzir a fome e as taxas de desnutrição. Entretanto, a reorganização do investimento do dinheiro público aplicado em infraestrutura parece ser a alavanca para a redução da fome e, conseqüentemente, da desnutrição e das conseqüências a ela associadas.

Para concluir esta discussão, vale lembrar que, concomitante com as políticas governamentais que devem ser adotadas, os nutricionistas devem atuar com acompanhamento contínuo dos pacientes desnutridos, propondo alternativas de suplementação menos onerosas que as atualmente realizadas com suplementos industrializados. Essas devem ser condutas adotadas pelos serviços de nutrição dos países em desenvolvimento, podendo, assim, contribuir para a redução das taxas de desnutrição da população.

REFERÊNCIAS

1. Arriba AG. El hambre? todavía existe? La malnutrición en el nuevo milenio. Un reto pendiente. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6(22):249-61.
2. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro; 1996.
3. Organização Mundial da Saúde. Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Terminologia sobre alimentos e nutrição: definição de alguns termos e expressões de uso corrente. Brasília; 1984.
4. NATIONMASTER – World statistics. Extraído de [<http://www.nationmaster.com>], acesso em [14 de novembro de 2007].
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002- 2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro; 2007. Extraído de [<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003medidas/default.shtm>], acesso em [14 de novembro de 2007].
6. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. *Estud av*. 1995;9(24):195-207.

7. Nóbrega FJ, Campos ALR, Nascimento CFL. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe e filho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
8. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *J Pediatr.* 2000;76(Supl.3):s285-97.
9. Sarni ROS, Souza FIS, Catherino P, Kochi C, Oliveira FLC, Nóbrega FJ. Tratamento de criança com desnutrição grave utilizando o protocolo da OMS: experiência de um centro de referência, São Paulo/Brasil. *Arch latinoam nutr.* 2005;55(4):336-44.
10. Sawaya AL. Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. *Estud av.* 2006;20(58):147-58.
11. Ashworth A, Khanum S, Jackson A, Schofield C. Guidelines for the inpatient treatment of severely malnourished children. Geneva: World Health Organization; 2003.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de mortalidade infantil. Extraído de [<http://www.ibge.gov.br>], acesso em [17 de outubro de 2007].
13. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Ser criança na Amazônia: uma análise das condições de desenvolvimento infantil na região norte do Brasil. Extraído de [<http://www.unicef.org/brazil/wfc.htm>], acesso em [14 de outubro de 2007].
14. Falbo AR, Alves JGB. Desnutrição grave: alguns aspectos clínicos e epidemiológicos de crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Brasil. *Cad saúde pública* 2002;18(5):1473-77.
15. Einloft PR, Garcia PC, Piva JP, Bruno F, Kipper DJ, Fiori RM. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6):728-33.
16. Maitland K, Berkley JA, Shebbe M, Peshu N, English M, Newton CRJC. Children with severe malnutrition: can those at highest risk of death be identified with the WHO protocol? *PLoS Med.* 2006;3(12):2431-39.
17. Jackson AA, Ashworth A, Khanum S. Improving child survival: malnutrition task force and the pediatrician's responsibility. *Arch Dis Child.* 2006;91(8):706-10.
18. Falbo AR, Alves JGB. Desnutrição grave: alguns aspectos clínicos e epidemiológicos de crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Brasil. *Cad saúde pública.* 2002;18(5):1473-77.
19. Deen JL, Funk M, Guevara VC, Saloojee H, Doe JY, Palmer A, et al. Implementation of WHO guidelines on management of severe malnutrition in hospitals in Africa. *Bull World Health Organ.* 2003;81(4):237-43.
20. Vasconcelos FAG. Avaliação nutricional de coletividades. 3.ª ed. Florianópolis: UFSC; 2000.

21. Lacerda AC, Bocchi JI, Rego JM, Borges MA, Marques RM. Economia brasileira. 2ª ed. São Paulo: Saraiva; 2005.
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Estudo indica desafio antipobreza no Brasil. Extraído de [http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade], acesso em [5 de outubro de 2007].
23. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano. Extraído de [<http://www.pnud.org.br>], acesso em [5 de outubro de 2007].
24. Zepeda E. Os programas de transferência condicional de renda reduzem a pobreza? Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2006. Extraído de [http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade], acesso em [5 de outubro de 2007].
25. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório sobre o desenvolvimento humano – 1996. Brasília; 1996.
26. Ministério da Saúde. Boletim SISVAM: Dados de compilação da Estimativa Demográfica (IBGE, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)). Brasília; 1997. Extraído de [<http://www.saude.saude.gov.br>], acesso em [5 de outubro de 2007].
27. Fundação Getúlio Vargas. FGV DADOS. Extraído de: [<http://www.fgvdados.fgv.br>], acesso em [5 de outubro de 2007].
28. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Bolsa Família deixa pobres menos pobres. Extraído de: [http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=2292&lay=pde], acesso em [5 de junho de 2007].
29. Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. Rev Saúde Pública. 1996;30(4):310-18.
30. Engstrom EM, Anjos LA. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. Cad saúde pública. 1999;15(3):559-67.
31. Teixeira JC, Heller L. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de Fora, Minas Gerais. Rev bras epidemiol. 2004;7(3):270-78.
32. Malta DC, Goulart EMA, Costa MFFL. Estado nutricional e variáveis socioeconômicas na repetência escolar: um estudo prospectivo em crianças da primeira série em Belo Horizonte, Brasil. Cad saúde pública. 1998;14(1):157-64.

Recebido em 25.8.2010 e aprovado em 12.8.2011.