



## **DEFICIT DE ALTURA PARA IDADE NOS ADOLESCENTES DE 14 A 15 ANOS DA COORTE DE NASCIMENTOS DE 1993 DA CIDADE DE PELOTAS.**

**MELO, Juliana Porciuncula<sup>1</sup>; FURTADO, Renata Rodrigues<sup>1</sup>; DUTRA, Gisele Ferreira<sup>1</sup>; RAMOS, Camila Irigonh <sup>1</sup>; MÉNDEZ, Maria Clara Restrepo<sup>1</sup>; MENDONÇA, Fernanda dos Santos Itturriet<sup>1</sup>; NEUTZLING, Marilda Borges<sup>1</sup>; GONÇALVES, Helen<sup>1</sup>; ANSELMI, Luciana<sup>1</sup>; MADRUGA, Samanta Winck<sup>1</sup>; NOAL, Ricardo Bica<sup>1</sup>; DUMITH, Samuel de Carvalho<sup>1</sup>; ARAÚJO, Cora Luíza<sup>1</sup>.**

1- Universidade Federal de Pelotas (UFPEl) – [juporciunculanutri@hotmail.com](mailto:juporciunculanutri@hotmail.com)

### **INTRODU O**

O crescimento   um processo contínuo que se d  desde o nascimento até a morte, podendo acontecer diferenciadamente entre as pessoas devido aos seus potenciais genéticos e às condi o es ambientais a que este indivíduo   submetido. Dentre os fatores ambientais podemos citar: cuidados desde o nascimento, higiene pessoal e do ambiente, tipo de alimenta o e condi o es de saúde.

Problemas que afetam a manifesta o do potencial genético podem levar a um déficit de altura para idade, também chamado de déficit linear ou “stunting”. Esta característica consiste num indicador de saúde que reflete o grau de desenvolvimento socioecon mico da popula o, e está inversamente associado com o desenvolvimento infantil (CHANG et al., 2002). No entanto, pouco se conhece acerca da ocorrência e dos fatores associados ao déficit de altura para idade na adolescência.

### **METODOLOGIA**

No ano de 2008, foram estudados 4.349 adolescentes da coorte de nascimentos de 1993 de Pelotas, RS, Brasil. Este número representa uma taxa de acompanhamento de 85,7% dos membros do estudo. O déficit de altura para idade foi definido como escore-z abaixo de -2 desvios-padrão (DP), tomando-se como referência as curvas de crescimento da Organiza o Mundial da Saúde para indivíduos de 5 a 19 anos (ONIS et al., 2007).

A altura foi mensurada em centímetros por “medidoras” treinadas e padronizadas. As demais variáveis estudadas foram: peso ao nascer (<2.500g; 2.500 a 3.499g;  3.500g), comprimento ao nascer (em tercis), prematuridade (<37 semanas de gesta o), baixo IMC da mãe (menor que 18,5 kg/m<sup>2</sup>), nível econ mico (A/B, C, D/E) de acordo com a Associa o Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2007) e sexo do adolescente.

### **RESULTADOS**

Foram obtidas informa o es completas sobre a altura de 4103 adolescentes, sendo possível calcular o escore-z de 4096 (94%). A média de idade foi de 14,7 anos (DP=0,3), variando de 14,0 a 15,6. A prevalência de déficit de altura para idade

foi de 3,3% (IC95%: 2,7 a 3,8). Não houve diferença entre meninos e meninas, conforme aponta a Tabela 1.

A Tabela 1 mostra também os resultados encontrados para as demais variáveis analisadas. Observou-se que aqueles que nasceram com baixo peso tiveram uma prevalência de déficit linear 4 vezes maior do que aqueles que nasceram com peso normal. Esta prevalência foi maior para os prematuros e diminuiu conforme aumentou o comprimento ao nascer ( $p < 0,001$ ). O déficit de altura para idade foi 16 vezes maior nos filhos de mães com baixo peso em comparação aqueles que nasceram com peso  $\geq 3.500$ g, e três vezes maior nos adolescentes de classe D/E comparados aos de classe A/B.

**Tabela 1.** Prevalência de déficit de altura para idade de acordo com as características estudadas. Coorte 93, Pelotas, RS, 2008.

Variável	N	Déficit de altura para idade (%)	RP (IC95%) <sup>§</sup>	Valor p
Sexo				0,331
Masculino	2001	3,6	1,2 (0,9 a 1,7)	
Feminino	2095	3,0	1,0	
Peso ao nascer (g)				<0,001
< 2.500	371	10,5	16,4 (7,4 a 36,4)	
2.500 a 3.499	2626	3,3	5,2 (2,4 a 11,6)	
$\geq 3.500$	1094	0,6	1,0	
Comprimento ao nascer (tercis)				<0,001*
1º (mais baixos)	1579	5,8	18,0 (5,7 a 56,8)	
2º	1554	2,3	7,2 (2,2 a 23,2)	
3º (mais altos)	928	0,3	1,0	
Prematuridade				<0,001
Não	3620	2,8	1,0	
Sim	436	7,3	2,6 (1,8 a 3,8)	
IMC da mãe (kg/m <sup>2</sup> )				0,008
<18,5	66	9,1	2,9 (1,3 a 6,3)	
$\geq 18,5$	3725	3,1	1,0	
Nível econômico				<0,001*
A/B	1063	1,7	1,0	
C	2183	3,3	1,9 (1,2 a 3,2)	
D/E	826	5,3	3,2 (1,8 a 5,4)	
<b>Total</b>	<b>4096</b>	<b>3,3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<sup>§</sup> RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

\* Teste qui-quadrado para tendência linear.

## CONCLUSÃO

Embora o déficit de altura para idade tenha sido apenas um pouco maior do que o valor encontrado na população de referência (2,5%), este é um problema que ainda persiste entre os jovens da nossa região e, portanto, merece atenção, tendo em vista seus potenciais efeitos negativos sobre a saúde.

Este estudo evidenciou que a ocorrência deste problema pode ser determinada por alguns fatores do nascimento (baixo peso, baixa estatura e prematuridade). Também deixa claro que atinge com maior frequência os adolescentes de famílias mais pobres e cujas mães possuem déficit de peso.

## REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. São Paulo, 2007.

CHANG, SM; WALKER, SP; GRATHAM-MCGREGOR, S; POWELL, CA. Early childhood stunting and later behavior and school achievement. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v.43, n. 6, pp.775-783, 2002.

ONIS, Mercedes de; ONYANGO, Adelheid W; BORGHI, Elaine; SIYAM, Amani; NISHIDA, Chizuru; SIEKMANN, Jonathan. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**. v.85, pp.660-667, 2007.

#### AGRADECIMENTOS

O estudo de coorte é apoiado pela fundação *Wellcome Trust*. As fases iniciais do estudo de coorte foram financiadas pela União Européia, pelo Programa Nacional para Centros de Excelência (PRONEX), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Saúde do Brasil.