



ARTIGO DE REVISÃO

Desnutrição infantil no Brasil: a chaga que nunca curou

Maria Paula de Albuquerque *, Paola Micheloni Elvira Ibelli , Ana Lydia Sawaya

Centro de Recuperação e Educação Nutricional, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 25 de setembro de 2023; aceito em 26 de setembro de 2023

PALAVRAS-CHAVE

Baixa estatura;
Baixo peso;
Desigualdade;
Desnutrição infantil;
Magreza;
Pobreza

Resumo

Objetivo: Descrever o panorama da desnutrição infantil no Brasil e seus determinantes. **Fonte de dados:** revisão narrativa da literatura com inclusão de dados de inquéritos populacionais, de sistemas de vigilância e monitoramento e de busca ativa em aglomerados subnormais realizada pelo CREN.

Síntese de dados: Os inquéritos domiciliares realizados de 1974 a 2019 apontam que a desnutrição (< 5 anos) apresentou queda até 2006. O baixo peso ($P/I \leq -2 Z$) e a baixa estatura ($E/I \leq -2 Z$) apresentaram queda de 17% a 3% e 37% a 7%, respectivamente. Após 2006, observa-se aumento do baixo peso de 53% e da magreza ($IMC/I \leq -2 Z$) de 76%, com estagnação da prevalência de baixa estatura em cerca de 7%. Dados de busca ativa em aglomerados subnormais mostram que a prevalência de baixa estatura é de 11% em < 5 anos. Em 2021, 30% da população viviam em condição de pobreza, dos quais 73% eram pretos ou pardos. A baixa estatura em crianças pretas e pardas < 5 anos é, respectivamente, 9% e 12% maior quando comparado às crianças brancas. A pobreza caiu entre 2012 e 2015 (27% a 25%), mas voltou a aumentar (2016 = 26% a 2021 = 30%), em paralelo à insegurança alimentar, que caiu entre 2004-2013 (12% a 6%), mas chegou ao pior valor da série histórica (2022 = 15%).

Conclusão: Apesar dos avanços, o sistema de proteção social do Brasil não foi capaz de reduzir as desigualdades, e a inversão da tendência de redução da desnutrição infantil pode ser observada a partir de 2006.

0021-7557/© 2023 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome da Sociedade Brasileira de Pediatria. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A desnutrição infantil representa importante problema de saúde pública nos países de baixa e média renda e sua condição aguda, caracterizada pela magreza, com índice de

massa corporal para idade ($IMC/I \leq -2$ escore-z) está associada à metade das mortes de crianças menores de 5 anos no mundo.¹ Sua condição crônica, caracterizada pela baixa estatura nutricional associada à pobreza, com índice de estatura para idade ($E/I \leq -2$ escore-z), é a forma mais prevalente de desnutrição e está associada a um aumento de 4,8 vezes na chance de morte por causas evitáveis.² A desnutri-

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.09.014>

* Como citar este artigo: de Albuquerque MP, Ibelli PM, Sawaya AL. Child undernutrition in Brazil: the wound that never healed. J Pediatr (Rio J). 2024;100.

* Autor para correspondência.

E-mail: saude_vm@cren.org.br (M.P. Albuquerque).

0021-7557/© 2023 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome da Sociedade Brasileira de Pediatria. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ção crônica, além de ser o melhor indicador de bem-estar geral das crianças, é um reflexo preciso das desigualdades sociais em que vivem.³

Quando ocorre no início da vida, a desnutrição pode provocar danos irreversíveis para o desenvolvimento cognitivo, além de aumentar a chance de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta. Por isso, a desnutrição infantil tem repercussões ao longo de todo o ciclo de vida, e em nível individual e coletivo, gerando importantes impactos sociais e econômicos, em uma trajetória de perpetuação intergeracional da pobreza e da desnutrição.^{4,5}

Os determinantes da desnutrição infantil primária são multifatoriais, com profundas raízes na pobreza; os principais são: insegurança alimentar e nutricional; baixo peso ao nascer; baixa escolaridade materna; falta de acesso à água, saneamento e serviços de saúde; baixa estatura e baixo peso maternos.^{3,7}

No Brasil, apesar dos avanços alcançados com os investimentos em saúde, educação e programas sociais de distribuição de renda, a desigualdade social permanece alta e mantém o país entre os mais desiguais do mundo.⁸ Com as crises políticas das duas primeiras décadas dos anos 2000, o congelamento de gastos para programas sociais e o advento da pandemia de COVID-19, houve agravamento da pobreza no Brasil e a desnutrição e a fome voltaram para a mesa de debate.^{9,10}

Este estudo buscou revisar a série histórica da prevalência de desnutrição infantil no Brasil, bem como de alguns de seus determinantes. Além disso, procurou elucidar as singularidades dos grupos mais vulneráveis, que por vezes são invisibilizados pelas médias nacionais.

Métodos

Revisão narrativa da literatura utilizando os seguintes descritores na estratégia de busca: *child malnutrition, stunting, wasting, underweight, poverty, social inequality e food insecurity* nas bases de dados PubMed e SciELO. Foram selecionados artigos que abordam a desnutrição infantil no Brasil, com dados de prevalência, impactos ou determinantes da desnutrição infantil e sobre a pobreza estrutural ou desigualdade social no Brasil.

Inquéritos domiciliares de base populacional foram utilizados para representar a série histórica da prevalência de desnutrição infantil. São eles: Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF 1974-1975);¹¹ Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN 1989);¹² Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS 1996);¹³ Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006);¹⁴ Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2002);¹⁵ e Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI 2019).¹⁶ As pesquisas utilizaram métodos similares para a avaliação do estado nutricional; o diagnóstico de baixo peso, magreza ou baixa estatura foi realizado de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando 2 desvios-padrão da mediana de peso para (P/I), IMC/I ou estatura para idade (E/I).

Dados dos relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁷ também foram utilizados para

representar a prevalência e a tendência temporal da desnutrição infantil no país.

Dados de busca ativa do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), realizadas por meio de articulação com os territórios e lideranças locais, foram incluídos para representar as prevalências de desnutrição infantil nos aglomerados sub-normais da cidade de São Paulo, onde crianças em maior situação de vulnerabilidade vivem em vazios assistenciais e geralmente não chegam aos serviços de saúde ou não permanecem em tratamento.

Para descrever a série histórica de pobreza no Brasil, foram utilizados estudos e bases de dados que consideraram linhas de pobreza nacionais e internacionais, a saber: Programa Auxílio Brasil (R\$ 105,00 a 210,00 por mês por pessoa); Fundação Getúlio Vargas – FGV (US\$ 5,0 por dia por pessoa); Comissão Econômica para América Latina e Caribe das Nações Unidas – CEPAL (US\$ 2,00 por dia por pessoa); e Banco Mundial (R\$ 499,00 por mês por pessoa).

Inquéritos domiciliares de base populacional também foram utilizados para representar a série histórica de insegurança alimentar, a saber: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2003-2004, 2008-2009 e 2013-2014; POF 2017-2018; I e II Inquérito Populacional de Segurança Alimentar e Nutricional (VIGISSAN) 2020 e 2021-2022.¹⁸ Os estudos avaliaram a segurança alimentar e a insegurança alimentar leve, moderada ou grave por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

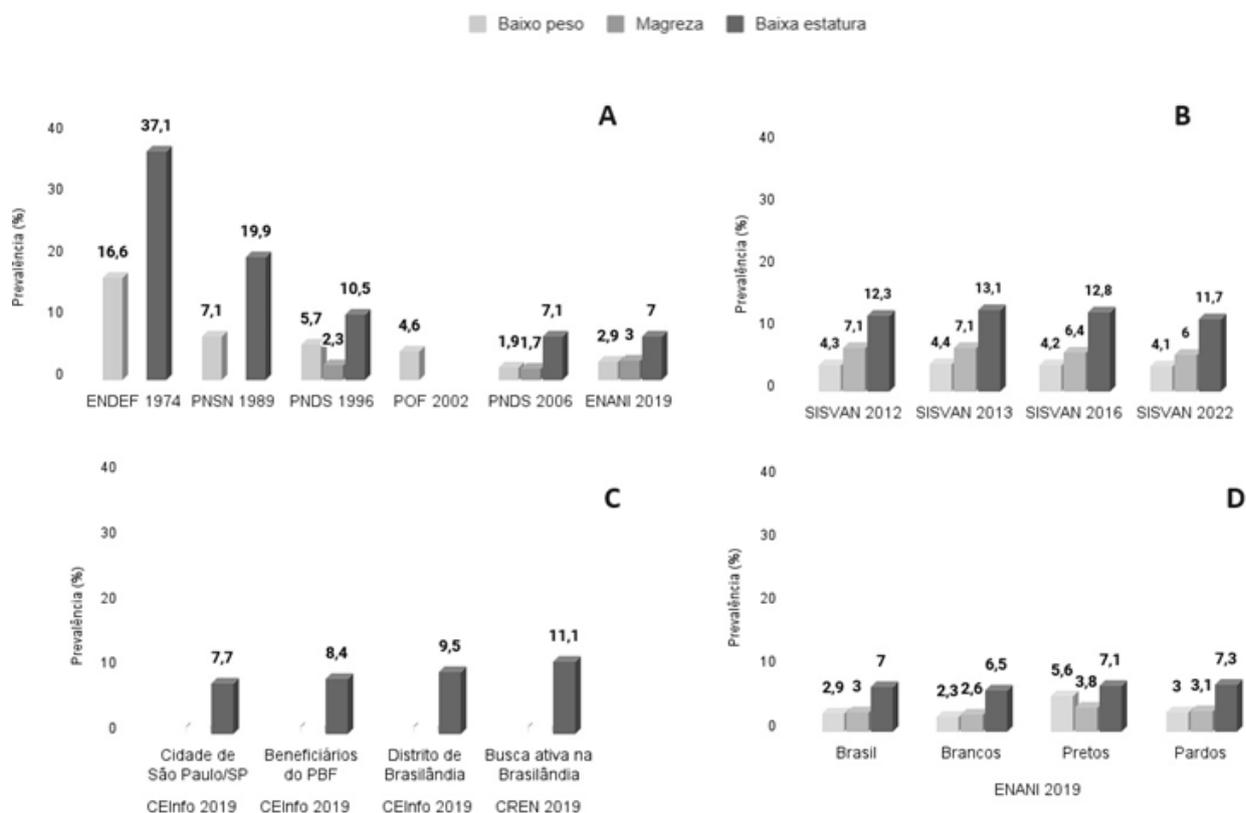
Dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) e estudos realizados com dados dos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram utilizados para investigar o histórico da cobertura de saneamento básico.

Relatórios do Grupo Interagencial das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil (UN IGME), estudos com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datassus) e do Observatório de Saúde da Infância da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), foram utilizados para registrar o histórico da taxa de mortalidade infantil e o registro atual de internações por desnutrição em menores de 1 ano no Brasil.

Resultados e discussão

Evolução da prevalência e características raciais da desnutrição infantil no Brasil

Os inquéritos domiciliares de base populacional brasileiros realizados de 1974 a 2019 apontam que a desnutrição em crianças menores de 5 anos apresentou grande queda até o ano de 2006 (fig. 1A). Nesse período, o baixo peso, caracterizado pelo índice peso para idade ($P/I \leq -2$ escore-z) apresentou queda bastante significativa (16,6-2,9%); a baixa estatura ($E/I \leq -2$ escore-z) diminuiu ainda mais (37,1-7%). Entretanto, após 2006 é possível observar aumento da prevalência de baixo peso em 52,6% e da magreza em 76,4%, com estagnação da



Baixo peso: $P/I \leq -2$; magreza: P/E ou $IMC/I \leq -2$; baixa estatura: $E/I \leq -2$ escore z.

ENDEF - Estudo Nacional da Despesa Familiar 1974-1975 (IBGE); PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 1989 (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição); PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil); POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 (IBGE). PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 2006 (IBGE). ENANI - Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil 2019 (UFRJ, 2022). SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Relatórios Nacionais de acesso público. CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. CREN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional 2019 (banco de dados do autor).

Figura 1 A. Prevalência de baixo peso, magreza e baixa estatura em crianças < 5 anos nos inquéritos populacionais brasileiros (Brasil, 1974 a 2019). B. Tendência de baixo peso, magreza e baixa estatura em crianças < 5 anos no Brasil segundo relatórios públicos do SISVAN (Brasil, 2012-2022). C. Prevalência de baixa estatura em crianças < 5 anos na cidade de São Paulo: comparação CEInfo/SMS/SP com busca ativa do CREN (São Paulo, 2019). D. Prevalência de baixo peso, magreza e baixa estatura em crianças < 5 anos de acordo com a cor/raça (Brasil, 2019).

prevalência de baixa estatura (calculado a partir da [fig. 1A](#)). Comparando-se com os dados do SISVAN ([fig. 1B](#)), observam-se prevalências ainda maiores de magreza e baixa estatura, muito provavelmente pelas diferenças nas formas de coletas dos dados.

Dados específicos da cidade de São Paulo apontam para diferentes prevalências de desnutrição infantil de acordo com a região da cidade e a forma de coleta de dados, com prevalências bem superiores quando se faz busca ativa de crianças desnutridas em regiões de maior vulnerabilidade e em vazios assistenciais, por meio de inquéritos e mutirões diretamente na comunidade, como a prática realizada pelo CREN ([fig. 1C](#)). Além disso, dados do CREN e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo apontam que, em crianças que vivem em aglomerados subnormais, a baixa estatura e o

risco de baixa estatura ($E/I \leq -1$ escore-z) pode atingir 25% das menores de 5 anos,¹⁹ e que crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) apresentam prevalência 12% maior de baixa estatura quando comparada às crianças não beneficiárias.²⁰

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a prevalência de baixa estatura em crianças menores de 5 anos no segundo distrito com maior proporção de aglomerados subnormais da cidade de São Paulo (Brasilândia)²¹ estava entre os percentuais mais altos do município, chegando a 9,5% em 2019. Utilizando o método da busca ativa, nesse mesmo ano e distrito, o CREN encontrou prevalência ainda maior: 11,1%.

Outros estudos também observaram maior risco de desnutrição em crianças economicamente desfavorecidas (classe D)²² e

em unidades federativas de média e alta vulnerabilidade social (risco relativo de 1,17 e 1,39, respectivamente, comparado com locais de baixa vulnerabilidade social), a partir da análise multidimensional da situação econômica (infraestrutura urbana, capital humano, renda e trabalho).²³

Com relação às diferenças de raça e cor, o último inquérito populacional apontou que a prevalência de baixa estatura entre crianças pretas e pardas menores de 5 anos é, respectivamente, 9,2% e 12,3% maior quando comparado às crianças brancas (calculados a partir dos dados de prevalência da [fig. 1D](#)). Com relação ao baixo peso e à magreza, essa diferença é ainda maior, com prevalências bem mais altas entre as crianças pretas e com valores intermediários entre crianças pardas ([fig. 1D](#)). Dados da cidade de São Paulo também apontam prevalência de baixa estatura 8,1% maior em crianças pretas, pardas e indígenas menores de 5 anos, quando comparado às crianças brancas.²⁰

Um estudo de tendências temporais com base em dados do SISVAN apontou que entre as crianças de subgrupos mais vulneráveis (negros, beneficiários de transferência condicionada de renda e residentes de áreas mais pobres) a tendência de prevalências mais altas de baixa estatura persiste.²⁴

Outro estudo, que analisou a tendência temporal de desnutrição em lactentes (0 a 23 meses) e pré-escolares (24 a 59 meses) assistidos pelo PBF no Brasil utilizando dados do SISVAN de 2008 a 2019, concluiu que houve redução da prevalência de desnutrição até meados de 2013 (2 a 4% ao ano), quando as tendências passaram a ser estacionárias para pré-escolares (1 a 4% ao ano) e ascendentes para lactentes (3 a 8% ao ano).²³

O SISVAN configura ótima ferramenta de monitoramento e proporciona um método de avaliação rápida e permanente dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional; no entanto, apresenta-se subutilizada em nosso meio. A média de cobertura do sistema para a população brasileira em 2008 era de apenas 4,7%. Um estudo realizado em Belo Horizonte/MG aponta que, para crianças menores de 5 anos, a média de cobertura do SISVAN era de apenas 5,6%, variando de 0,5% a 35,8% entre os municípios em 2018.²⁵

Os poucos estudos que analisaram a tendência temporal dos dados do SISVAN apontam tendências de prevalências maiores de desnutrição infantil entre negros, beneficiários de programas de transferência condicionada de renda e residentes de áreas mais pobres. Esses estudos concluíram que a partir de meados de 2013 a desnutrição infantil no Brasil voltou a subir entre lactentes e estacionou entre pré-escolares.^{23,24}

Disparidades da desnutrição infantil por faixa etária

Segundo dados do ENANI, entre as crianças menores de 5 anos, as maiores prevalências de baixa estatura são encontradas nas faixas etárias de 0 a 11 meses e de 12 a 23 meses, onde o percentual chega a 9% e 10,2%, respectivamente. A magreza também apresenta maior prevalência entre as crianças de 0 a 11 meses (5%), quando comparado com as demais faixas etárias de até 5 anos (3%).¹⁶

Dados da Secretaria Municipal de Saúde apontam que, no município de São Paulo, a prevalência de baixa estatura em crianças menores de 5 anos em 2019 era de 7,7% e entre crianças de 18 a 24 meses, 10,4%.²⁰ Dados do CREN coletados por meio de busca ativa realizadas em aglomerados subnormais também apontam maior prevalência de baixa estatura entre

crianças das faixas etárias de 0 a 11 meses e de 12 a 23 meses, 17,8% e 20,9%, respectivamente (banco de dados do autor).

Meta global para redução da desnutrição infantil

Dentre as metas globais da OMS estabelecidas em 2012 para reduzir a desnutrição infantil, encontra-se a de reduzir em 40% o número de crianças menores de 5 anos com desnutrição até 2025.²⁶ Entretanto, a tendência desse indicador no Brasil nos últimos 10 anos é de estagnação, como apontam os dados do SISVAN ilustrados na [figura 1](#), mostrando que estamos longe de atingir a meta global estabelecida para o período 2012-2025.

Considerando os dados da última pesquisa nacional,¹⁶ para atingir a meta global de redução da desnutrição infantil o Brasil precisaria atingir as seguintes prevalências entre crianças menores de 5 anos: 1,74% de baixo peso; 1,8% de magreza e 4,9% de baixa estatura.

Determinantes da desnutrição Infantil

Pobreza e concentração de renda

Apesar de as linhas de pobreza nacionais e internacionais adotarem diferentes pontos de corte, todas apontam que a pobreza no Brasil, um dos principais determinantes da desnutrição infantil primária, apresentou redução ou estagnação até 2014, quando voltou a subir com as crises política e econômica que se estabeleceram ([fig. 2](#)). Em 2020, a expansão emergencial das transferências monetárias fez a pobreza recuar pela primeira vez em muitos anos. Entretanto, em 2021, com o prolongamento da pandemia de COVID-19 e com menor volume de transferências, o nível de pobreza no Brasil atingiu o pior patamar da série histórica, e a pobreza extrema retornou ao patamar dos anos 2000.²⁷

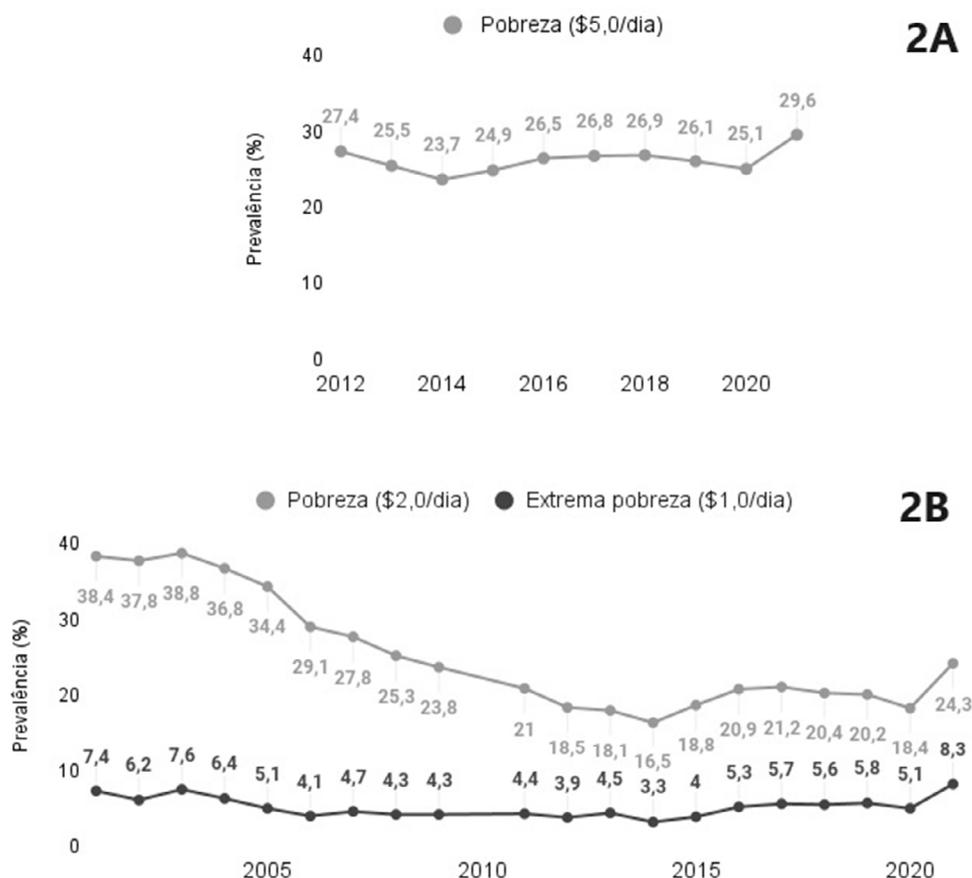
Entre 2001 e 2021 observa-se que a pobreza apresentou redução de 58%, mas a extrema pobreza aumentou em 12,2%. O melhor patamar foi atingido em 2014, quando a pobreza voltou a aumentar e a extrema pobreza chegou ao pior patamar da série histórica, atingindo 8 em cada 100 brasileiros ([fig. 2B](#)).

A pobreza está diretamente associada à questão racial, uma marca das desigualdades que perduram desde a época do Brasil colonial e escravocrata. Em 2022, 73% das pessoas em situação de pobreza no Brasil se autodeclararam pretas ou pardas; três em cada 10 pessoas que vivem em situação de pobreza no país são mulheres negras residentes em áreas urbanas e 63% das pessoas que vivem em aglomerados subnormais são pretas ou pardas.^{19,28}

Dentre as populações quilombola e indígena, 73% e 79%, respectivamente, encontravam-se na faixa de extrema pobreza (R\$ 178/mês) e 91% e 96% na faixa de pobreza (R\$ 499/mês) em 2019.²⁸

Com relação à concentração de renda, o Brasil continua sendo um dos países mais desiguais do mundo, com alta concentração de renda em 1% da população e com os 10% mais ricos concentrando cerca de 59% da renda nacional total.⁸

Dados do Banco Mundial também apontam que, entre 2012 e 2019, o perfil de pessoas em situação de pobreza crônica, que apresentam privação monetária e não monetária (baixo acesso a serviços de saúde, habitação de má qualidade e baixa acumulação de capital humano) continuou sendo majoritariamente de afro-brasileiros. Nesse período o percentual de pessoas em situação de pobreza crônica pretas e pardas aumentou de 71,7% para 74,8%.²⁸



Fontes: 2A. Pesquisa FGV Social a partir de dados da PNAD Contínua. Mapa da Nova Pobreza, 2021. B. CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e Caribe das Nações Unidas. Base de dados e publicações estatísticas: pobreza 2023.

Figura 2. A. Série histórica de pessoas em situação de pobreza no Brasil considerando a linha abaixo de US\$ 5,50/dia (Brasil, 2012-2020). B. Série histórica da prevalência de pobreza e extrema pobreza no Brasil considerando as linhas abaixo de US\$ 2,00 e US\$ 1,00/dia, respectivamente (Brasil, 2001-2021).

Segundo Souza,¹⁰ apesar do otimismo da redução das desigualdades apontadas pelos inquéritos domiciliares, dados baseados nas declarações de Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRPF) demonstram a manutenção da elevada concentração de renda no Brasil e a subestimação dos rendimentos dos mais ricos nas pesquisas amostrais. O autor afirma que a democracia no Brasil serviu mais para conter o aumento da desigualdade no Brasil do que para reduzi-la.

O Banco Mundial também aponta que, apesar dos avanços em distribuição de renda, as estratégias de proteção social utilizadas no Brasil não foram capazes de servir efetivamente como um sistema de proteção anticíclico, ou seja, estável durante crises e mudanças de governo, e que a pobreza estrutural e as poucas possibilidades de mobilidade social persistem.²⁸

Insegurança alimentar

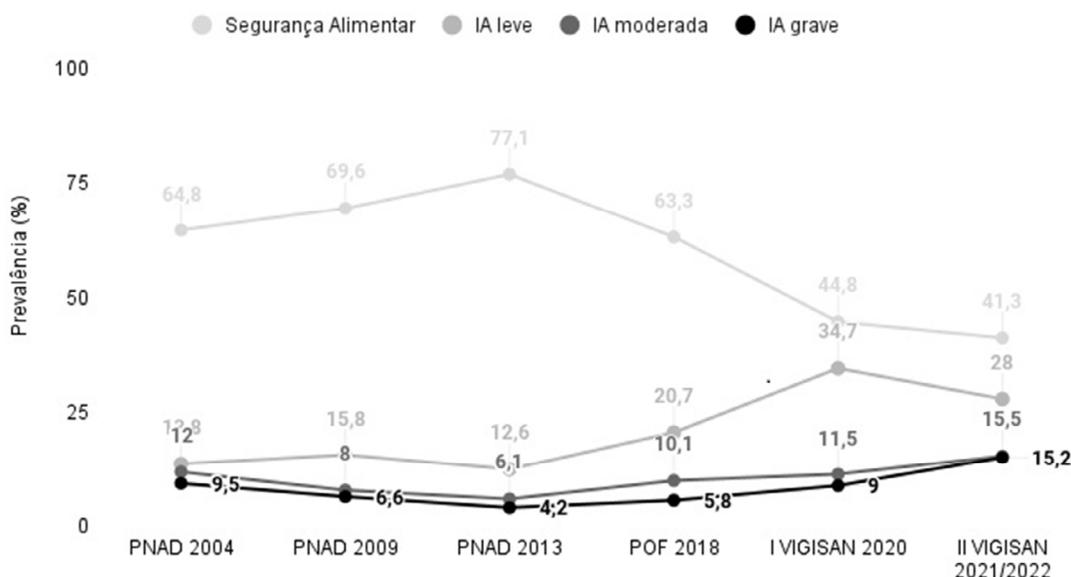
Apesar dos avanços na segurança alimentar apontados nos inquéritos domiciliares de 2004, 2009 e 2013, após esse período observou-se um cenário muito preocupante (fig. 3). Entre 2013 e 2022, a fome aumentou 262%, atingindo o pior patamar da série histórica, e a insegurança alimentar, em todas as suas formas, aumentou em 156% (dados calculados a partir da fig. 3). Em 2022, apenas quatro de cada 10 brasileiros estavam em segurança alimentar.¹⁸

Saneamento básico

O saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo) é um dos fatores mais associados à desnutrição infantil. Uma revisão sistemática com metanálise concluiu que crianças que vivem em lares sem condições de saneamento básico e com esgoto a céu aberto têm de 10 pontos percentuais ou de 29% a 46% mais chance de apresentar baixa estatura.²⁹

Um estudo realizado com dados dos Censos Demográficos do IBGE de 2000 e 2010 apontou que, de maneira geral, o percentual de saneamento básico nos domicílios brasileiros melhorou nesse período. Entretanto, as disparidades regionais e de cor/raça ainda persistem, com prevalências menores de acesso nas áreas rurais e entre indígenas, pretos e pardos.³⁰

Os dados mais recentes do SNIS referentes a 2021 mostram que o percentual de coleta de esgoto no Brasil é de 60,24%; deste, 80,84% são tratados e 51,17% são tratados para consumo. O pior cenário brasileiro está na região Norte, onde apenas 22,96% do esgoto é coletado, seguido pelo Nordeste, com 39,27%. Com relação ao abastecimento de água, a cobertura nacional está em 84,2%. Entretanto a disparidade entre as macrorregiões se repete: 59,97% no Norte, 74,72% no Nor-



Nota: IA - insegurança alimentar.
 Fontes: PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2003-2004, 2008-2009, 2013-2014 (IBGE); POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE); I e II VIGISAN - Inquérito Populacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2020 e 2021-2022 (Rede PENSSAN).

Figura 3. Série histórica das prevalências de pessoas em segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada ou grave (Brasil, 2004-2022).

deste, 89,88% no Centro-Oeste, 91,53% no Sudeste e 91,35% no Sul.³¹

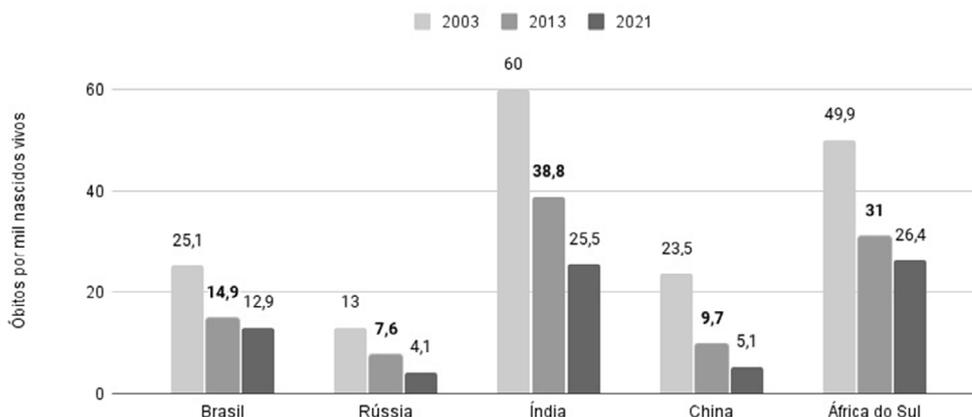
Histórico de mortalidade infantil e internações por desnutrição

Quando se observa o histórico de mortalidade infantil no Brasil, um dos principais indicadores de saúde e desenvolvimento econômico, nota-se grande avanço entre 1980 e 2010, e a partir daí estagnação da taxa, em torno de 13,5 óbitos por mil nascidos vivos.³²

Ao considerar as taxas de mortalidade infantil (fig. 4) dos países emergentes que compõem o bloco de cooperação econô-

mica BRICS, criado em 2006 e composto por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, o percentual de redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil (48,6%) entre 2003 e 2021 foi o segundo menor entre os países do bloco, ficando atrás da Índia (57,5%), Rússia (68,5%) e China (78,3%).³³

Com relação à mortalidade por desnutrição em crianças menores de 5 anos, um estudo ecológico realizado com dados do SIM, do Datasus, apontou redução da taxa entre os períodos 2003-2007 e 2013-2016, que passou de 17,2% para 5,2%.³⁴ Dados mais recentes do Observatório de Saúde da Infância da Fio-cruz apontam que, em 2022, o Brasil registrou o pior patamar de internações de crianças menores de 1 ano por desnutrição dos últimos 13 anos.³⁵



Fonte: Estimates by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) Levels and Trends in Child Mortality, 2023.

Figura 4. Evolução da taxa de mortalidade infantil entre os países do BRICS (2003-2021).

Discussão final

No presente estudo, observou-se uma defasagem de dados sobre a prevalência de desnutrição infantil no Brasil. Os inquéritos domiciliares de base populacional ocorreram com grande intervalo de tempo e apresentam resultados sobre o estado nutricional de crianças apenas em 1974, 1989, 1996, 2002, 2006 e 2019; a magreza passou a ser diagnosticada apenas no inquérito de 1996, enquanto no inquérito de 2002 foram apenas considerados dados de baixo peso. A defasagem de dados dificulta a comparação histórica do estado nutricional, bem como de possíveis correlações com seus determinantes.

Além disso, os inquéritos domiciliares apresentam como população de pesquisa o conjunto de domicílios particulares e excluíram indígenas residentes em aldeias, pessoas em situação de rua, estrangeiros residentes em domicílios onde não se fala língua portuguesa, com alguma condição que impedia a realização da antropometria e moradores de domicílios coletivos (orfanatos, pensões etc.).¹⁶ Assim, os dados sobre o estado nutricional e insegurança alimentar podem estar subestimados.

Cabe destacar, ainda, que os dados apresentados no último inquérito domiciliar são anteriores ao período de pandemia de COVID-19, indicando que o cenário atual pode superar o cenário encontrado em 2019. Dados do Banco Mundial apontam que, com a pandemia de COVID-19, a situação da pobreza no Brasil alcançou prevalências ainda piores do que no ano de 2000, e a informalidade superou 2012.²⁸

Apesar de os poucos estudos sobre tendências temporais apontarem que a inversão da tendência de redução da desnutrição infantil no Brasil ocorreu a partir de meados de 2013, quando o Brasil entrou em uma recessão técnica e política com diversos desequilíbrios macroeconômicos, a pobreza extrema e a insegurança alimentar leve já davam sinais de alerta desde 2006. A situação agravou-se em 2016, com o congelamento de gastos estabelecido pela Emenda Constitucional 95,³⁶ que afetou os gastos primários com saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, defesa nacional, entre outros, e até 2025 estima-se que essa situação poderá deixar 20 milhões de pessoas sem a devida assistência nesse período.³⁷

As trajetórias dos determinantes da desnutrição infantil primária levantados na presente revisão indicam que o Brasil apresenta estagnação ou piora desses determinantes nos últimos 10 anos. Os dados de prevalência mais recentes apontam para o aumento da desnutrição aguda (magreza) em 2019 e para a estagnação da prevalência de desnutrição crônica (baixa estatura) por mais de 10 anos.¹⁶

De acordo com Monteiro et al.,³⁸ a redução da desnutrição infantil entre os anos 1996 e 2006 pode ser atribuída em 25,7% às melhorias da escolaridade materna, 21,7% ao incremento do poder aquisitivo das famílias, 11,6% à expansão da assistência à saúde e 4,3% às melhorias das condições de saneamento básico. Outro estudo também demonstrou associação significativa entre a cobertura do BF e do Programa Saúde da Família (PSF) com a redução da mortalidade infantil entre os anos de 2004 e 2009.³⁹

Segundo projeções, se o Brasil intensificasse as políticas públicas voltadas ao aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e ao acesso a serviços essenciais como educação, saúde e saneamento, a prevalência de crianças menores de 5 anos com baixa estatura teria chegado a menos de 3% em 2017, deixando de ser um problema de saúde pública desde aquele ano.³⁸

Conclusão

Os inquéritos domiciliares de base populacional tendem a subestimar o real cenário da desnutrição infantil no Brasil por não considerarem grupos de maior vulnerabilidade no delineamento da população de estudo. Os 13 anos de intervalo entre a última e a penúltima pesquisa dificultam a comparação entre os períodos, mas indicam um aumento na prevalência da desnutrição a partir de 2006, o que é confirmado por estudos de tendências temporais com dados do SISVAN, que apontam o aumento a partir de meados de 2013. Além disso, os dados apresentados são anteriores ao período de pandemia da COVID-19, indicando que o cenário atual pode superar os dados apresentados pela última pesquisa domiciliar.

Apesar dos avanços desde a década de 1980, o frágil sistema de proteção social do Brasil não foi capaz de reduzir as desigualdades sociais ao longo da história, mas apenas de contê-las temporariamente. A inversão da tendência de redução da desnutrição infantil tem sido acompanhada pelo aumento da pobreza e da desigualdade.

Diante do cenário de congelamento de gastos para um sistema de seguridade social que sequer veio a se constituir adequadamente, observamos, em 2019, a fome, a insegurança alimentar, a extrema pobreza e a desnutrição aguda (magreza) em crianças menores de 5 anos atingirem os piores patamares das séries históricas. Além disso, a mortalidade infantil não apresenta redução significativa desde 2015, e o saneamento básico caminha a passos lentos, mantendo grandes disparidades regionais.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

Referências

1. United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates. Geneva: WHO; 2019.
2. Victora CG, Christian P, Vidaletti LP, Gatica-Domínguez G, Memon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet*. 2021;397:1388-99.
3. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. *Matern Child Nutr*. 2016;12(Suppl 1):12-26.
4. Dewey KG, Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Matern Child Nutr*. 2011;7(Suppl 3):5-18.
5. Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, Mwangome M, Poulas MS, Yajnik CS, et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. *Lancet*. 2020;395:75-88.
6. Sawaya AL. Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. *Estud Av*. 2006;20:147-58.
7. MAL-ED Network Investigators. Childhood stunting in relation to the pre- and postnatal environment during the first 2 years of life: The MAL-ED longitudinal birth cohort study. *PLoS Med*. 2017;14:e1002408.
8. Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G. World Inequality Report 2022, World Inequality Lab. 2022.
9. Júnior JG, de Amorim LM, Lima NN, Neto ML. Challenges to food safety for children and adolescents in Brazil. *J Pediatr Nurs*. 2022;65:e7-e8.

10. Souza PH. Uma história de desigualdade: a concentração de renda entre os ricos no Brasil, 1926 - 2013. São Paulo: Hucitec Editora; 2018.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF 1974-1975. Rio de Janeiro: IBGE; 1977.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS 1996. Rio de Janeiro: IBGE; 1996.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
16. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI 2019. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométricos de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas. Rio de Janeiro: UFRJ; 2022.
17. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) [Internet]. Relatórios públicos de estado nutricional. Distrito Federal: Ministério da Saúde. [Acesso em 30 jun. 2023]. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>>.
18. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN). II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil - II VIGISAN: relatório final. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert; 2022.
19. Sawaya AL, Albuquerque MP, Domene SM. Violência em favelas e saúde. *Estud Av.* 2018;32:243-50.
20. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, município de São Paulo. Relatório Técnico Anual 2019. Análise descritiva de indicadores de nutrição e saúde. Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2022.
21. Rede Nossa São Paulo. Mapa da Desigualdade 2019. São Paulo: Rede Nossa São Paulo; 2019.
22. da Rocha Neves K, de Souza Morais RL, Teixeira RA, Pinto PA. Growth and development and their environmental and biological determinants. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92:241-50.
23. Gouveia AV, Carvalho RE, Correia ME, Silveira JA. Time trend of the prevalence of malnutrition in children under five years of age assisted by the Bolsa Família Program (2008-2019) [Internet]. *SciELO Preprints*. 2022.
24. Ribeiro-Silva RC, Silva NJ, Felisbino-Mendes MS, Falcão IR, de Andrade RD, Silva SA, et al. Time trends and social inequalities in child malnutrition: nationwide estimates from Brazil's food and nutrition surveillance system, 2009-2017. *Public Health Nutr.* 2021;25:1-11.
25. Ferreira CS, Rodrigues LA, Bento IC, Villela MP, Cherchiglia ML, César CC. [Factors associated with Sisvan Web coverage for children under 5 years of age, in the municipalities of the Regional Health Inspectorate of Belo Horizonte, Brazil]. *Cien Saude Colet.* 2018;23:3031-40.
26. World Health Organization (WHO). Resolution WHA65.6. Maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21-26 May. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: WHO; 2012.
27. de Souza PH, Hecksher M, Osório RG. Um país na contramão: a pobreza no Brasil nos últimos dez anos. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2022. p.18.
28. World Bank. Brazil Poverty and Equity Assessment: Looking Ahead of Two Crises. Washington DC: World Bank; 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10986/37657>. License: CC BY 3.0 IGO.
29. Mudadu Silva JR, Vieira LL, Murta Abreu AR, de Souza Fernandes E, Moreira TR, Dias da Costa G, et al. Water, sanitation, and hygiene vulnerability in child stunting in developing countries: a systematic review with meta-analysis. *Public Health.* 2023;219:117-23.
30. Raupp L, Cunha GM, Fávoro TR, Santos RV. Sanitation conditions of Indigenous and nonindigenous households in Brazil according the 2000 and 2010 national censuses. *Cien Saude Colet.* 2020;25:3753-63.
31. Sistema Nacional sobre Informações de Saneamento (SNIS) [Internet]. Brasília: Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional. [Acesso em 05 jul. 2023]. Disponível em: <http://appsniis.mdr.gov.br/indicadores/web/agua_esgoto/mapa_esgoto/?cod=13>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT/SVS). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
33. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2020.
34. Rissi GP, Shibukawa BM, Góes HL, de Oliveira RR. Crianças menores de 5 anos ainda morrem por desnutrição? *Rev Enferm UFPE.* 2019;13 e239889.
35. Portal Fiocruz. Hospitalização de bebês por desnutrição atinge pior nível dos últimos 13 anos [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2022. [Acesso em 04 jun. 2023]. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br>>.
36. Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir no Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 15 dez 2016.
37. Mattei LF. Sistema de proteção social brasileiro enquanto instrumento de combate à pobreza. *Rev Katálysis.* 2019;22:57-65.
38. Monteiro CA, Benicio MH, Konno SC, Silva AC, Lima AL, Conde WL. Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996-2007. *Rev Saude Publica.* 2009;43:35-43.
39. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet.* 2013;382:57-64.