

Diagnóstico nutricional de crianças

Prezado Editor,

Esse comentário refere-se ao artigo¹ publicado, recentemente, neste referido jornal. O estudo objetivou avaliar o estado nutricional de crianças e adolescentes com bronquiolite obliterante pós-infecciosa. Os resultados, entretanto, apresentam equívoco de interpretação quando os autores concluem que a relação antropométrica peso por estatura (P/E) subestima o diagnóstico de “desnutrição” quando comparada com o parâmetro peso por idade (P/I). O correto é considerar que o parâmetro P/I superestima a prevalência de “desnutrição”, e não ao contrário, pois esse índice tem o princípio de considerar que todas as crianças possuem a mesma estatura em uma determinada idade. Assim, uma criança mais baixa que a normalidade e que apresenta peso adequado para sua estatura será erroneamente classificada como “desnutrida” pelo índice P/I. Essa situação é observada claramente no estudo em questão, o qual apresentou alta prevalência de crianças com baixa estatura. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS)², em documento recente, recomenda que o P/I seja utilizado somente em países que não apresentam a mínima condição de se obter a estatura e, conseqüentemente, o P/E. Há divergência na posição técnica dos autores no relato que “o uso do P/I é muito adequado para o acompanhamento do crescimento ponderal infantil...”, quando comparada com o artigo referente às novas curvas da OMS², que faz a seguinte afirmação: “*Weight-for-age is inadequate for monitoring growth beyond childhood due to its inability to distinguish between relative height and body mass...* [O peso para idade é inadequado para monitorar o crescimento além da infância, devido à sua incapacidade de distinguir entre altura relativa e massa corporal...]”. Assim, surpreendunos a constatação dos autores que o P/I é melhor que o P/E baseado em um conceito não embasado pela OMS³ (pp. 162 e 163), a qual na própria origem do termo para diagnosticar déficit nutricional utiliza *wasting* para P/E e *underweight* para P/I, chamando a atenção para a possível presença de baixa estatura (*stunting*) nesse último caso. Recomenda, ainda, que não se utilize o termo desnutrição para déficits obtidos somente por parâmetros antropométricos. O déficit de reserva corporal deve ser medido por P/E e, na presença do mesmo, a intervenção dietética tem papel definido em recuperar esse déficit. Já a presença de baixa estatura (E/I) pode ser resultante de seqüelas de comprometimentos anteriores, como comprimento ao nascer, por exemplo, cuja abordagem nutricional pode ter pouco ou nenhum efeito sobre essa recuperação. Assim, P/E e E/I devem ser analisados separadamente quanto à presença de desvios nutricionais,

diferentemente do que preconizava Waterlow⁴, classificação essa que não se utiliza mais nas investigações atuais. O achado de alta prevalência de baixo peso medido pelo índice de massa corporal por idade para os adolescentes apresentados na Tabela 1¹ pode ter como viés o estágio puberal, já que adolescentes que apresentam atraso nesse processo são erroneamente diagnosticados com baixo peso e baixa estatura em função de apresentarem peso e estatura menor que a população de referência no percentil 50.

Por esses aspectos, discordamos das conclusões dos autores quanto à aplicação dos parâmetros antropométricos e recomendamos que maiores cuidados sejam tomados na classificação nutricional de crianças e adolescentes, independentemente das patologias associadas.

Referências

1. Bosa VL, de Mello ED, Mocelin HT, Benedetti FJ, Fischer GB. [Assessment of nutritional status in children and adolescents with post-infectious bronchiolitis obliterans](#). J Pediatr (Rio J). 2008; 84:323-30.
2. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. [Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents](#). Bull World Health Organ. 2007; 85:660-7.
3. World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*, Geneva: WHO; 1995.
4. Waterlow JC. [Note on the assessment and classification of protein-energy malnutrition in children](#). Lancet. 1973;2:87-9.

doi:10.2223/JPED.1841

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Márcia Regina Vitolo

Doutora, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS.

Paula Dal Bó Campagnolo

Mestre, UFCSPA, Porto Alegre, RS.

Resposta dos autores

Prezado Editor,

Com satisfação recebemos a repercussão crítica ao nosso artigo¹, e alegre-nos saber que tanto o texto como o tema despertaram interesse. A avaliação do estado nutricional é um assunto complexo, uma vez que existem vários métodos de avaliação, além de diversas classificações descritas na literatura^{2,3}, tanto que gerou esta carta ao editor.

Por este motivo, em nosso estudo¹ aplicou-se, para classificação nutricional da população, os índices antropométricos comumente utilizados para avaliação do estado nutricional preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde do Brasil (MS), ou seja, peso por idade (PI), peso por estatura (PE), estatura por idade (EI) e índice de massa corporal (IMC)^{3,4}. Para as crianças (menores de 10 anos), utilizou-se PE e EI para a classificação de desnutrição e/ou baixa estatura e PE e o PI para risco de desnutrição, seguindo o modelo proposto por Dornelles et al.⁵. Quanto ao estado nutricional, observa-se claramente na Tabela 1¹ que as variáveis EI e PI mostraram maior alteração do que PE, fato este que não deve induzir à interpretação de que, em nosso estudo, tenha-se salientado que um seja melhor que o outro, e sim objetiva-se valorizar o que preconiza a OMS e MS, os quais recomendam utilizar os três índices. Considera-se que, neste estudo, preocupado em obter avaliação nutricional mais detalhada, os demais indicadores utilizados (composição corporal) reforçam as conclusões quanto à elevada prevalência de desnutrição e/ou baixa reserva muscular (circunferência muscular do braço, CMB = 50,9% dos pacientes apresentam baixa reserva).

No que se refere à baixa estatura, sabe-se que pode ser constitucional, mas também reflexo de desnutrição crônica. Doenças crônicas costumam interferir no crescimento, comprometendo a estatura ou retardando a idade óssea⁶. Ao valorizarmos somente o PE, não estaríamos identificando estes casos e, portanto, não atuando para a sua melhoria.

O possível viés relacionado ao estadiamento puberal entre os adolescentes foi considerado na pesquisa, porém o pequeno número de pacientes entre as categorias impediu análises mais aprofundadas. Acrescenta-se a isso o fato de que as análises estatísticas realizadas nestes grupos não interferiram nos resultados. As mesmas não foram apresentadas pela exigüidade do espaço para publicação. Como este grupo de pacientes permanece em acompanhamento, acreditamos que possamos, no futuro, apresentar tais resultados com números mais consistentes.

Contudo, esta carta só ressalta a importância da não generalização dos critérios de classificação de estado nutricional. Os critérios de desnutrição, baixo peso e risco nutricional

devem ser determinados para cada população a ser estudada, especialmente quando apresentam comorbidades associadas.

Referências

1. Bosa VL, de Mello ED, Mocelin HT, Benedetti FJ, Fischer GB. [Assessment of nutritional status in children and adolescents with post-infectious bronchiolitis obliterans](#). *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84:323-30.
2. de Mello ED. [O que significa a avaliação do estado nutricional](#). *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:357-8.
3. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva: WHO; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Material preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Dornelles CT, Piva JP, Marostica PJ. [Nutritional status, breastfeeding and evolution of infants with acute viral bronchiolitis](#). *J Health Popul Nutr*. 2007;25:336-43.
6. Zeferino AM, Barros Filho AA, Bettiol H, Barbieri A. [Acompanhamento do crescimento](#). *J Pediatr (Rio J)* 2003;79 Supl 1:S23-32.

doi:10.2223/JPED.1842

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

Vera Lúcia Bosa

Nutricionista. Mestre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS.

Elza Daniel de Mello

Doutora. Médica e nutricionista, Serviço de Nutrologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS.

Helena Teresinha Mocelin

Doutora. Médica, Serviço de Pneumologia Pediátrica, Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (HCSA-ISCMPA), Porto Alegre, RS.

Francieliane Jobim Benedetti

Nutricionista. Mestre, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Gilberto Bueno Fischer

Doutor. Professor titular, Pediatria, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. Professor, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, UFRGS, Porto Alegre, RS. Médico, Serviço de Pneumologia Pediátrica, HCSA-ISCMPA, Porto Alegre, RS.