

Em 30 anos, menos crianças desnutridas e mais adolescentes acima do peso

A Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 do IBGE detectou uma melhora nos indicadores antropométricos da população com menos de 20 anos, em relação às medições feitas anteriormente, no Estudo Nacional de Despesa Familiar de 1974-. Isso indica que a desnutrição infantil diminuiu nos últimos 30 anos, especialmente entre aqueles que, historicamente, eram mais afetados pelo problema: as crianças das regiões Norte e Nordeste, e as das famílias com menores rendimentos. Levando em conta padrões recomendados pela OMS, a POF 2002-2003 também detectou um aumento considerável na proporção dos adolescentes brasileiros com excesso de peso: em 1974-75, estavam acima do peso 3,9% dos garotos e 7,5% das garotas entre 10 e 19 anos; já em 2002-03, os percentuais encontrados foram 18,0% e 15,4%, respectivamente.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-03 do IBGE confirmou, ainda, que a desigualdade econômica do Brasil continua estampada no corpo de seus filhos: 22,18% dos garotos nascidos nas famílias com o menor rendimento per capita têm déficit de altura, enquanto 28,2% daqueles nascidos nas famílias com o maior rendimento estão com excesso de peso (tabela 14).

A inclusão de um módulo de avaliação antropométrica na POF 2002-2003, feita em parceria com o Ministério da Saúde, certamente representou um grande desafio para as equipes técnicas e agentes de pesquisa do IBGE.

Principalmente os dados relativos à medição de altura das crianças com menos de seis anos de idade – operação que exige equipamento e treinamento bastante especializados – apresentaram limitações. Com isso, as análises do estado nutricional das crianças a partir da POF não

levaram em consideração as medidas de altura nesse grupo etário. Os indicadores obtidos a partir dos pesos das crianças dessa mesma faixa etária também foram calculados e analisados a partir dos dados obtidos diretamente da POF e de dados ajustados. Tais ajustes são particularmente importantes para comparações ao longo do tempo com resultados de pesquisas antropométricas especializadas. Assim, os resultados do ENDEF, pesquisa de ampla abrangência e similar a POF, também sofrem ajustes. O banco de microdados da POF conterá todas as medidas antropométricas e será disponibilizado na íntegra para que todos os usuários possam elaborar suas próprias análises.

A POF 2002-2003 aponta resultados positivos sobre a desnutrição infantil no país nos últimos 30 anos. Mas o fato de se poder contar com um único indicador do estado nutricional (peso-para-idade) para crianças com menos de 10 anos de idade sugere cautela nas conclusões. Serão necessários novos inquéritos antropométricos para confirmar os resultados apontados pela POF 2002-2003.

Em 2002-03, predominava no Brasil a baixa prevalência de déficits de peso-para-idade

O estado nutricional das crianças menores de 10 anos de idade foi avaliado a partir do índice antropométrico peso-para-idade. Em uma análise do Banco Internacional de Dados sobre Crescimento Infantil da OMS, com base na revisão de inquéritos antropométricos realizados em amostras da população de crianças menores de 5 anos de 79 países em desenvolvimento entre 1980 e 1992, identificou-se que em cerca de um quarto dos países a prevalência de déficits de peso-para-idade era inferior a 10%, no quarto seguinte variava entre 10% e 19,9%, no quarto seguinte entre 20% e 29,9% e no quarto seguinte era igual ou superior a 30%. O percentual de prevalência de déficits de peso-para-idade indica quantas crianças em cada grupo de cem encontram-se

abaixo do limite estabelecido a partir da distribuição padrão adotada pela OMS.

Esses quatro intervalos foram classificados como prevalências relativamente baixas, moderadas, altas e muito altas. Podemos citar alguns exemplos internacionais: há baixa prevalência na Venezuela (6,2% em 2000) e Colômbia (6,7% em 2000); prevalências moderadas no Equador (14,3% em 1998) e Haiti (17,2% em 2000); prevalências altas em Moçambique (23,7% em 2000) e Somália (25,8% em 2000); e prevalências muito altas em Angola (30,5% em 2001) e Etiópia (47,2% em 2000). No Brasil, segundo a POF 2002-2003, as prevalências relativamente baixas predominaram em quase todas as comparações, à exceção das áreas rurais da região Norte, onde ocorreram prevalências moderadas, como veremos a seguir.

A Tabelas 6 e 7 mostram a prevalência de déficits peso-para-idade entre as crianças menores de 10 anos de idade, segundo sexo e idade. Prevalências relativamente baixas de déficits ponderais são observadas a partir dos valores de peso obtidos diretamente da POF (tabela 6): 5,8% para o conjunto das crianças, sendo 7% nos menores de 5 anos e 4,6% em crianças com idades entre 5 e 9 anos. As conclusões não se alteram a partir da observação da tabela 7 (dado ajustado).

Tabela 6 - Prevalência de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade, por sexo, segundo grupos de idade - Brasil - período 2002-2003

Grupos de idade	Prevalência de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade (%)		
	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
Total	5,8	6,3	5,2
0 a 4 anos	7,0	7,5	6,6
0 a 1,9 anos	5,9	6,2	5,7
2,0 a 4,9 anos	7,7	8,2	7,1
5,0 a 9,9 anos	4,6	5,2	3,9

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003

Tabela 7 - Prevalência ajustada de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade, por sexo, segundo grupos de idade - Brasil - período 2002-2003

Grupos de idade	Prevalência ajustada de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade (%)		
	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
Total	3,2	3,6	2,9
0 a 4 anos	4,6	4,8	4,4
0 a 1,9 anos	3,8	4,5	2,9
2,0 a 4,9 anos	5,1	5,0	5,2
5,0 a 9,9 anos	2,0	2,4	1,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.

Nota: Valores ajustados para corrigir a imprecisão no registro do peso (ver texto).

Norte rural tem prevalência moderada de déficits de peso-para-idade. As tabelas 8 e 9 apresentam prevalência de déficits de peso-para-idade por grandes regiões. As mais elevadas foram encontradas nas áreas rurais da região Norte: 14,9% para menores de 5 anos e 12% para crianças entre 5 e 9 anos de idade, configurando, em ambos os casos, prevalências moderadas de desnutrição.

Tabela 8 - Prevalência de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade, por grupos de idade e situação do domicílio, segundo Grandes Regiões - Brasil - período 2002-2003

Grandes Regiões	Prevalência de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade (%)		
	Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural
0 a 4 anos			
Brasil	7,0	6,6	8,8
Norte	11,4	9,9	14,9
Nordeste	8,1	7,7	8,7
Sudeste	5,8	5,8	6,0
Sul	5,2	5,1	5,6
Centro-Oeste	6,4	6,3	7,0
5 a 9 anos			
Brasil	4,6	4,2	6,2
Norte	8,6	7,0	12,0
Nordeste	5,9	5,6	6,6
Sudeste	3,6	3,5	4,2
Sul	2,4	2,6	1,8
Centro-Oeste	3,3	3,3	3,2

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares - 2002-2003.

Mesmo com a correção das medidas de peso (tabela 9), persistiu a prevalência moderada de desnutrição (11%) para crianças menores de

cinco anos das áreas rurais da região Norte, confirmando-se ser o Norte rural o local do país onde o problema da desnutrição infantil alcança a maior magnitude. Este fato era até então desconhecido, pois a POF 2002-2003 foi a primeira a investigar os domicílios das áreas rurais da região Norte.

Tabela 9 - Prevalência ajustada de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade, por grupos de idade e situação do domicílio, segundo Grandes Regiões - Brasil - período 2002-2003

Grandes Regiões	Prevalência ajustada de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade (%)		
	Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural
0 a 4 anos			
Brasil	4,6	4,4	5,6
Norte	8,0	6,8	11,0
Nordeste	5,4	5,3	5,7
Sudeste	3,7	3,8	2,9
Sul	3,2	3,3	2,6
Centro-Oeste	3,6	3,6	4,0
5 a 9 anos			
Brasil	2,0	1,7	2,9
Norte	4,1	3,1	6,4
Nordeste	2,4	2,2	2,7
Sudeste	1,5	1,4	2,3
Sul	1,0	1,1	0,7
Centro-Oeste	1,5	1,3	2,3

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares - 2002-2003.

Nota: Valores ajustados para corrigir a imprecisão no registro do peso (ver texto).

Após o Norte rural, as maiores prevalências entre menores de 5 anos são vistas no Norte urbano (9,9%), no Nordeste rural (8,7%) e no Nordeste urbano (7,7%). Prevalências mais baixas, entre 5% e 7%, são observadas entre as crianças menores de 5 anos que vivem nas áreas urbanas ou rurais das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Nessas mesmas áreas e regiões, a prevalência de déficits ponderais em crianças de 5 a 9 anos de idade é ainda mais baixa, ficando entre 1,8% e 4,2%. Quanto menor a renda, maior a prevalência de déficits de peso-para-idade

As tabelas 10 e 11 apresentam prevalência de déficits de peso-para-idade em seis estratos da renda familiar: desde rendas iguais ou inferiores a um quarto de salário mínimo per capita até as superiores a

5 salários mínimos per capita. Há forte tendência de diminuição da prevalência com o aumento da renda familiar: de 11,9% para 2,3% no caso das crianças menores de 5 anos e de 9,2% para 2,1%, no caso das crianças com idades entre 5 e 9 anos, denotando a forte determinação que a renda familiar exerce sobre o risco da desnutrição infantil no país.

Tabela 10 - Prevalência de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade, por grupos de idade e classes de rendimento monetário mensal familiar per capita - Brasil - 2002-2003

Classes de rendimento monetário mensal familiar per capita (salários mínimos)	Prevalência de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade (%)	
	0 a 4 anos	5 a 9 anos
Até 1/4	11,9	9,2
Mais de 1/4 a 1/2	10,7	7,3
Mais de 1/2 a 1	6,9	4,3
Mais de 1 a 2	5,0	2,9
Mais de 2 a 5	2,5	1,4
Mais de 5	2,3	2,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares - 2002-2003.

Prevalências acima de 10%, características de freqüência moderada de desnutrição, são encontradas apenas nos dois primeiros estratos de renda familiar (rendas de até 0,5 salário mínimo per capita) da população de menores de 5 anos. A correção das medidas de peso (tabela 11) diminui a magnitude das prevalências de déficits de peso-para-idade, mas não altera sua forte relação inversa com a renda.

Tabela 11 - Prevalência ajustada de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade, por grupos de idade e classes de rendimento monetário mensal familiar per capita - Brasil - 2002-2003

Classes de rendimento monetário mensal familiar per capita (salários mínimos)	Prevalência ajustada de déficit de peso-para-idade nas crianças menores de 10 anos de idade (%)	
	0 a 4 anos	5 a 9 anos
Até 1/4	8,4	3,8
Mais de 1/4 a 1/2	7,4	3,3
Mais de 1/2 a 1	4,2	1,7
Mais de 1 a 2	3,1	1,2
Mais de 2 a 5	1,8	0,6
Mais de 5	0,9	0,9

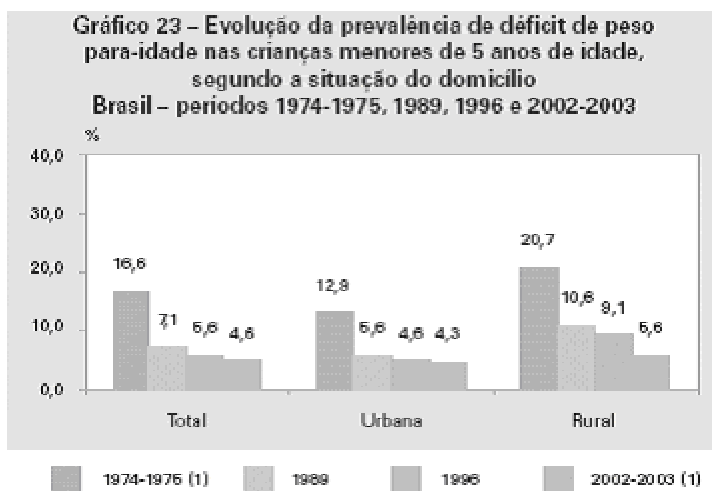
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares - 2002-2003.

Nota: Valores ajustados para corrigir a imprecisão no registro do peso (ver texto).

Em 30 anos, diminuiu a diferença condição de desnutrição infantil entre as áreas rurais e urbanas

Houve forte declínio da prevalência nos cerca de 14 anos que separam os inquéritos de 1974-1975 e 1989 (de 16,6% para 7,1%) e quedas menos intensas, mas contínuas, nos intervalos de cerca de sete anos que separam os inquéritos subsequentes (de 7,1% para 5,6% entre 1989 e 1996 e de 5,6% para 4,6% entre 1996 e 2002-2003).

O declínio foi, inicialmente, mais intenso nas áreas urbanas (gráfico 23). Em 1996, a prevalência de déficits ponderais chega a ser duas vezes maior no meio rural (9,1%) do que no meio urbano (4,6%). Já entre 1996 e 2002-2003, o declínio foi bem maior no meio rural, aproximando a prevalência urbana (4,3%) da rural (5,6%).



Fontes: IBGE, Estudo Nacional da Despesa Familiar 1974-1975; Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 1988; Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996; IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.

(1) Prevalências ajustadas para corrigir a imprecisão na mensuração e registro de peso

Diferenças regionais diminuíram muito em 30 anos

Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, os déficits caíram muito entre 1974-1975 e 1989: de 10%-12% para cerca de 3%-4% (gráfico 24). Entre 1989 e 1996 e entre 1996 e 2002-2003, a prevalência nessas três regiões aparenta flutuar em torno de 3%-4%. Já nas regiões Norte (urbano) e Nordeste, as prevalências eram mais altas (22%-25% em 1974-1975), mas a queda foi contínua, até 6,7% e 5,4%, respectivamente, em 2002-2003.

Em 1973-74, no grupo etário com menos de cinco anos de idade, o déficit de peso-para-idade atingia uma em cada cinco (20,8%) crianças em áreas urbanas, e uma em cada quatro (27,4%) nas áreas rurais (gráfico 25). Já em 2002-2003, apenas uma em cada 20, aproximadamente, encontrava-se nesse estado nutricional: ambos os percentuais despencaram, respectivamente, para 5,3% e 5,8%.

Prevalência de déficit de peso teve maior redução entre as crianças mais pobres

Dividindo-se as crianças menores de cinco anos de idade em cinco níveis de renda familiar per capita, nota-se enormes diferenças de prevalência no déficit peso-para-idade que, no entanto, diminuíram intensamente entre 1974-75 e 2002-03 (gráfico 26). Na década de 70, as prevalências atingiam 30,8% no primeiro quinto de renda (os 20% mais pobres) e 4,0% no último quinto (das famílias com maiores rendimentos per capita). Já em 2002-03, os percentuais eram 8,7% e 1,5%, respectivamente.

A queda da prevalência foi bem maior entre as crianças das famílias com menores rendimentos, enquanto nos quintos mais ricos, a oscilação foi mais amena, chegando a uma quase estabilidade entre os 20% mais ricos, principalmente ao longo dos últimos dois inquéritos. Assim, pela primeira vez, há uma clara tendência de redução das enormes desigualdades econômicas quanto à prevalência da desnutrição na infância.

Desigualdades regionais e de renda também afetam a estatura dos adolescentes

Cerca de 10% dos adolescentes brasileiros apresentavam déficits de altura-para-idade em 2002-2003, sendo maior a freqüência em meninos (11,3%) do que em meninas (8,3%). Entre meninos, os déficits de altura são mais freqüentes a partir dos 15 anos de idade, e entre as meninas não havia um padrão de variação (Tabela 12).

Em ambos os sexos, a frequência de déficits de altura é cerca de três vezes maior na região Norte e duas vezes maior na Nordeste do que nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. No Norte e Nordeste, os déficits de altura são bem mais frequentes nas áreas rurais do que nas urbanas, situação não observada nas demais regiões.

Tabela 12 - Indicadores antropométricos para adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, por sexo, segundo grupos de idade - Brasil (2002-2003)

Grupos de idade	Indicadores antropométricos para adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, por sexo (%)		
	Total	Masculino	Feminino
Déficit de altura-para-idade			
Total	9,8	11,3	8,3
10 a 11 anos	9,3	9,2	9,5
12 a 14 anos	8,4	8,5	8,4
15 a 17 anos	10,2	13,7	6,5
18 e 19 anos	11,9	13,7	9,8
Baixo peso			
Total	7,3	5,8	9,0
10 – 11 anos	11,6	10,1	13,1
12 – 14 anos	8,6	8,5	8,7
15 – 17 anos	5,1	3,3	7,1
18 – 19 anos	4,4	1,3	8,0
Déficit de IMC-para-idade (*)			
Total	3,7	2,8	4,6
10 a 11 anos	3,9	3,1	4,8
12 a 14 anos	3,5	3,0	4,1
15 a 17 anos	3,8	2,4	5,3
18 e 19 anos	3,5	2,7	4,4
Sobrepeso			
Total	12,3	10,4	14,4
10 a 11 anos	17,7	16,9	18,5
12 a 14 anos	14,3	10,4	18,4
15 a 17 anos	9,4	7,1	11,9
18 e 19 anos	8,3	9,2	7,4
Excesso de peso (*)			
Total	16,7	17,9	15,4
10 a 11 anos	22,4	22,4	22,3
12 a 14 anos	17,5	18,4	16,6
15 a 17 anos	13,9	16,3	11,3
18 e 19 anos	14,0	15,4	12,4
Obesidade (*)			
Total	2,3	1,8	2,9
10 a 11 anos	3,7	2,4	5,0
12 a 14 anos	2,4	1,7	3,2
15 a 17 anos	1,8	1,5	2,2
18 e 19 anos	1,6	1,8	1,4

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares

(*) Indicador elaborado a partir de padrões brasileiros

A maior frequência de adolescentes com déficits de altura ocorre entre meninos no Norte rural (28,8%) e a menor entre meninas no Sul rural (3,6%) (Tabela 13). Em ambos os sexos, a frequência de déficits de altura diminui muito com o aumento da renda familiar: cerca de 20% dos adolescentes apresentam déficits de altura quando a renda é de até 0,5 salário mínimo per capita e 4-5% quando a renda é de 5 ou mais salários mínimos per capita (Tabela 14).

Prevalência de déficit de IMC-para-idade varia pouco entre os adolescentes

De acordo com o critério déficit de IMC-para-idade, a frequência de adolescentes magros na população de adolescentes seria de 3,7% – 2,8% entre meninos e 4,6% entre meninas – não havendo variações substanciais com a idade (Tabela 12). Em ambos os sexos, a frequência de déficits de IMC é ligeiramente maior nas regiões Norte e Nordeste do que nas demais regiões, permanecendo, entretanto, sempre abaixo de 4%, em meninos, e abaixo de 6%, em meninas.

Dentro de cada região, não se nota maior frequência de déficit de IMC no meio rural. A maior frequência de déficit de IMC ocorre entre meninas que vivem nas áreas urbanas das regiões Norte e Nordeste (5,6%) e a menor entre meninos do Sudeste urbano (2,1%) (Tabela 13).

Tabela 13 - Indicadores antropométricos para adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, por sexo e situação do domicílio, segundo Grandes Regiões - Brasil - período 2002-2003

Grandes Regiões	Indicadores antropométricos para adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, por sexo (%)					
	Masculino			Feminino		
	Total	Situação do domicílio		Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural		Urbana	Rural
Déficit de altura-para-idade						
Brasil	11,3	9,6	18,0	8,3	7,4	12,6
Norte	21,4	18,5	28,8	17,1	14,0	26,1
Nordeste	16,1	13,7	21,2	10,9	9,2	15,1
Sudeste	7,1	6,7	10,9	5,9	6,0	5,4
Sul	6,1	5,8	7,3	5,0	5,3	3,6
Centro-Oeste	9,9	9,8	10,4	6,1	6,0	7,1
Baixo peso						
Brasil	5,8	5,6	6,5	9,0	8,9	9,2
Norte	6,1	6,3	5,7	9,1	9,3	8,5
Nordeste	7,3	7,4	7,2	10,4	10,6	9,9
Sudeste	5,3	5,1	7,1	8,6	8,4	10,1
Sul	3,9	3,9	3,8	7,4	7,5	6,7
Centro-Oeste	4,7	4,7	5,2	8,1	8,3	6,6
Déficit de IMC-para-idade (*)						
Brasil	2,8	2,7	3,0	4,6	4,7	4,3
Norte	3,3	3,4	3,0	5,2	5,6	3,9
Nordeste	3,7	4,0	3,2	5,1	5,6	3,8
Sudeste	2,2	2,1	3,3	4,5	4,3	5,9
Sul	2,1	2,2	1,9	3,9	3,9	3,9
Centro-Oeste	2,3	2,2	2,9	4,4	4,5	2,9
Sobrepeso						
Brasil	10,4	11,4	6,3	14,4	14,8	12,4
Norte	8,0	8,8	6,2	13,5	12,9	15,6
Nordeste	6,3	7,7	3,1	10,8	11,6	8,8
Sudeste	13,0	13,2	11,2	17,0	17,0	16,6
Sul	13,6	14,2	10,8	15,6	15,6	15,3
Centro-Oeste	10,6	11,0	8,1	14,2	14,0	15,5
Excesso de peso (*)						
Brasil	17,9	19,5	11,4	15,4	15,9	12,9
Norte	15,3	16,2	12,8	13,9	13,2	16,1
Nordeste	11,8	14,1	6,8	11,6	12,5	9,4
Sudeste	21,5	22,0	17,4	18,0	18,2	16,4
Sul	22,6	23,6	17,7	17,0	17,1	16,6
Centro-Oeste	19,3	19,8	15,8	15,6	15,5	17,2
Obesidade (*)						
Brasil	1,8	2,0	0,8	2,9	3,1	1,9
Norte	1,1	1,3	0,6	2,2	2,3	1,9
Nordeste	1,1	1,4	0,2	2,1	2,4	1,5
Sudeste	1,9	2,0	1,7	3,8	4,0	2,1
Sul	3,1	3,3	2,0	2,9	2,9	2,6
Centro-Oeste	2,4	2,6	1,1	2,4	2,2	3,9

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares

(*) Indicador elaborado a partir de padrões brasileiros

Observa-se, ainda, certa tendência de redução da freqüência de déficit de IMC com a renda, particularmente no sexo masculino. Na menor classe de renda familiar, a freqüência de déficits de IMC é de 3,6% para meninos e de 5,8% para meninas enquanto, na maior classe de renda, a mesma freqüência é de 1,4% para meninos e de 4,6% para meninas (Tabela 14).

Tabela 14 - Indicadores antropométricos para adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, por sexo, segundo rendimento monetário mensal familiar per capita - Brasil - período 2002-2003

Classes de rendimento monetário mensal familiar per capita (salários mínimos)	Indicadores antropométricos para adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, por sexo (%)					
	Déficit de altura-para-idade	Baixo Peso	Déficit de IMC-para-idade	Sobrepeso	Excesso de peso	Obesidade
Masculino						
Até 1/4	22,1	8,5	3,6	4,1	8,5	0,4
Mais de 1/4 a 1/2	17,8	8,5	4,2	5,0	10,7	0,8
Mais de 1/2 a 1	12,9	6,5	3,1	8,8	16,1	1,2
Mais de 1 a 2	8,5	4,0	2,1	13,2	20,2	2,2
Mais de 2 a 5	4,6	4,5	2,2	13,4	23,3	2,6
Mais de 5	5,9	3,3	1,4	16,8	28,2	4,1
Feminino						
Até 1/4	17,5	13,0	5,8	8,4	8,9	1,4
Mais de 1/4 a 1/2	12,7	10,5	5,1	11,0	11,6	1,7
Mais de 1/2 a 1	9,7	8,7	4,6	15,4	16,4	3,3
Mais de 1 a 2	6,1	8,7	4,8	14,6	15,7	3,2
Mais de 2 a 5	4,0	6,9	3,6	16,7	18,0	3,6
Mais de 5	4,2	8,9	4,6	17,0	18,4	3,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares

Excesso de peso já afeta um em cada cinco meninos do Sul , Sudeste e Centro-Oeste

A freqüência de adolescentes com excesso de peso foi de 16,7% em 2002-2003, e um pouco maior em meninos (17,9%) do que em meninas (15,4%). Em ambos os sexos, a freqüência foi máxima entre adolescentes de 10-11 anos (cerca de 22%), diminuindo para 12%-15% no final da adolescência (Tabela 12).

A freqüência de adolescentes do sexo masculino com excesso de peso foi maior nas regiões Sul (22,6%), Sudeste (21,5%) e Centro-Oeste (19,3%) do que nas regiões Norte (15,3%) e Nordeste (11,8%). Dentro de cada região, o problema em meninos foi sempre mais freqüente no meio urbano do que no meio rural. A menor freqüência do problema no sexo masculino ocorreu no Nordeste rural (6,8%) e a maior no Sul urbano (23,6%).

Há diferenças menos marcantes entre meninas. Nelas, a freqüência de excesso de peso foi apenas ligeiramente maior nas regiões Sul (17%), Sudeste (18%) e Centro-Oeste (15,6%) do que no Norte (13,9%) e Nordeste (11,6%). Apenas no Nordeste e Sudeste a freqüência foi claramente maior nas áreas urbanas do que nas rurais. A menor freqüência do excesso de peso feminino ocorreu no Nordeste rural (9,4%) e a maior, no Sudeste urbano (18,2%) (Tabela 13).

Em ambos os sexos, há evidência de associação entre renda familiar e excesso de peso. No sexo masculino, a freqüência do problema aumenta intensa e continuamente com a renda, indo de 8,5% na menor classe de renda (até 0,5 salário mínimo per capita) até 28,2% na maior classe de renda (5 ou mais salários mínimos per capita). No sexo feminino, o aumento do excesso de peso associado com a renda ocorre clara e intensamente apenas ao longo das três primeiras classes de renda – de 8,9% para 16,4% – pouco se modificando nas três classes seguintes de renda: 15,7%, 18% e 18,4% (Tabela 14).

Obesidade é mais freqüente entre as meninas e nas áreas urbanas

Pouco mais de 2% dos adolescentes brasileiros foram diagnosticados como obesos, sendo 1,8% os meninos obesos e 2,9% as meninas obesas. Além disso, em 2002-2003 havia um obeso para cada 10 meninos com excesso de peso e uma obesa para cada 5 meninas com excesso de peso. Observa-se, ainda, que a freqüência da obesidade

pouco varia com a idade em meninos e tende a diminuir com a idade em meninas (Tabela 12).

Em ambos os sexos, a freqüência da obesidade é maior nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do que nas regiões Norte e Nordeste e, dentro de cada região, tende a ser maior no meio urbano do que no meio rural. A maior freqüência de obesidade ocorreu entre meninas do Sudeste urbano (4%) e a menor entre meninos do Nordeste rural (0,2%) (Tabela 13).

No sexo masculino, a freqüência da obesidade aumenta intensa e continuamente com a renda familiar, alcançando 0,4% dos adolescentes quando a renda é de até 0,5 salário mínimo per capita e 4,1% quando a renda é de 5 ou mais salários mínimos per capita. No sexo feminino, o aumento da obesidade ocorre apenas até a terceira classe de renda – de 1,4% para 3,3% – pouco se modificando nas três classes seguintes de renda: 3,2%, 3,6% e 3,1% (Tabela 14).

Em 14 anos cai o déficit de altura-para-idade e cresce o excesso de peso entre adolescentes

Declínios intensos e contínuos caracterizam a evolução da freqüência de déficit de altura-para-idade ao longo dos três inquéritos nacionais realizados em 1974-1975, 1989 e 2002-2003: 33,5%, 20,5% e 10,8%, no sexo masculino, e 26,3%, 16,9% e 7,9%, no sexo feminino. Já a freqüência de adolescentes magros, evidenciada pelo indicador déficit de IMC-para-idade, é relativamente baixa nos três inquéritos, flutuando, nos dois sexos, entre 2,8% e 4,8%.

O excesso de peso em meninos, cuja freqüência também é relativamente baixa no primeiro inquérito (3,9%), duplica do primeiro para o segundo inquérito (8,3%) e novamente duplica do segundo para o terceiro inquérito (17,9%). A freqüência de excesso de peso em meninas aumenta em cerca de 80% do primeiro para o segundo inquérito (de 7,5% para 13,8%) e em apenas cerca de 10% do segundo

para o terceiro inquérito (de 13,8% para 15,4%). A evolução da obesidade repete, com freqüências menores, a evolução do excesso de peso observada ao longo dos três inquéritos em meninos e meninas (Gráfico 28).

Desigualdades regionais na altura dos adolescentes diminuem menos que as de peso de crianças menores

Declínios contínuos e expressivos na freqüência de adolescentes com déficit de altura ocorrem ao longo dos três inquéritos em todo o País. Entretanto, diferentemente do que se viu para os déficits de peso em crianças menores de 5 anos, a evolução dos déficits de altura nos adolescentes não indica diminuição de desigualdades regionais: em 2002-2003, como em 1974-1975, permanece havendo duas vezes mais adolescentes com déficits de altura nas regiões Norte e Nordeste do que nas demais regiões (gráfico 29).

Nos três inquéritos, a freqüência de adolescentes magros, evidenciada pelo indicador déficit de IMC-para-idade, permanece relativamente baixa em todas as regiões, flutuando, nos dois sexos, entre 2,8% e 4,8%. Já a freqüência de excesso de peso evolui de forma distinta em meninos e meninas. Para os meninos, o problema aumenta intensa e continuamente ao longo dos três inquéritos em todas as regiões. Para meninas, o mesmo aumento ocorre de forma substancial, em todas as regiões, apenas entre o primeiro e o segundo inquérito. Entre o segundo e o terceiro inquérito, o excesso de peso em meninas apresenta aumento discreto em todas as regiões e chega a declinar na região Sul. Em 14 anos, desigualdade de renda continua se refletindo na estatura dos adolescentes

Declínios contínuos e expressivos na freqüência de adolescentes com déficit de altura-para-idade ocorrem ao longo dos três inquéritos em todos os estratos de renda. Mas as desigualdades econômicas não parecem se modificar ao longo dos inquéritos: em 2002-2003, como em

1974-1975, os adolescentes com déficits de altura são quatro vezes mais freqüentes entre as famílias mais pobres do que entre famílias mais ricas (gráfico 30).

Nos três inquéritos, a freqüência de adolescentes magros, evidenciada pelo indicador déficit de IMC-para-idade, permanece relativamente baixa em todos os estratos de renda, flutuando, nos dois sexos entre 2% e 6%.

Novamente, a freqüência de excesso de peso evolui de forma diferente nos dois sexos: entre meninos, ela aumenta intensa e continuamente ao longo dos três inquéritos em todos os quintos da distribuição da renda familiar; entre meninas, aumentos substanciais ocorrem em todos os estratos de renda apenas entre o primeiro e o segundo inquérito. Já entre o segundo e o terceiro inquérito, a freqüência de excesso de peso tem aumento discreto para as meninas mais pobres (três quintos inferiores da renda familiar) e redução, também discreta, para as mais ricas (dois quintos superiores).

Conclusões da POF alertam para o crescimento intenso do excesso de peso entre meninos

1) A POF 2002-2203, embora contando apenas com o indicador nutricional de peso-para-idade, mostrou baixa prevalência de desnutrição na faixa etária mais vulnerável (menores de 5 anos).

2) Prevalências ainda menores de desnutrição infantil, indicando a presença residual e o virtual controle do problema, foram encontradas nas áreas urbanas e rurais das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Prevalências intermediárias, indicativas da persistência do problema com baixa magnitude, foram encontradas no Nordeste e nas áreas urbanas da região Norte. Já nas áreas rurais da região Norte, estudadas pela primeira vez, está a maior prevalência de desnutrição infantil.

3) A POF confirmou a estreita associação entre a renda familiar e o estado nutricional das crianças, indicando que a desnutrição infantil

concentrava-se nas famílias com renda de até 0,5 salário mínimo per capita, ou 22,1% das famílias brasileiras.

4) A comparação da POF 2002-2003 com inquéritos anteriores confirmou a redução da desnutrição infantil no país ao longo das três últimas décadas. E entre 1996 e 2002-2003 ela decaiu fortemente nos estratos da população mais castigados pelo problema: crianças do Nordeste rural e de famílias pertencentes aos 40% com menor renda familiar.

5) O estudo da amostra de adolescentes da POF 2002-2003 confirma análises da amostra de adultos: distúrbios nutricionais originados no consumo alimentar excessivo e na atividade física insuficiente predominam largamente sobre os originados na alimentação escassa e no gasto energético excessivo.

6) A tendência apontada para adolescentes de todas as regiões e estratos econômicos – particularmente os do sexo masculino – parece ser a redução dos distúrbios originados na alimentação escassa e o crescimento intenso do excesso de peso e da obesidade.

10 gráfico 23 traz a evolução da prevalência de déficits peso-para-idade em crianças com entre zero e quatro anos de idade, conforme a ENDEF 1974-1975, a PNSB de 1989 e as POF de 1996 e 2002-2003. A restrição a crianças menores de 5 anos se deve ao fato de que a POF 1996 apenas incluiu a crianças desta faixa etária. Os inquéritos de 2002-2003 e de 1974-1975 empregam valores corrigidos de peso que levam em conta o excessivo coeficiente de variação das distribuições originais do peso. Esta correção é essencial para que a ENDEF e a POF possam ser comparadas aos demais inquéritos.