

Características Socioculturais das Crianças Desnutridas e Obesas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre

Ana Laura G. Xavier¹
Hellen Klein¹
Martine E. Kienzle Hagen²
Alessandra C. Pizzato³

aninhagx@hotmail.com, hellenklein@hotmail.com, martine.hagen@pucrs.br, acpizzato@terra.com.br

RESUMO

Objetivos: Analisar e comparar a influência de fatores socioculturais no desenvolvimento da desnutrição ou obesidade, em crianças. Métodos: Realizado um estudo descritivo transversal, com dados secundários. Fizeram parte do estudo todas as crianças desnutridas e obesas, com idade igual ou inferior a 5 anos e 11 meses, moradores da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Morro da Cruz. Foram analisados os dados de 43 crianças (31 desnutridas e 12 obesas). Foi utilizado o teste t, de Student, para comparação do estado nutricional com o peso ao nascer, o número de pessoas na casa e o número de irmãos. A estatística descritiva foi utilizada para comparar os grupos com as seguintes variáveis: sexo e escolaridade do cuidador, da mãe e do pai. Resultados: A comparação entre a variável peso ao nascer e os grupos estudados foi significativa, mostrando que as desnutridas já nasceram com peso mais baixo do que as obesas. O resultado encontrado para a escolaridade do cuidador, no grupo de crianças desnutridas, foi de 77%, com 7 anos ou menos de estudo e, para as obesas, 58%, com 8 anos ou mais de estudo. Mais da metade das crianças, em ambos os grupos, tinham a mãe e o pai com escolaridade igual ou inferior a 7 anos. Conclusões: Identificou-se que as condições de vida da criança e os cuidados que ela recebe podem interferir no seu estado nutricional.

Palavras – Chave: Criança; Desnutrição; Obesidade; Escolaridade; Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: Analyze and compare the influence of socialcultural factors in the development of malnutrition or obese in children. Methods: Done through a transversal descriptive study, with secondary data. Were part of the study all malnourished and obese children, with age equal or lower to 5 years and 11 months of age, residents of the local area of the Basic Health Care Unit Morro da Cruz. 43 children were analyzed (31 malnourished and 12 obese). It was used the student t test, for comparing nutritional information with weight when born, number residents in the home and the number of siblings. The descriptive data was used to compare the groups with the following variables: sex, schooling of parent/guardian, father and mother. Results: The comparisson between the weight variable and the groups studied was significant, showing that malnourished children were already born with a lower weight than the obese. The result found for the schooling of the parent, in the malnourished group, was 77%, with 7 years or less of study, and 58% for the obese, with 8 or more years of study. More than half of the children, in both groups, had mother and father with schooling equal or inferior to 7 years. Conclusions: It was noted that the living conditions of the child and the care she receives may interfere in her nutritional state.

Keywords: Child; Malnutrition; Obesity; Schooling; Health Indicators.

¹ Diplomada do Curso de Graduação em Nutrição – FAENFI - PUCRS.

² Professora do Curso de Graduação em Nutrição – FAENFI – PUCRS. Orientadora do Trabalho.

³ Professora do Curso de Graduação em Nutrição – FAENFI – PUCRS. Co-Orientadora do Trabalho.

INTRODUÇÃO

O cuidado com a alimentação deve iniciar mesmo antes do nascimento, desde a concepção, durante a gestação, no aleitamento e, conseqüentemente, por toda a vida.

O atendimento inadequado das necessidades energéticas do organismo pode acarretar dois dos principais distúrbios nutricionais: a desnutrição ou a obesidade¹.

A desnutrição energético-protéica (DEP) é definida como um conjunto de condições patológicas com deficiência simultânea de proteínas e calorias, em variadas proporções, que acomete preferencialmente crianças de baixa idade². Estudos indicam que a desnutrição, em fases precoces da vida, promove redução da capacidade de realizar trabalhos, maior vulnerabilidade a doenças infecciosas, menor capacidade cognitiva, redução na capacidade de biotransformação metabólica, má absorção intestinal de nutrientes e deficiência no crescimento e desenvolvimento^{1,3}.

A obesidade é definida como um excesso de gordura corporal relacionado à massa magra e seu desenvolvimento sofre influência de fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos⁴. Está associada a várias doenças, entre as quais enfermidades cardiovasculares (e seus fatores de risco: hipertensão e hiperlipidemias), *diabetes mellitus* e certos tipos de câncer¹.

A fim de identificar o estado nutricional de crianças, a avaliação antropométrica é um dos indicadores de saúde da criança mais sensíveis e usados, constituindo-se em meio universalmente aplicável, rápido e barato para determinar o estado nutricional. Em comunidades, é um importante instrumento epidemiológico, fornecendo uma estimativa da prevalência e gravidade das alterações nutricionais⁸.

A criança vista como uma unidade isolada, e seu estado nutricional solitariamente avaliado, não permitem entender o dinamismo e a heterogeneidade da situação nutricional. Os distúrbios nutricionais têm determinantes multicausais, com condicionantes biológicos e sociais, estando relacionados ao atendimento (ou não) de suas necessidades básicas, como saúde, alimentação, saneamento, educação e outros^{6,7}.

Tanto a desnutrição quanto a obesidade são agravos relevantes para a saúde, principalmente para crianças menores de 5 anos de idade, que são as primeiras a sofrerem o impacto de qualquer mudança na comunidade^{1,5}. No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, detectou entre as crianças, 5,7% de peso baixo para a idade, 2,3% de peso baixo para a estatura e 10,5% de retardo de crescimento linear²⁵. Nessa mesma pesquisa, foi encontrada uma prevalência de crianças obesas em 4,9%⁹.

Este estudo teve por objetivo analisar as características socioculturais de crianças desnutridas e obesas de 0 a 5 anos, em uma Unidade Básica de Saúde, no Município de Porto Alegre.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo transversal, utilizando-se o banco de dados da pesquisa intitulada “Vigilância e Educação em Saúde de Crianças Desnutridas e Obesas da Área Adstrita a uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre”, coordenada pela professora do Curso de Nutrição da PUCRS, Dra. Martine Elisabeth Kienzle Hagen, e realizada no período de julho de 2004 a dezembro de 2006.

A população do estudo caracterizou-se por crianças com idade igual ou inferior a 5 anos e 11 meses, moradores da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Morro da Cruz, no Município de Porto Alegre. A avaliação nutricional foi realizada em 431 crianças da comunidade, classificadas como desnutridas, eutróficas e obesas. Entre as crianças avaliadas, 7% (31 crianças) eram desnutridas, 3% (12 crianças) eram obesas e 90% (388 crianças) eutróficas. Fizeram parte do presente estudo apenas as crianças desnutridas e obesas.

O uso de classificação por Escore-Z para os índices peso-altura (P/A), altura-idade (A/I) e peso-idade (P/I) deveu-se ao atendimento às atuais recomendações da OMS (WHO, 1986). O padrão de referência utilizado nesta pesquisa foi o do *National Center for Health Statistics* (NCHS), de 1978, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parâmetro internacional de referência^{10,11}.

O teste *t*, de Student, foi usado para a comparação do estado nutricional das crianças e peso da criança ao nascer; como também para comparar o número de pessoas que moram na casa e o número de irmãos da criança.

Foi realizada análise de frequência entre o estado nutricional e as variáveis sexo, escolaridade do cuidador, escolaridade da mãe, escolaridade do pai. Os resultados foram apresentados utilizando-se a estatística descritiva, com a distribuição absoluta e relativa da população estudada nessas variáveis.

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Os pesquisadores assinaram o termo de confidencialidade e privacidade dos dados.

RESULTADOS

Na pesquisa inicial, foram avaliadas 431 crianças, 90% (388 crianças) classificadas como eutróficas, 7% (31 crianças) como desnutridas e 3% (12 crianças) como obesas (Tabela 1). Para esta população, a proporção encontrada de crianças desnutridas é significativamente superior à população de crianças obesas, conforme a Tabela 1. O limite superior do Intervalo de Confiança (IC) para crianças obesas não atinge o limite inferior do IC para crianças desnutridas (para um IC de 95%).

A média de peso ao nascer para as crianças desnutridas (29 crianças) foi de 3.000g, tendo um desvio padrão (DP) de 477g, enquanto que, para o grupo de

obesos (12 crianças), a média foi de 3.453g, com um DP de 380g. Identificou-se uma diferença significativa entre os grupos ($p=0,006$) (Tabela 2).

Das variáveis relativas à estrutura familiar, foi encontrada uma média de 5,1 (DP=1,7) para o “número de pessoas na família” no grupo de crianças desnutridas (31 crianças), e uma média de 5,2 (DP=1,5) para o grupo de crianças obesas (12 crianças). Em relação à variável “número de irmãos da criança”, a média encontrada para as crianças desnutridas (31 crianças) foi de 3,3 irmãos (DP=2). Para as crianças obesas (12 crianças), a média foi de 3,2 irmãos (DP=1,5). Não foram encontradas diferenças significativas entre as crianças desnutridas e obesas nas variáveis “número de pessoas na família” e “número de irmãos da criança” ($p=0,856$ e $p=0,848$, respectivamente) (Tabela 2).

Das crianças classificadas como desnutridas, 61% (19 crianças) eram do sexo feminino e 39% (12 crianças), do sexo masculino. A distribuição por sexo de crianças obesas foi homogênea (Tabela 3).

Ao analisar a variável “escolaridade do cuidador”, notou-se que 77% (24 crianças) das crianças desnutridas tinham o cuidador com 7 anos ou menos de estudo. Por outro lado, entre as crianças obesas, 58% (7 crianças) possuíam o cuidador com 8 anos ou mais de estudo (Tabela 4).

A Tabela 5 mostra os resultados da análise referente à escolaridade materna. Verificou-se que entre 77% (24 crianças) das crianças desnutridas e 55% (6 crianças) das crianças obesas, as mães tinham escolaridade igual ou inferior a 7 anos. Para a variável “escolaridade do pai”, observaram-se valores semelhantes. A escolaridade paterna, igual ou inferior a 7 anos, foi encontrada entre 77% (23 crianças) das crianças desnutridas e 58% (7 crianças) das crianças obesas (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Ao analisar os dados, é importante lembrar que os resultados aqui apresentados são restritos à população da área estudada, não correspondendo, portanto, a características das crianças residentes em todo o Município.

Nessa população observou-se que entre as crianças desnutridas e obesas houve um número maior de crianças desnutridas (4% a mais) do que de crianças obesas. Em seu estudo, Grantham-McGregor refere que existem importantes diferenças nas prevalências de desnutrição infantil entre os países. Fatores como nível de desenvolvimento econômico, distribuição de riquezas, estabilidade política, prioridade nos gastos públicos e padrão sociocultural de um país podem influenciar estes diferenciais¹⁶. Além das variações internacionais, existem diferenças entre regiões, entre populações urbanas e rurais, entre famílias, vivendo em uma mesma comunidade e entre crianças da mesma família¹².

No estudo de Huttly e colaboradores (1991), o peso ao nascer mostrou ser um importante fator na predição do estado nutricional aos 11 meses de idade¹⁵. Após a análise dos dados, percebe-se uma relação semelhante ao observar que as crianças com diagnóstico

de desnutrição apresentavam uma média de peso ao nascer inferior àquelas consideradas obesas. Como a diferença foi significativa, concluiu-se que quanto menor o peso que estas crianças tinham ao nascer, maior o risco de desenvolverem desnutrição e, quanto maior o peso, maior o risco de obesidade na infância.

A população infantil é, do ponto de vista psicológico, socioeconômico e cultural, dependente do lugar em que vive e, na maioria das vezes, é constituído pela família, sendo que suas atitudes são, frequentemente, reflexo desse ambiente. Quando desfavorável, o ambiente poderá propiciar condições que levem ao desenvolvimento de distúrbios alimentares que, uma vez instalados, poderão permanecer caso não aconteçam mudanças neste contexto⁴.

Ao analisar o estado nutricional em relação ao “número de pessoas na família”, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, visto que os dois grupos apresentaram média semelhante. No estudo de Olinto et al. (1993), o número total de pessoas por dormitório esteve associado apenas com a altura baixa para a idade¹². Não foram encontrados outros estudos que comprovassem as mesmas variáveis.

A variável “número de irmãos” não apresentou associação estatística com o estado nutricional, pois não houve diferença significativa das médias dos grupos. Carvalhaes e Benício (2002) referem, em seu estudo, apenas uma fraca associação entre o número de filhos e o estado nutricional da criança¹³. No entanto, para Zöllner e Fisberg (2006), há uma associação estatística entre o número de irmãos e o déficit nutricional¹⁴. Guimarães et al. (1999) relataram que crianças cujas mães tiveram quatro ou mais filhos apresentaram chance 3,5 vezes maior de ter déficit de estatura quando comparadas com crianças cujas mães tiveram apenas um filho²⁴. Os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989, também demonstraram que na região Sul (zona urbana do Brasil), ter dois ou mais filhos menores de cinco anos implica um risco 4,3 vezes maior de retardo de crescimento em relação a ter apenas um filho²².

O menor número de filhos por mulher significa melhores condições de cuidado, inclusive psicossocial. Ocorre, nesse caso, menor competição pelo tempo materno, fato mais relevante para as crianças menores, dependentes das mães, para serem alimentadas e atendidas em relação à higiene, aos cuidados com a saúde e à estimulação cognitiva. Ter poucos filhos pode também ser um facilitador para a entrada da mulher no mercado de trabalho, o que possibilita melhores condições de vida. Pelos dois caminhos, o impacto resultante do menor número de filhos tende a ser favorável à redução da prevenção da desnutrição¹⁴.

Verificou-se que, na população estudada, houve uma prevalência de 22% a mais de meninas desnutridas do que de meninos desnutridos. Por outro lado, o estudo de Olinto e colaboradores (1993) encontrou uma maior prevalência de déficit de peso/altura em meninos (6% a mais), enquanto para o indicador altura/idade não houve diferença¹². Quanto às crianças obesas, não houve diferença significativa entre os sexos. Para algumas pesquisas, a prevalência da obesidade infantil e adulta é maior no sexo feminino, não havendo causas bem

definidas para esta ocorrência^{17,18}. Para a OMS (1986), a maior prevalência neste sexo se deve ao fato de que o excesso de energia é preferencialmente estocado sob a forma de gordura e não de proteína, como acontece no sexo masculino¹⁹.

Sabe-se que as crianças passam a maior parte do dia com seu cuidador e este, muitas vezes, não tem a capacidade de cuidar adequadamente e nem de atender a todas as necessidades das crianças. Os resultados da variável "escolaridade do cuidador" podem indicar influência sobre o estado nutricional das crianças, visto que grande parte dos cuidadores de crianças desnutridas tinham 7 anos de estudo, ou menos, e das crianças obesas, 8 anos de estudo ou mais. Entretanto, não foram encontrados artigos que corroborem estes resultados.

O Índice de Desenvolvimento Infantil de Porto Alegre (2006), para uma população total de 1.360.598, apresentou um percentual de 12% de crianças cujas mães têm escolaridade precária (menos de 4 anos de estudo) e para os pais um valor de 11%. No Brasil esses índices apresentaram-se da seguinte forma (população total de 169.872.827): para escolaridade precária da mãe 28% e para os pais 32%²⁰. No presente estudo, verificou-se que a maior parte das crianças desnutridas e obesas tinham mães e pais com escolaridade igual ou inferior a 7 anos. O percentual de mães com escolaridade igual ou inferior a 7 anos foi de 22% superior no grupo de crianças desnutridas, comparando-o ao grupo de crianças obesas. Para os pais com escolaridade igual ou inferior a 7 anos, o grupo de crianças desnutridas apresentou um percentual de 19% superior ao grupo de crianças obesas.

Drachler et al. (2002) mostraram, em seu estudo, que o efeito da escolaridade materna sobre a altura de crianças foi maior em Porto Alegre do que nas cinco maiores cidades da República Checa, onde todas as famílias moravam em domicílios com saneamento básico e as desigualdades socioeconômicas eram bem menores do que na amostra brasileira²¹. Em outro estudo, Drachler e colaboradores (2003) afirmaram que é possível que o efeito da escolaridade materna seja resultado de vários fatores, desde melhores condições de saúde ao nascimento, práticas nutricionais e de higiene adequadas, e de outras que promovam e preservem a saúde²¹.

Os dados da PNSN (1989) confirmaram a existência de associação entre escolaridade materna e déficit de estatura, constatando que a escolaridade materna inferior a quatro anos associou-se com 4,3 vezes mais chance de déficit de estatura²². A escolaridade paterna, além de refletir a classe social, é um dos determinantes da renda familiar, influenciando diretamente no consumo familiar. Já a escolaridade materna atua principalmente nos cuidados preventivos (alimentação, higiene, imunizações, etc.) e curativos (manejo doméstico das doenças e busca precoce de atendimento)¹². Outras pesquisas identificaram ser mais intenso o efeito da escolaridade paterna do que da escolaridade materna, sugerindo que o fator socioeconômico predomina sobre os cuidados^{12,23}.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstraram que as condições nas quais a criança vive e os cuidados que ela recebe podem influenciar o seu estado nutricional, aumentando o risco de desenvolver distúrbios nutricionais. A realização de mais estudos com estes indicadores e com um maior número de crianças, seria importante para uma melhor compreensão da relação entre os fatores estudados e o desenvolvimento da desnutrição ou da obesidade infantis. Juntamente com estes estudos, devem ser realizadas ações educativas, com o objetivo de promover a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mondini L, Monteiro CA. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. *Rev Bras Epidemiol*. 1998; 1(1):28-39.
2. Dantas AP, Brandt CT, Leal DNB. Manifestações oculares em pacientes que tiveram desnutrição nos primeiros seis meses de vida. *Arq Bras Oftalmol*. 2005 Dez; 68(6):753-56.
3. Ferreira HS, Assunção ML, Vasconcelos VS, Melo FP, Oliveira CG, Santos TO. Saúde de populações marginalizadas: desnutrição, anemia e enteroparasitoses em crianças de uma favela do "Movimento dos Sem Teto", Maceió, Alagoas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2002 Maio-Ago; 2(2):177-85.
4. Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Souza JS, Oliveira AC. Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003 Abril; 47(2):144-50.
5. César JA, Mendoza-Sassi R, Horta BL, Ribeiro PRP, D'Avila AC, Santos FM, et al. Basic indicators of child health in an urban area in southern Brazil: estimating prevalence rates na evaluating differentials. *J Pediatr*. 2006; 82(6):437-44.
6. Mello ED. Obesidade Infantil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. São Paulo: Artmed; 2005. p. 283-87.
7. Engstrom EM, Anjos LA. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. *Cad Saúde Públ*. 1999 Jul-Set; 15(3):559-67.
8. Motta MEFA, Silva GAP. Desnutrição e obesidade em crianças: delineamento do perfil de uma comunidade de baixa renda. *J Pediatr*. 2001; 77(4):288-93.
9. Monteiro CA, Mondini L, Souza AL, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. *Eur J Clin Nutr*. 1995; 49:105-13.
10. Who (World Health Organization). Physical status: the use and the interpretation of antropometric indicators of nutritional status. Genebra: The organization: 1995. (Technical Report Series, 854).
11. NCHS (National Center for Health Statistics), 1977. *Growth Curves for Children Birth- 18 years*. Hyattsville: National Center for Health Statistcs.
12. Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Tomasi E. Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População

de Baixa Renda: um Modelo de Análise Hierarquizado. *Cad Saúde Públ.* 1993; 9 Supl 1:14-27.

13. Carvalhaes MABL, Benício AMD'A. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Públ.* 2002; 36(2):188-97.

14. Zöllner CC, Fisberg RM. Estado nutricional e sua relação com fatores biológicos, sociais e demográficos de crianças assistidas em creches da Prefeitura do Município de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006 Jul-Set; 6(3):319-28.

15. Huttly SR, Victora CG, Barros FC, Teixeira AM, Vaughan JP. The timing of nutritional status determination: implications for interventions and growth monitoring. *Eur J Clin Nutr.* 1991 Fev; 45(2):85-95.

16. Grantham-McGregor SM. The social background of malnutrition. In: Brozek J, Schurck B, editores.

Malnutrition and Behavior: Critical Assessment of Key Issues. Suíça: Nestlé Foundation; 1984. p. 358-74.

17. Coutinho WF. Consenso Latino-Americano de Obesidade: até onde já chegamos. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 1999 Fev; 43(1):5-6.

18. Lewis CE, Jacobs DR Jr, McCreath H, Kiefe CI, Schreiner PJ, Smith DE, et al. Weight gain continues in the 1990s: 10-year trends in weight and overweight from the CARDIA study. *Coronary Artery Risk Development in Young Adults.* *Am J Epidemiol.* 2000 Jun 15; 151(12):1172-81.

19. WHO (World Health Organization Working Group). Use and interpretation of anthropometric indicators of

nutritional status. *Bulletin of the World Health Organization.* 1986; 64:929-41.

20. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Relatório da Situação da Infância Brasileira. Índice de Desenvolvimento Infantil. 2006. p.152-229. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/>> [Acessado em 20 de outubro de 2007].

21. Drachler ML, Andersson MCS, Leite JCC, Marshall T, Aerts DRGC, Freitas PF, et al. Desigualdade social e outros determinantes da altura em crianças: uma análise multinível. *Cad Saúde Públ.* 2003 Nov-Dez; 19(6):1815-25.

22. Monteiro CA, Benício MHD'A, Freitas ICM. Melhoria em indicadores de saúde associados à pobreza no Brasil dos anos 90: descrição, causas e impacto sobre desigualdades regionais. São Paulo: USP/FSP/NUPENS; 1997. p. 35.

23. Victora CG, Vaughan JP, Kirkwood BR, Martines JC, Barcelos LB. Risk factors for malnutrition in Brazilian children: the role of social and environmental variables. *Bull World Health Organ.* 1986; 64(2):299-309.

24. Guimarães LV, Latorre MRDO, Barros MBA. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. *Cad Saúde Públ.* 1999; 15:605-15.

25. Ministério da Saúde – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde/BEMFAM/ Sistema de Informação em Saúde. 1996.

Tabela 1 – Distribuição das crianças de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre, de acordo com o estado nutricional.

<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Intervalo de Confiança 95%</i>	
			<i>Limite Inferior</i>	<i>Limite Superior</i>
Eutróficos	388	90	87,2%	92,9%
Desnutrido	31	7	4,8%	9,6%
Obeso	12	3	1,2%	4,3%
Total	431	100		

Tabela 2 – Distribuição das crianças desnutridas e obesas de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre, segundo peso ao nascer e estrutura familiar.

<i>Variável</i>	<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>p</i>
Peso ao nascer (g)	Desnutrido	29	3.000	477	0,006**
	Obeso	12	3.453	380	
Número de pessoas na família	Desnutrido	31	5,1	1,7	0,856
	Obeso	12	5,2	1,5	
Número de irmãos da criança	Desnutrido	31	3,3	2,0	0,848
	Obeso	12	3,2	1,5	

** Diferença significativa ao nível de 0,01.

Tabela 3 – Distribuição das crianças desnutridas e obesas de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre, de acordo com o sexo.

<i>Sexo</i>	<i>Grupo = Desnutrido</i>		<i>Grupo = Obeso</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Feminino	19	61	6	50
Masculino	12	39	6	50
Total	31	100	12	100

Tabela 4 – Distribuição das crianças desnutridas e obesas de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre, de acordo com a escolaridade do cuidador.

<i>Escolaridade do Cuidador(a)</i>	<i>Grupo = Desnutrido</i>		<i>Grupo = Obeso</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
≤ 7 anos	24	77	5	42
≥ 8 anos	7	23	7	58
Total	31	100	12	100

Tabela 5 – Distribuição das crianças desnutridas e obesas de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre, segundo a escolaridade da mãe.

<i>Escolaridade da Mãe</i>	<i>Grupo = Desnutrido</i>		<i>Grupo = Obeso</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
≤ 7 anos	24	77	6	55
≥ 8 anos	7	23	5	45
Total	31	100	11	100

Tabela 6 – Distribuição das crianças desnutridas e obesas de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre, segundo a escolaridade do pai.

<i>Escolaridade do Pai</i>	<i>Grupo = Desnutrido</i>		<i>Grupo = Obeso</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
≤ 7 anos	23	77	7	58
≥ 8 anos	7	23	5	42
Total	30	100	12	100