

Comparação entre as Curvas de Crescimento NCHS/1977 e o padrão OMS/2006, vigente em 2025, na avaliação nutricional de crianças menores de dois anos

Comparison between the NCHS/1977 Growth Curves and the WHO/2006 Standard, in force in 2025, in the Nutritional Assessment of Children Under Two Years of Age.

Nádia Carvalho Rocha¹
Manuella Pimentel Alves Lacerda²
João Batista de Andrade Neto³

Resumo

O acompanhamento do crescimento infantil é um dos instrumentos mais sensíveis para a vigilância do estado de saúde e de nutrição na primeira infância. A transição do referencial do National Center for Health Statistics (NCHS/1977) para o padrão da Organização Mundial da Saúde (OMS/2006) representou mudança conceitual e operacional importante, com efeitos diretos sobre a classificação antropométrica das crianças. Em 2025, a própria OMS reafirmou que, para crianças de 0 a 5 anos, o padrão oficialmente recomendado permanece sendo o WHO Child Growth Standards de 2006, não havendo nova curva específica publicada para essa faixa etária. Este estudo teve como objetivo comparar a referência NCHS/1977 e o padrão OMS/2006 na avaliação nutricional de crianças menores de dois anos atendidas em unidade básica de saúde do município de Beneditinos, Piauí. Trata-se de pesquisa transversal, descritiva, com 116 crianças atendidas entre janeiro e julho de 2007. Foram analisados os índices peso/idade e peso/comprimento a partir de dados secundários de peso, comprimento e idade. Os resultados mostraram redução das classificações de baixo peso/desnutrição e de sobrepeso/obesidade no índice peso/idade quando se utilizou a OMS/2006, com aumento da proporção de eutrofia. No índice peso/comprimento, observou-se diminuição do baixo peso e ampliação da normalidade, mantendo-se o percentual de sobrepeso/obesidade. Conclui-se que a adoção do padrão OMS/2006, mantido como referencial vigente em 2025 para menores de

¹ Especialista em Nutrição Clínica e Saúde Pública, Nutricionista da Prefeitura Municipal de Nazária-PI (SEMDUC);

² Colégio Militar de Brasília -CMB, Brasília DF

³ Professor Adjunto da Universidade Federal do Norte de Tocantins-UFNT, Tocantinópolis-TO.

cinco anos, altera a distribuição antropométrica e tende a favorecer leitura mais consistente do crescimento infantil, reforçando sua utilidade para a vigilância nutricional, a atenção básica e o planejamento de ações em saúde pública.

Palavras-chave: crescimento infantil; estado nutricional; antropometria; padrões da OMS vigentes em 2025; Ciências da Saúde.

Abstract

Monitoring child growth is one of the most sensitive tools for surveillance of health and nutritional status in early childhood. The transition from the National Center for Health Statistics (NCHS/1977) reference to the World Health Organization (WHO/2006) standard represented an important conceptual and operational change, with direct effects on anthropometric classification. In 2025, WHO reaffirmed that for children aged 0 to 5 years the officially recommended reference remains the 2006 WHO Child Growth Standards, with no new specific growth curve issued for this age group. This study aimed to compare the NCHS/1977 reference and the WHO/2006 standard in the nutritional assessment of children under two years of age attending a primary health care unit in Beneditinos, Piauí, Brazil. This was a descriptive cross-sectional study involving 116 children seen between January and July 2007. Weight-for-age and weight-for-length indices were analyzed using secondary data on weight, length and age. The findings showed a reduction in low weight/malnutrition and overweight/obesity classifications for weight-for-age when the WHO/2006 standard was applied, with an increase in eutrophy. For weight-for-length, there was a decrease in low weight and an increase in normal status, while the percentage of overweight/obesity remained unchanged. It is concluded that the adoption of the WHO/2006 standard, maintained as the current reference in 2025 for children under five years of age, changes the anthropometric distribution and tends to promote a more consistent interpretation of child growth, reinforcing its usefulness for nutritional surveillance, primary health care, and the planning of public health actions.

Keywords: child growth; nutritional status; anthropometry; WHO standards in force in 2025; Health Sciences.

Introdução

O crescimento e o desenvolvimento infantil constituem eixos estruturantes da atenção integral à saúde da criança, pois condensam, de forma dinâmica, a interação entre fatores biológicos, ambientais, alimentares, socioeconômicos e culturais. Na primeira infância, especialmente nos dois primeiros anos de vida, o organismo apresenta elevada velocidade de crescimento, maior vulnerabilidade a agravos e maior responsividade às intervenções de promoção, proteção e recuperação da saúde. Por isso, o acompanhamento antropométrico sistemático assume papel central na rotina dos serviços de saúde, tanto como instrumento de

cuidado individual quanto como ferramenta de vigilância coletiva (BRASIL, 2012; BARRETO; CARMO, 1994).

No campo da saúde pública, a antropometria consolidou-se como método de ampla aplicabilidade, baixo custo operacional, facilidade de execução e elevada utilidade epidemiológica. A medida de peso, comprimento e estatura, quando analisada em referenciais apropriados, possibilita identificar desvios do crescimento, estimar risco nutricional e subsidiar decisões clínicas, programáticas e educacionais. Esse acompanhamento não se limita à constatação de alterações já instaladas, mas permite detectar precocemente tendências desfavoráveis, favorecendo condutas oportunas em contextos de desnutrição, de crescimento insuficiente ou de excesso de peso (WHO, 1995; ACCIOLY et al., 1999).

No Brasil, a vigilância do crescimento infantil ganhou maior densidade programática a partir da reorganização das ações de atenção à saúde da criança, notadamente com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e, posteriormente, com a consolidação do Cartão da Criança e da Caderneta de Saúde da Criança. Esses instrumentos foram concebidos para registrar informações essenciais sobre nascimento, vacinação, desenvolvimento, alimentação e trajetória pondero-estatural, constituindo importante elo entre equipe de saúde e família. Além de sua função técnica, esses registros desempenham papel educativo, ampliando a compreensão dos pais sobre a evolução do crescimento e favorecendo a responsabilização compartilhada pelo cuidado infantil (BRASIL, 2015; VIEIRA et al., 2005).

Durante décadas, grande parte das avaliações antropométricas foi realizada com base na referência do National Center for Health Statistics (NCHS/1977), adotada internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde. Embora tenha representado avanço importante para o seu tempo, esse referencial foi progressivamente questionado em razão de limitações metodológicas e de representatividade, como a composição populacional restrita, o predomínio de crianças alimentadas artificialmente, a concentração geográfica e o reduzido número de observações em algumas faixas etárias. Tais características levantaram dúvidas sobre a adequação do uso desse padrão em contextos populacionais diversos, sobretudo em países de baixa e média renda (DE ONIS; YIP, 1996; ROCHE, 1992).

Em resposta a essas limitações, a Organização Mundial da Saúde publicou, em 2006, um novo padrão de crescimento para crianças de zero a cinco anos, construído a partir do Multicentre Growth Reference Study. Diferentemente do NCHS/1977, o novo padrão foi delineado a partir de uma proposta prescritiva: descrever como as crianças deveriam crescer

em condições favoráveis de ambiente, saúde, amamentação e cuidado. A amostra foi multicêntrica, internacional e composta por crianças acompanhadas com rigor metodológico, o que conferiu ao padrão OMS/2006 maior consistência para uso global (WHO, 2006; WIJNHOFEN et al., 2004).

A substituição de um referencial por outro não constitui simples mudança gráfica. Ela modifica pontos de corte, distribuições esperadas e, conseqüentemente, a classificação do estado nutricional. Em termos práticos, isso pode alterar a prevalência de baixo peso, eutrofia e excesso de peso entre crianças avaliadas por um mesmo serviço de saúde. Portanto, comparar o comportamento dos índices antropométricos diante desses dois referenciais é relevante não apenas para fins acadêmicos, mas também para a qualificação da vigilância nutricional e para a tomada de decisão na atenção básica (DIBLEY et al., 1987; SOUSA; PIRES NETO, 1999).

Crescimento infantil, vigilância nutricional e antropometria

O crescimento infantil expressa a síntese biológica das condições de vida de uma população. Por esse motivo, foi historicamente utilizado como indicador sensível de desigualdade social, acesso à alimentação, morbidade infecciosa e qualidade da atenção à saúde. Na infância, alterações no padrão de crescimento refletem, muitas vezes, processos acumulativos de privação, doença ou inadequação alimentar, ao passo que a recuperação pondero-estatural pode indicar melhora no ambiente e efetividade de intervenções de saúde e nutrição (BARRETO; CARMO, 1994; UNICEF, 1990).

A antropometria ocupa posição privilegiada nesse processo por reunir atributos relevantes para a epidemiologia e para a clínica: é de aplicação relativamente simples, não invasiva, replicável e passível de utilização em distintos níveis de atenção. Indicadores como peso para idade, comprimento para idade, peso para comprimento e, em idades posteriores, índice de massa corporal para idade, permitem avaliar componentes distintos do estado nutricional (WHO, 1995; ACCIOLY et al., 1999).

A literatura também destaca que o acompanhamento do crescimento não deve ser reduzido a um procedimento mecânico de pesagem. Ele exige compreensão do contexto social da criança, interpretação crítica dos indicadores e articulação com ações de aconselhamento, promoção do aleitamento materno, alimentação complementar adequada, prevenção de infecções e encaminhamento oportuno (BRASIL, 2012; MARCONDES, 1989).

O Cartão da Criança e a Caderneta de Saúde da Criança como instrumentos programáticos

No contexto brasileiro, a incorporação programática da vigilância do crescimento ganhou força com o PAISC e com a adoção do Cartão da Criança, posteriormente substituído e ampliado pela Caderneta de Saúde da Criança. Esses instrumentos não se limitam ao registro antropométrico; eles integram informações sobre nascimento, vacinação, desenvolvimento neuropsicomotor, suplementação, intercorrências clínicas e orientações aos cuidadores, sendo componentes estratégicos da atenção integral (BRASIL, 2015; BRASIL, 2025).

O uso do cartão/caderneta também possui dimensão educativa e cidadã. Ao permanecer com a família, o documento permite que pais e responsáveis acompanhem a trajetória de crescimento da criança, reconheçam marcos do desenvolvimento e participem mais ativamente das decisões relativas ao cuidado (VIEIRA et al., 2005).

A efetividade desses instrumentos, contudo, depende da qualidade do preenchimento, da regularidade do acompanhamento e do uso de referenciais adequados (BRASIL, 2012).

Referência NCHS/1977: importância histórica e limitações

O referencial NCHS/1977 representou, por muitos anos, a principal base para o acompanhamento antropométrico infantil em diversos países. Sua adoção internacional respondeu à necessidade de padronização de medidas e de construção de uma linguagem comum para o monitoramento do crescimento (ROCHE, 1992).

Apesar dessa relevância histórica, o NCHS/1977 foi elaborado com base em amostra concentrada em uma única área geográfica dos Estados Unidos, composta predominantemente por crianças brancas, de nível socioeconômico relativamente elevado e com forte participação da alimentação artificial (DE ONIS; YIP, 1996).

A crítica dirigida ao NCHS/1977 não implica desqualificá-lo historicamente, mas reconhecer que se tratava de uma referência descritiva construída a partir do comportamento observado em um grupo específico de crianças (SOUZA; PIRES NETO, 1999)..

Padrão OMS/2006: bases conceituais e avanços metodológicos

O padrão OMS/2006 foi desenvolvido para superar as limitações do referencial anterior e propor um modelo mais robusto para o acompanhamento do crescimento de crianças de zero a cinco anos. Sua elaboração resultou do Multicentre Growth Reference Study, concebido a partir de uma abordagem prescritiva e multicêntrica. O estudo incluiu crianças de diferentes países, criadas em ambientes considerados favoráveis ao desenvolvimento, com mães não fumantes, acesso a serviços de saúde e práticas alimentares

compatíveis com as recomendações internacionais, especialmente o aleitamento materno (WHO, 2006).

Essa mudança de enfoque foi decisiva. Ao privilegiar condições ótimas de crescimento e adotar rigorosos procedimentos de coleta e controle de qualidade, o padrão OMS/2006 passou a expressar o potencial biológico de crescimento infantil em contextos adequados, e não apenas um retrato estatístico de determinada população. Ademais, o estudo combinou componentes longitudinais e transversais, ampliando a consistência da modelagem das curvas ao longo das diferentes idades (WIJNHOFEN et al., 2004).

Na prática, o padrão OMS/2006 redefiniu a interpretação de vários indicadores antropométricos e repercutiu na classificação do estado nutricional. Em crianças menores de dois anos, essas mudanças são particularmente relevantes porque o padrão foi calibrado a partir de crianças amamentadas, grupo reconhecido como referência fisiológica para o crescimento inicial. Tal característica tende a oferecer melhor sensibilidade para a identificação de desnutrição, de crescimento inadequado e de excesso de peso em fases precoces da vida (DIBLEY et al., 1987).

Atualização normativa: o que a OMS mantém como referencial em 2025

Do ponto de vista normativo, é importante esclarecer que não existe uma “nova curva da OMS de 2025” para crianças menores de cinco anos. Em fevereiro de 2025, a Organização Mundial da Saúde reafirmou, em documento oficial de perguntas e respostas, que os WHO Child Growth Standards publicados em 2006 continuam sendo o padrão recomendado para crianças de 0 a 5 anos em todos os contextos, independentemente de etnia, condição socioeconômica ou tipo de alimentação (WHO, 2025).

Essa atualização é relevante para evitar equívocos terminológicos em textos acadêmicos e relatórios técnicos. Quando se fala em “curvas vigentes em 2025”, no caso da primeira infância, está-se na realidade fazendo referência ao padrão OMS/2006, que permanece em vigor. Para crianças e adolescentes de 5 a 19 anos, a OMS indica a referência OMS/2007, construída a partir de reanálise dos dados do NCHS/1977 e articulada aos padrões de 2006 para menores de cinco anos.

Assim, a contribuição contemporânea deste estudo não está em supor a existência de um novo referencial publicado em 2025, mas em reinterpretar os resultados históricos à luz da recomendação oficial atualmente mantida pela OMS. Essa distinção melhora a precisão conceitual do artigo e reforça a validade do uso do padrão OMS/2006 na vigilância nutricional e na atenção primária à saúde da criança.

Quadro 1 – Síntese comparativa entre os referenciais NCHS/1977 e OMS/2006

Aspecto	NCHS/1977	OMS/2006
Natureza do referencial	Referência descritiva de crescimento.	Padrão prescritivo de crescimento.
Base amostral	População concentrada em uma área dos Estados Unidos.	Estudo multicêntrico com participação de seis países.
Alimentação predominante	Predomínio de crianças alimentadas artificialmente.	Crianças acompanhadas sob práticas alimentares consideradas ideais, com ênfase no aleitamento materno.
Acompanhamento	Número limitado de observações em algumas idades.	Coleta longitudinal e transversal com maior rigor metodológico.
Aplicabilidade	Importante historicamente, mas com limitações para representar a diversidade populacional.	Maior adequação para uso internacional e para avaliação do potencial de crescimento saudável.

Fonte: próprios autores.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Beneditinos, localizado na região centro-norte do estado do Piauí. À época da coleta, o município apresentava população estimada de 9.544 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,604, classificado como médio. A escolha do cenário decorreu da disponibilidade de registros nutricionais produzidos na atenção básica e da possibilidade de comparar a classificação antropométrica a partir de dois referenciais distintos (SOUZA; MAZIALE, 2010).

A população do estudo foi composta por todas as crianças menores de dois anos atendidas sob livre demanda, entre janeiro e julho de 2007, na Unidade Básica de Saúde Maria Regina Sousa, situada na zona urbana do município. Foram incluídas 116 crianças cujos prontuários/fichas continham registro de peso, comprimento e idade, variáveis indispensáveis para o cálculo dos índices antropométricos selecionados (BRASIL, 2012).

Os dados foram obtidos a partir de fichas de atendimento nutricional e transferidos para mini fichas de consolidação, preservando-se o anonimato dos indivíduos. Em seguida, foram analisadas as curvas de crescimento referentes às variáveis peso, comprimento e idade, com geração dos índices peso para idade (P/I) e peso para comprimento (P/C). Esses índices foram escolhidos por sua utilidade na avaliação do estado nutricional em menores de dois anos e por permitirem captar, respectivamente, alterações globais do peso em relação à idade e a proporcionalidade entre peso e comprimento (ACCIOLY et al., 1999).

Para fins comparativos, os dados foram classificados segundo dois referenciais: o NCHS/1977 e o padrão OMS/2006. Embora os dados empíricos sejam de 2007, a interpretação apresentada neste artigo foi atualizada à luz do posicionamento oficial da OMS

vigente em 2025, segundo o qual o padrão de 2006 permanece recomendado para crianças de 0 a 5 anos. Após a obtenção das categorias antropométricas, procedeu-se à comparação da distribuição percentual das crianças classificadas como baixo peso/desnutrição, normalidade/eutrofia e sobrepeso/obesidade em cada índice. A análise foi descritiva, com apresentação dos resultados em números absolutos e percentuais (SOUSA; PIRES NETO, 1999).

Por se tratar de estudo realizado com dados secundários oriundos de registros assistenciais já existentes, sem identificação nominal das crianças no processo analítico, foram observados os princípios de sigilo e confidencialidade. Considerando a natureza retrospectiva e documental da investigação, a discussão dos resultados foi conduzida com foco na interpretação epidemiológica e na aplicabilidade do uso dos referenciais de crescimento na rotina da atenção básica.

Resultados

A comparação entre os referenciais mostrou diferenças relevantes na classificação antropométrica das crianças avaliadas. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos índices peso/idade e peso/comprimento segundo as categorias baixo peso/desnutrição, normalidade e sobrepeso/obesidade, comparando os parâmetros NCHS/1977 e OMS/2006.

Tabela 1 – Distribuição das crianças segundo os índices peso/idade e peso/comprimento, comparando os referenciais NCHS/1977 e OMS/2006. Beneditinos-PI, 2007.

Índices	De acordo com o NCHS/1977			De acordo com a OMS/2006		
	BP/ Desnutrição	Normal	Sob./ Obesidade	BP/ Desnutrição	Normal	Sob./ Obesidade
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Peso/idade	19 (16,4)	87 (75,0)	10 (8,6)	17 (14,7)	95 (81,9)	4 (3,4)
Peso/compr.	14 (12,1)	97 (83,6)	5 (4,3)	10 (8,6)	101 (87,1)	5 (4,3)

Fonte: Unidade Básica de Saúde Maria Regina Sousa, Beneditinos-PI, 2007.

Legenda: BP = baixo peso. Sob. = sobrepeso.

No índice peso/idade, o uso do padrão OMS/2006 reduziu a proporção de crianças classificadas com baixo peso/desnutrição de 16,4% para 14,7%. Ao mesmo tempo, observou-se aumento da normalidade de 75,0% para 81,9% e redução do sobrepeso/obesidade

de 8,6% para 3,4%. Esses achados indicam que a mudança de referencial redistribuiu parte das crianças previamente classificadas em categorias extremas para a condição de eutrofia.

No índice peso/comprimento, a diferença também foi expressiva. A proporção de baixo peso/desnutrição caiu de 12,1% para 8,6%, enquanto a normalidade aumentou de 83,6% para 87,1%. Diferentemente do índice peso/idade, o sobrepeso/obesidade manteve-se em 4,3% nos dois referenciais. Mesmo assim, o aumento da normalidade sugere que o padrão OMS/2006 ajusta de forma mais precisa a interpretação da relação entre peso e comprimento em crianças pequenas.

Considerando conjuntamente os dois índices, nota-se tendência consistente de ampliação da proporção de crianças classificadas como normais quando se utiliza o padrão OMS/2006. Esse comportamento reforça a ideia de que a adoção do novo padrão não produz apenas alteração estatística, mas reorganiza a leitura clínica e epidemiológica do estado nutricional infantil, com repercussões diretas no rastreamento e no seguimento das crianças acompanhadas na atenção primária.

Discussão

Os resultados encontrados evidenciam que a substituição do NCHS/1977 pela OMS/2006 repercute de maneira objetiva sobre a classificação antropométrica de crianças menores de dois anos. Em ambos os índices analisados, verificou-se redução da proporção de baixo peso/desnutrição e ampliação da normalidade quando se utilizou o padrão mais recente. No índice peso/idade, também se observou redução importante das classificações de sobrepeso/obesidade. Esses achados são coerentes com a literatura que aponta diferenças sistemáticas entre os dois referenciais, especialmente em razão das distintas bases conceituais e metodológicas que os sustentam (DE ONIS; YIP, 1996; WHO, 2006).

A interpretação dessas mudanças exige considerar a natureza das amostras utilizadas na construção das curvas. O NCHS/1977 foi elaborado a partir de crianças predominantemente alimentadas com fórmulas infantis, pertencentes a um contexto populacional relativamente homogêneo e acompanhado com menor densidade de observações. O padrão OMS/2006, ao contrário, partiu de crianças acompanhadas em condições favoráveis de saúde, ambiente e alimentação, com destaque para o aleitamento materno como referência fisiológica. Esse aspecto é particularmente relevante porque o padrão de crescimento de crianças amamentadas difere do observado em crianças alimentadas artificialmente, sobretudo nos primeiros meses de vida.

Nesse sentido, o padrão OMS/2006 aproxima-se mais do conceito contemporâneo de crescimento saudável. Ao adotar uma perspectiva prescritiva, ele deixa de ser apenas uma referência estatística de um grupo específico e passa a representar o potencial de crescimento de crianças que vivem em condições consideradas adequadas. Tal mudança tem forte valor para a saúde pública, pois permite avaliar o desvio em relação a um padrão biologicamente desejável e não em relação ao comportamento médio de uma amostra historicamente situada (ROCHE, 1992).

Os achados deste estudo sugerem que a OMS/2006 tende a reduzir classificações possivelmente excessivas de desnutrição e de excesso de peso no índice peso/idade, reposicionando parte das crianças na categoria de normalidade. Esse comportamento pode melhorar a especificidade da triagem nutricional e evitar tanto alarmes indevidos quanto intervenções desnecessárias. Ao mesmo tempo, não significa banalizar situações de risco; ao contrário, um referencial mais ajustado pode favorecer a identificação mais acurada dos casos que realmente demandam acompanhamento intensivo (VIEIRA et al., 2005).

No caso do índice peso/comprimento, a manutenção do percentual de sobrepeso/obesidade associada à redução do baixo peso reforça a sensibilidade diferenciada do padrão OMS/2006 para avaliar a proporcionalidade corporal. Para os serviços de atenção básica, isso é relevante porque o índice peso/comprimento é útil na identificação de alterações agudas do estado nutricional e pode orientar condutas em tempo oportuno, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social e sanitária.

Outra implicação importante refere-se ao uso dos registros da criança como instrumento de vigilância e de educação em saúde. Quando a curva de crescimento é baseada em padrão tecnicamente robusto e adequadamente interpretado pela equipe, a caderneta deixa de ser apenas documento de anotação e passa a constituir dispositivo pedagógico para diálogo com os cuidadores. Isso fortalece a participação da família no acompanhamento do crescimento e amplia a capacidade de reconhecimento precoce de mudanças na trajetória infantil (WHO, 2006; SOUSA; PIRES NETO, 1999).

Entretanto, a adoção de um padrão mais adequado não elimina a necessidade de qualificar o processo de cuidado. A interpretação antropométrica deve sempre ser contextualizada com informações sobre aleitamento materno, alimentação complementar, morbidades, condições socioeconômicas, práticas de cuidado e acesso aos serviços. Curvas de

crescimento não substituem a clínica nem a abordagem territorial; elas as complementam, organizando o raciocínio e tornando o monitoramento mais consistente.

Este estudo também reforça a relevância de análises locais sobre o impacto da mudança de referenciais. Embora o padrão OMS/2006 seja internacionalmente recomendado desde sua publicação, a OMS reiterou em 2025 que ele continua sendo o parâmetro oficial para crianças menores de cinco anos, ao passo que a referência OMS/2007 complementa a avaliação de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos. Compreender essa continuidade normativa é essencial para que gestores e profissionais interpretem corretamente séries históricas, revisem metas de vigilância e evitem comparações indevidas entre dados produzidos com referenciais distintos.

Como limitação, destaca-se o fato de o estudo utilizar dados secundários de um único município e de um período específico, o que recomenda cautela na generalização dos resultados. Ainda assim, a consistência do comportamento observado nos dois índices analisados e a coerência teórica com a literatura especializada sustentam a pertinência dos achados para a reflexão sobre avaliação nutricional na atenção básica. Além disso, justamente por derivar da rotina assistencial, o estudo ilustra uma situação concreta de uso dos referenciais na prática dos serviços.

Em síntese, os resultados e a literatura convergem ao demonstrar que o padrão OMS/2006 representa avanço conceitual, metodológico e operativo em relação ao NCHS/1977. A atualização normativa da OMS em 2025 não introduziu nova curva para menores de cinco anos; ao contrário, reafirmou a permanência do padrão de 2006 como instrumento oficial para monitoramento do crescimento infantil nessa faixa etária. Sua adoção qualifica o acompanhamento do crescimento infantil, favorece a vigilância nutricional e contribui para decisões mais ajustadas às necessidades reais das crianças acompanhadas pelos serviços de saúde.

Conclusão

A comparação entre a referência NCHS/1977 e o padrão OMS/2006 evidenciou que a substituição do referencial antropométrico modifica de forma relevante a classificação do estado nutricional de crianças menores de dois anos. No conjunto analisado, o padrão OMS/2006 aumentou a proporção de normalidade/eutrofia e reduziu, em diferentes magnitudes, as classificações de baixo peso/desnutrição e de sobrepeso/obesidade, especialmente no índice peso/idade.

Esses resultados reforçam a superioridade técnica do padrão OMS/2006 para a vigilância do crescimento infantil, em razão de sua base conceitual prescritiva, de sua representatividade multicêntrica e de sua maior consonância com práticas alimentares consideradas ideais na primeira infância. Além disso, a manutenção desse padrão pela OMS como referencial oficialmente vigente em 2025 confere atualidade ao seu uso em estudos, serviços e sistemas de vigilância destinados a crianças menores de cinco anos. Para a atenção básica, a adoção desse padrão contribui para tornar a interpretação antropométrica mais consistente e para orientar intervenções mais apropriadas no âmbito da promoção da saúde e da vigilância nutricional.

Conclui-se, portanto, que o uso do padrão OMS/2006 não apenas atualiza os instrumentos de avaliação, mas redefine a própria compreensão do crescimento infantil como expressão do potencial biológico em condições favoráveis. À luz do posicionamento oficial da OMS em 2025, esse padrão permanece como a base recomendada para a avaliação antropométrica de crianças de 0 a 5 anos, o que reforça a pertinência de sua adoção na atenção básica, na pesquisa e na vigilância em saúde. Recomenda-se a permanente capacitação das equipes para o uso crítico das curvas de crescimento e o estímulo a novos estudos em diferentes contextos, a fim de aprofundar a análise dos efeitos da mudança de referencial sobre o cuidado e a gestão em saúde da criança.

Referências

ACCIOLY, E.; MEIRELES, C. L.; VALLE, J.; FRANCESCHINI, S. C. C.; TADDEI, J. A. A. C.; SIGULEM, D. M. Antropometria na infância. *Ars Cvrandi*, v. 5, p. 44-52, 1999.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Situação da saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para a prática de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 3, n. 3-4, p. 7-34, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13148.html>>. Acesso em: 8 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da criança: passaporte da cidadania. 7. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/cadernetas-e-cartoes>>. Acesso em: 8 mar. 2026.

CARVALHO FILHO, G. W. B. Crescendo e aparecendo: o crescimento infantil na percepção materna. 1991. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

DE ONIS, M.; YIP, R. The WHO growth chart: historical considerations and current scientific issues. *Bibliotheca Nutritio et Dieta*, n. 53, p. 74-89, 1996.

DE ONIS, M.; ONYANGO, A. W.; BORGHI, E.; SIYAM, A.; NISHIDA, C.; SIEKMANN, J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 85, n. 9, p. 660-667, 2007. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/270023>>. Acesso em: 8 mar. 2026.

DIBLEY, M. J.; STAEHING, N.; NIEBURG, P.; TROWBRIDGE, F. L. Interpretation of z-score anthropometric indicators derived from the international growth reference. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 46, p. 749-762, 1987.

FIGUEIRA, F.; FERREIRA, O. S.; ALVES, J. G. B. Carta do IMIP. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

MARCONDES, E. Monitorização do crescimento. In: MARCONDES, E. Crescimento normal e deficiente. São Paulo: Sarvier, 1989. p. 5-32.

OPAS/OMS. Ações de saúde materno-infantil a nível local, segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington, DC: OPAS/OMS, 1997.

ROCHE, A. F. Executive summary of NCHS growth chart summary workshop. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1992.

SOUSA, O. F.; PIRES NETO, C. S. Avaliação antropométrica: a escolha do referencial para comparação em crianças e jovens. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 7-16, 1999.

SOUZA, M. F. M.; MARZIALE, M. H. P. Pesquisa quantitativa em saúde: metodologia e prática. São Paulo: Cortez, 2010.

UNICEF. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança. Nova York: Nações Unidas, 1990.

VIEIRA, G. O. et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 2, p. 177-184, 2005.

WHO. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.

WHO. 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. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/43413>>. Acesso em: 8 mar. 2026.

WHO. World Health Organization. Child growth standards. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/child-growth-standards>>. Acesso em: 8 mar. 2026.

WIJNHOFEN, T. M. A.; DE ONIS, M.; ONYANGO, A. W.; WANG, T.; BJOERNEBOE, G. E. A.; BHANDARI, N.; LARTEY, A. Assessment of gross motor development in the WHO Multicentre Growth Reference Study. Food and Nutrition Bulletin, v. 25, supl. 1, p. S37-S45, 2004.