

- Ambulatorial 4ª ed., Porto Alegre, 1992:1-2.
2. Wolfgang M. Homicide in other industrialized countries. Bull N.Y. Acad Med 1986; 62:400.
  3. Centers for disease control: Violent death among persons 15-24 years of age - United States, 1970 - 1979 MMWR 1982; 32:453-457.
  4. Barancik J, Chatterjee B, Green Y et al. Northeastern Ohio trauma study. I Magnitude of the problem Am J Public Health 1983; 73:746-751.
  5. Constituição Federal do Brasil, 1988.
  6. Lei 8069/90 - 30/07/1990.
  7. Código de Ética Médica: Resolução CFM, 146/88, publicada no D.O.U. em 26/01/1988.
  8. Delgado A, Silber T, Aristegui J et al. *Pediatria clínica. La pediatria através de la historia clínica*, Bilbao, Espanha, Imprensa Boan S/A, 1992; v.3: 89-107.
  9. Azevedo MA, Guerra VNA. Vitimização e vitimização: Questões conceituais. In: Azevedo MA et Guerra, VNA, org. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*, 1ª ed. São Paulo: Iglu Editora, 1989: 43-47.
  10. Centers of disease control: Homicides among young black males - United States, 1978 - 82, MMWR, 1985, 34:629-633.
  11. Centers of disease control - Homicide United States MMWR 1982; 31:599-602.
  12. Santoro MJ - Vitimização e negligência. In: Coates V, Françoise L, Beznos GW. *Medicina do adolescente*. São Paulo, Sarvier, 1993: 476-483.
  13. Farinatti F, Biazus DB, Leite MB et al. *Pediatria social - A criança maltratada*. 1ª ed. Porto Alegre, Medsi, 1993: 89-124.
  14. Wilson MH. Childhood injury control. *Pediatrician* 1983; 85:12-20.

## *Baixa estatura: um mal da sociedade brasileira*

*Short stature: a Brazilian social disease*

Elsa R. J. Giugliani\*

A estatura final de um indivíduo depende da interação entre seu potencial genético e o ambiente. São os fatores ambientais os principais responsáveis pelas variações de estatura entre diferentes populações<sup>1</sup>. A estatura, na realidade, reflete as condições sócio-econômico-culturais de uma comunidade, sendo o retardo de crescimento linear um dos mais sensíveis indicadores da desigualdade de uma população.

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição<sup>2</sup> mostrou que 1/5 da população adulta jovem brasileira pode ser considerada "nanica" quando comparada com o padrão NCHS (National Center for Health Statistics), recomendado pela Organização Mundial da Saúde. As crianças com baixa estatura se concentraram nas famílias com renda mensal inferior a 2 salários mínimos. Por outro lado, a curva da altura de crianças de 0 a 10 anos cuja renda familiar mensal era maior que 5 salários mínimos foi praticamente superponível à curva-padrão NCHS. Esse achado vem corroborar a afirmação de Habicht et al<sup>1</sup> de que as diferenças em altura encontradas entre diferentes populações de crianças se devem basicamente a fatores de ordem social, e não a fatores étnicos. Avaliando a altura de crianças de vários países com diferentes graus de desenvolvimento, os autores concluíram que a altura de crianças bem nutridas, porém etnicamente diferentes, apresentava pouca variação, em torno de 3%. Já as crianças de baixo nível sócio-econômico, quando

comparadas com as de melhor nível, apresentavam uma diferença em altura da ordem de 12%, apesar de serem semelhantes sob o ponto de vista étnico. Portanto, podemos considerar os "nanicos" produtos da fome crônica, da desigualdade social, enfim, da miséria brasileira.

Importante estudo epidemiológico do estado nutricional da população de crianças abaixo de 5 anos foi desenvolvido no município de Porto Alegre<sup>3</sup>. Nesse estudo, que envolveu aproximadamente 3400 crianças, o índice antropométrico mais afetado pela baixa renda foi a altura por idade, sendo o baixo poder aquisitivo o responsável por 50% dos casos de retardo de crescimento. Esse achado veio reforçar a idéia de que a desnutrição nas crianças brasileiras é de caráter mais crônico que agudo, ou seja, as crianças têm baixa estatura para a idade e, na maioria das vezes, peso adequado para a estatura. Esse tipo de desnutrição, já citada como desnutrição invisível, pode facilmente passar despercebida, especialmente em populações de "nanicos". Estudo realizado numa vila periférica de Porto Alegre revelou que apenas 27,5% das mães de crianças com baixa estatura tinham percepção do problema<sup>4</sup>. Este não-reconhecimento da baixa estatura faz sentido numa sociedade onde freqüentemente as crianças com retardo de crescimento são filhos de pais com baixa estatura, que, por sua vez, também tiveram pais pequenos, sendo esse fenômeno interpretado como um "mal de família". A população, em geral, desconhece a relação entre pobreza, fome crônica, alimentação inadequada, má qualidade de vida e baixa estatura.

*Veja artigo relacionado  
na página 267*

\* Professora Adjunta de Pediatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Os artigos de Mondini e colaboradores, publicados neste volume, alertam para a importância da coleta sistemática da altura de crianças como parte de um Sistema de Vigilância Nutricional. Através de um estudo piloto em dois municípios do Estado de São Paulo, os autores evidenciaram que a coleta da altura em todos os alunos ingressantes em escolas de primeiro grau é viável e de baixo custo, com margem de erro que não chega a comprometer a capacidade de hierarquizar escolas segundo a prevalência de retardo do crescimento. Desta maneira seria possível a identificação de áreas prioritárias para ações de saúde, passo importante na tentativa de reverter o ciclo criança pequena → adulto pequeno → limitação no desempenho físico → menor produtividade → menor renda → filho pequeno<sup>5</sup>.

É de fundamental importância que os cidadãos, e os pediatras em especial, estejam conscientes de que a altura das crianças serve de espelho de uma sociedade, refletindo a qualidade de vida de seus membros. Gerações de “baixinhos” devem ser identificadas, denunciadas, priorizadas e, acima de tudo, prevenidas. A baixa estatura como um todo não deve mais ser vista como um “mal de família”, e sim como um “mal da sociedade”, cabendo a cada um nós contribuir para a sua “cura”.

**Referências bibliográficas**

1. Habicht JP, Martorell R, Yarbrough C, Malina RM, Klein RE. Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnic differences in growth potential? *Lancet* 1974; April 6: 611-15.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília, 1990.
3. Aerts DRGC. Estudo do estado nutricional das crianças de Porto Alegre: uma contribuição ao entendimento do processo da desnutrição (dissertação). Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1992.
4. Giugliani ERJ, Rotta AT, Ribeiro AM, et al. Percepção materna sobre adequação do peso e da altura de crianças menores de 5 anos em uma vila periférica de Porto Alegre. *Rev HCPA* 1990; 10:70-3.
5. Spurr GB. Tamaño corporal, capacidad de realizar trabajos físicos y productividad en el trabajo intenso: es mejor más grande? In: *Retraso del crecimiento lineal en los países en vías de desarrollo*. New York: Ravem Press, 1987: 25-9.