

ABORDAGEM DA BAIXA ESTATURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fernanda Paiva Pereira Honório¹, Geila de Amorim Rocha², Mércia Lima de Carvalho Lemos³

1. Residente (R2) de Pediatria Geral do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).
2. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Médica Pediatra do Serviço de Pediatria Geral do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).
3. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Médica Pediatra do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Coordenadora do Ambulatório de Pediatria Geral do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).

A Pediatria, ao ter como objeto de trabalho a criança, deve sempre levar em conta o processo contínuo de incorporação de nutrientes e progressivo aumento das dimensões e das capacidades do seu organismo. O crescimento somático é um processo complexo, sofrendo influência de vários fatores, tais como potencial genético, estado de saúde, fatores hormonais, ambientais, nutricionais e emocionais. Dessa forma, podemos dizer que ele é um marcador sensível do estado de saúde da criança, já que desvios do padrão de normalidade pode ser a primeira manifestação de um grande variedade de doenças. Sendo assim, o puericultor, por sua proposta de vigilância contínua do bem-estar da criança, terá a avaliação do crescimento sempre intermediando as suas ações.

Uma das ferramentas mais utilizadas na avaliação nutricional da criança são as chamadas “curvas de crescimento”. As primeiras curvas foram compiladas pelo *National Center for Health Statistics (NCHS)* no ano de 1977 e adotadas como referência internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no ano de 1978 e, posteriormente, pelo Ministério da Saúde do Brasil. Em 2000, o *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* norte-americano fez uma revisão

e suas principais modificações foram a extensão de todas as curvas até a idade de 20 anos e a introdução do índice de massa corporal (IMC) para a faixa etária a partir de 2 anos. Em 2006, foram lançadas pela OMS as novas curvas de crescimento infantil, adotadas como referência internacional, classificando o crescimento tanto por percentis como por desvios-padrão.

A avaliação do crescimento deve considerar principalmente as medidas de peso, estatura e perímetro cefálico e sua correta interpretação de acordo com as curvas de crescimento, sendo os parâmetros físicos expressos em percentis ou desvios-padrão (DP). São definidos como normais os valores encontrados entre os percentis 3 e 97 ou entre -2DP e +2DP. Dessa forma, a baixa estatura é definida como estatura menor que -2DP ou menor que o percentil 3 para idade e sexo.

O potencial genético ou estatura-alvo é definido pelas fórmulas propostas por Tanner: $[\text{altura paterna} + (\text{altura materna} + 13)]/2$ para meninos e $[(\text{altura paterna} - 13) + \text{altura materna}]/2$ para meninas. A altura dos pais deve ser aferida e não questionada a fim de evitar possíveis erros no cálculo. A estatura-alvo estima a altura final do indivíduo (por volta dos 20 anos), definindo o percentil de crescimento

ideal segundo o seu potencial genético. A partir desse cálculo, pode-se avaliar se a criança está crescendo dentro do canal de crescimento esperado considerando a altura dos seus pais.

Diante de uma criança com baixa estatura, é importante afastar possíveis causas que estejam comprometendo o desenvolvimento. Assim, é preciso na anamnese pesquisar: altura dos pais, irmãos, tios e avós (que justificam a baixa estatura da criança), idade de início do desenvolvimento pubertário dos pais e menarca da mãe, uso de fumo, álcool e drogas na gestação, gemiparidade, prematuridade, doenças genéticas, complicações no parto, infecções congênitas, doenças anteriores e atuais, desnutrição pregressa, infecções de repetição no primeiro ano de vida, uso prolongado de medicamentos (principalmente corticosteróides), dinâmica familiar, atraso importante no desenvolvimento neuropsicomotor.

No exame físico, verificar: aparência da criança, fácies característica de síndromes, peso, altura, perímetro cefálico, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, proporções corporais (relação segmento superior/segmento inferior, envergadura), avaliação da maturação sexual. São importantes as medidas anteriores de peso e altura para obter a curva de crescimento.

Por ser um processo dinâmico, o diagnóstico de baixa estatura não pode ser feito em uma única consulta. Mais importante do que o valor absoluto da estatura é a análise do canal de crescimento, que reflete a velocidade de crescimento.

No diagnóstico da criança com queixa de baixa estatura, após a realização da anamnese e não tendo sido encontrada qualquer alteração que sugira uma doença, não é necessário realizar encaminhamentos ou exames laboratoriais excessivos. A investigação laboratorial inicial deve constar apenas de hemograma completo (para afastar anemia e doenças sistêmicas), VHS,

glicemia, uréia e creatinina, Na, K, Ca, P, proteínas totais e frações, parasitológico de fezes, T4 livre e TSH, sumário de urina e urinocultura e idade óssea (> 6 meses).

A ausência de alterações no exame físico ou provas laboratoriais apontam para o diagnóstico de variantes normais do crescimento (Baixa estatura familiar e atraso constitucional do crescimento), que correspondem à maioria dos casos de baixa estatura. Na baixa estatura familiar, temos crianças geralmente pequenas desde o nascimento, mantendo velocidade de crescimento normal, desenvolvimento puberal na idade esperada e idade óssea compatível com a idade cronológica, com estatura familiar abaixo da média. No retardo constitucional do crescimento e da puberdade, a estatura e o peso da criança são normais ao nascimento e diminuem proporcionalmente nos primeiros 2 anos, com recuperação após a puberdade, a qual ocorre em idade avançada, atingindo tamanho final normal para o adulto. Nesses casos, a idade óssea está atrasada.

Na suspeita de causas patológicas, devem ser lembradas as doenças genéticas, displasias esqueléticas e doenças sistêmicas, tais como endocrinopatias, desnutrição primária ou secundária, patologias renais, hepáticas, cardíacas e pulmonares. A presença de desaceleração do crescimento sem déficit nutricional pode sugerir deficiência de hormônio de crescimento, hipotireoidismo e excesso de corticóide. Características dismórficas podem indicar variante genética, como trissomia do 21 e síndrome de Turner. Desproporções ou anormalidades esqueléticas são consistentes com displasias esqueléticas e doença metabólica óssea.

Nos casos em que há sinais de doença orgânica ou desaceleração importante do crescimento ou estatura bem abaixo do percentil 3, a criança deve ser investigada em ambulatórios especializados. É importante lembrar, no entanto, que as deficiências

hormonais são responsáveis por apenas 5% das causas de baixa estatura, assim, devem ser pesquisadas outras causas antes de encaminhar o paciente ao endocrinologista.

O tratamento da baixa estatura está vinculado ao diagnóstico etiológico. Não se recomenda prescrição de vitaminas, pois não têm efeito sobre o crescimento. Os tratamentos hormonais devem ser decididos e realizados por especialistas, tendo indicações precisas. A prescrição de hormônio sem uma indicação adequada pode comprometer a altura final da criança.

A baixa estatura é uma das queixas mais frequentes

nos consultórios de pediatria. Cabe ao generalista acompanhar a criança, com medidas periódicas do crescimento para estabelecer a velocidade de crescimento e o diagnóstico pertinente e quando não houver causa orgânica orientar os pais de modo a afastar a utilização de terapêuticas intempestivas e prejudiciais à criança, evitando encaminhamentos desnecessários, os quais servirão somente para aumentar a ansiedade do paciente e da família. É preciso esclarecer os pais que a altura da criança tem uma forte determinação genética e que é necessário reforçar a auto-estima da criança, explicando que mesmo tendo baixa estatura pode ter uma vida saudável e com boa inserção na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Aires, V. Práticas pediátricas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Departamento de Pediatria(UFRJ) Atheneu, 2006.
2. Ricco R, Del Ciampo LA, Almeida CA. Puericultura: princípios e práticas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.
3. Figueira F, Alves JG, Bacelar CH. Manual de diagnóstico diferencial em pediatria: Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP). 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
4. Nwosu BU, Lee MM. Evaluation of short and tall stature in children. Am Fam Physician. 2008; 78(5):597-604.
5. Damiani D. Endocrinologia na prática pediátrica. Instituto da Criança – Hospital das Clínicas (FMUSP). São Paulo: Manole, 2008.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:
Fernanda Paiva Pereira Honório
E-mail: fernandapph@yahoo.com.br