

# A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil

*CARLOS AUGUSTO MONTEIRO*

**O**BJETIVA-SE, NESTE TEXTO, aferir e comparar a extensão e a distribuição no Brasil de três graves problemas: a pobreza, a fome e a desnutrição. Começaremos, em uma breve seção, por definir os problemas que iremos examinar. A seguir, explicitaremos os indicadores de que nos valem, sua fundamentação lógica e as fontes de dados consultadas. Os resultados obtidos e as principais conclusões deste trabalho constituem seus tópicos finais.

## Definindo conceitos

São pobres as pessoas que não suprem permanentemente necessidades humanas elementares como comida, abrigo, vestuário, educação, cuidados de saúde etc. Têm fome aqueles cuja alimentação diária não aporta a energia requerida para a manutenção do organismo e para o exercício das atividades ordinárias do ser humano. Sofrem de desnutrição os indivíduos cujos organismos manifestam sinais clínicos provenientes da inadequação quantitativa (energia) ou qualitativa (nutrientes) da dieta ou decorrentes de doenças que determinem o mau aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos.

Ainda que compartilhando terreno comum, os três conceitos descritos diferenciam-se. Esta diferenciação torna-se mais evidente através de exemplos. Um indivíduo, ou toda uma sociedade, poderá estar livre da fome e ainda assim ser pobre, bastando que sua pobreza se expresse através do não-acesso a educação e a cuidados de saúde, de condições insalubres de moradia ou através de outras carências materiais igualmente importantes. A situação inversa, ocorrência de fome na ausência de uma situação de pobreza, ocorre apenas excepcionalmente e sempre por tempo determinado, como por ocasião de guerras, cercos e cataclismas. Fome e desnutrição tampouco são conceitos equivalentes uma vez que, se toda fome leva obrigatoriamente à desnutrição, nem toda desnutrição se origina da deficiência energética das dietas, sobretudo na população infantil. A deficiência específica de macro e micronutrientes, o desmame precoce, a higiene alimentar

precária e a ocorrência excessiva de infecções são causas bastante comuns da desnutrição infantil. Ainda que não equivalentes, os conceitos de pobreza e desnutrição são os que mais se aproximam, uma vez que o bom estado nutricional, sobretudo na criança, pressupõe o atendimento de um leque abrangente de necessidades humanas, que incluem não apenas a disponibilidade de alimentos, mas também a diversificação e a adequação nutricional da dieta, conhecimentos básicos de higiene, condições salubres de moradia, cuidados de saúde, entre outras.

### Medindo a extensão da pobreza, da fome e da desnutrição

Alternativa interessante para se aferir a extensão da pobreza em uma dada sociedade consiste em se combinar indicadores da renda familiar a indicadores do acesso da população a bens e serviços essenciais, como moradia, saneamento, educação, serviços de saúde, entre outros (Seade, 1992). Os problemas metodológicos não são poucos, envolvendo desde a disponibilidade de informações confiáveis para a construção dos diferentes indicadores até a dificuldade em estabelecer-se ponderações adequadas para cada um deles.

Neste trabalho, utilizaremos as estimativas sobre a frequência de pessoas pobres no país calculadas por Hoffmann (1994) e baseadas apenas na renda familiar *per capita*. O autor usa como fonte de dados a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio de 1990 e adota como *linha de pobreza* a renda familiar equivalente a 1/4 de salário mínimo por pessoa.

A aferição da ocorrência da fome pode ser feita através da avaliação sistemática do consumo energético diário médio dos indivíduos, diante de suas necessidades diárias médias em energia. Entretanto, de modo mais prático, a aferição da ocorrência da fome em nível populacional pode ser feita a partir da avaliação das reservas energéticas dos indivíduos, representadas pelo seu tecido adiposo. Na população adulta esta avaliação permite a detecção da deficiência energética, sem maiores dificuldades e com razoável sensibilidade, por meio da análise da relação peso/altura dos indivíduos ou, mais especificamente, pelo cálculo do chamado Índice de Massa Corporal (peso expresso em kg dividido pelo quadrado da altura expressa em metros).

Na população infantil, o diagnóstico da deficiência energética através da avaliação da relação peso/altura é menos sensível uma vez que, com frequência, sobretudo nos casos leves e moderados, a deficiência energética em crianças se expressa unicamente pelo retardo global do crescimento. Tal retardo, por outro lado, não é específico da deficiência energética das dietas, mas sim manifestação

comum de virtualmente todas as deficiências nutricionais na criança, sejam decorrentes de outras deficiências na dieta, como as de proteína, vitaminas ou minerais, sejam originárias de práticas alimentares inadequadas e mesmo de processos infecciosos frequentes.

A aferição da ocorrência da desnutrição envolve procedimentos clínicos diversos que incluem anamnese, exame físico e provas laboratoriais. Na população infantil, a mais vulnerável à desnutrição, destaca-se, entre as provas diagnósticas, por sua elevada sensibilidade, a avaliação do crescimento físico. Esta avaliação, como já se comentou, é capaz de indicar a ocorrência da desnutrição infantil independentemente dos fatores ambientais que a tenham originado.

Neste trabalho avaliaremos a prevalência da fome e da desnutrição a partir, respectivamente, do estudo da distribuição do Índice de Massa Corporal da população adulta e do estudo da distribuição da relação altura/idade da população de crianças menores de cinco anos. Em ambos os casos, valer-nos-emos da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – Pnsn – realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Ibge – em 1989, estudando uma amostra representativa de cerca de 14 mil famílias brasileiras, incluindo mais de sete mil crianças menores de cinco anos e mais de 25 mil adultos com idades a partir de 25 anos.

## A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição

### *A dimensão da pobreza*

A tabela 1 resume as estimativas de Hoffmann quanto a situação da pobreza no Brasil no início da década de 90. Pessoas vivendo abaixo da *linha de pobreza* de 0,25 salário mínimo correspondiam, em 1990, a quase 1/4 do total da população e integravam um contingente de 32,9 milhões de brasileiros. As prevalências regionais da pobreza mostram variações importantes, destacando-se a desvantagem sistemática das populações rurais diante das populações urbanas, e da região Nordeste frente às demais. A população com maior índice de pobreza, mais de 60% das pessoas com renda abaixo da *linha de pobreza*, vivia nas áreas rurais do Nordeste; a seguir vinha a população rural do Centro-Sul e a população urbana do Nordeste, ambas com pouco mais de 30% de pessoas pobres; em melhor situação, encontravam-se a população urbana da região Norte, 16% de pobres, e a população urbana das regiões do Centro-Sul do país, onde apenas 8 a 10% das pessoas estavam abaixo da *linha de pobreza*. Estimativas do mesmo autor dão conta que o quadro encontrado em 1990 persistiu, com pequenas variações, ao longo de toda a década de 80.

Tabela 1

Prevalência (%) de indivíduos com renda familiar inferior a *linha de pobreza* de 0,25 salário mínimo *per capita*\*. Brasil, 1990.

Região	Áreas		Total
	Urbana	Rural	
Norte	16,2	—	16,2
Nordeste	31,8	62,1	44,9
Sudeste	8,6	32,3	12,0
Sul	8,4	32,4	16,2
Centro-Oeste	10,5	33,2	16,7
Brasil	14,3	46,8	22,8

\* Não inclui as famílias que não declaram rendimento. A unidade salário mínimo é o valor real do salário mínimo vigente em outubro de 1981 e o deflator usado é o Inpc restrito.

\*\* Apenas as áreas urbanas foram estudadas.

Fonte: Adaptado de Hoffmann, 1994.

### *A dimensão da desnutrição*

Conforme antecipamos, a dimensão da desnutrição no país será buscada a partir da avaliação de crescimento infantil, mais especificamente, do computo das crianças menores de cinco anos com alturas aquém de dois desvios-padrão da altura média esperada para idade e sexo, de acordo com o padrão internacional de crescimento recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS (*WHO Working Group*, 1986). Crianças com alturas tão baixas quanto as referidas são encontradas, em populações bem-nutridas, em proporção não-superior a 2-3% e correspondem, neste caso, à fração normal de crianças geneticamente pequenas. Quando presentes em proporções superiores, crianças de baixa estatura passam a refletir a prevalência do retardo de crescimento e da desnutrição infantil na população.

A tabela 2 apresenta a freqüência de crianças de baixa estatura nas diferentes regiões do país, tal como estimada pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989. Inicialmente, observa-se que, em todas as regiões, a freqüência de crianças de baixa estatura excede em muito a freqüência de 2-3%, o que evidencia a natureza endêmica da desnutrição infantil e de sua disseminação por todo o país. No Brasil como um todo, crianças de baixa estatura – ou crianças desnutridas – representavam 15,4% do total da população infantil, ou cerca de 2,5 milhões de crianças. À semelhança da pobreza, o retardo do crescimento e a desnutrição infantil se distribuem de forma desigual no território brasileiro. Novamente, vemos as populações rurais em desvantagem, ainda que desta vez os contrastes com as populações urbanas sejam menos intensos. Os contrastes são mais intensivos, desta vez, entre as regiões Norte e Nordeste – 23 e 27,3% de crianças

desnutridas – e as regiões do Centro-Sul – 8% a 9% de crianças desnutridas.

Tabela 2

Prevalência de crianças menores de cinco anos com retardo de crescimento\*. Brasil, 1989.

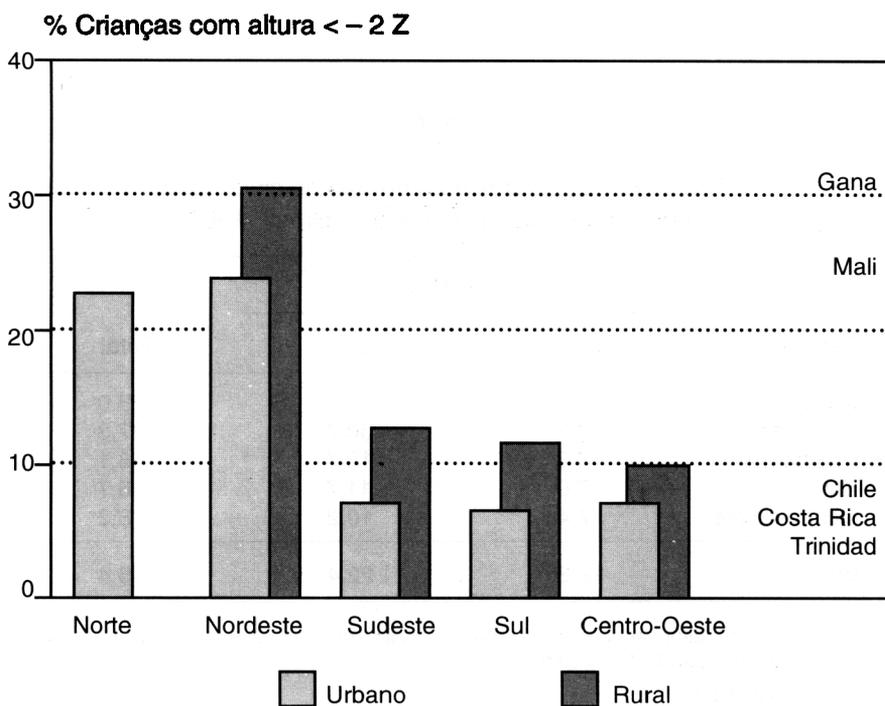
Região	Áreas		Total
	Urbana	Rural	
Norte	23,0	—	23,0
Nordeste	23,9	30,7	27,3
Sudeste	7,2	12,7	8,1
Sul	7,0	11,7	8,7
Centro-Oeste	7,4	10,2	8,2
Brasil	12,3	22,4	15,4

\* Crianças com altura aquém de dois desvios-padrão dos valores médios esperados para idade e sexo (padrão Nchs/OMS).

Fonte: Pnsn, 1989.

O uso sistemático do indicador altura/idade e do padrão internacional de crescimento da OMS em inquéritos nutricionais realizados a partir na década de 80 (De Onis *et al.*, 1993) permite que a prevalência da desnutrição infantil no Brasil possa ser comparada à encontrada em outros países em desenvolvimento. Próximo ao Brasil encontra-se, por exemplo, o Paraguai (16,6% de crianças desnutridas) país latino-americano cujo PIB *per capita* à época do inquérito (1990) representava pouco mais da metade do PIB *per capita* brasileiro em 1989 (US\$ 2.792 contra US\$ 4.951, valores já ajustados pela paridade do poder de compra conforme metodologia desenvolvida pelas Nações Unidas) (Undp, 1992; 1993).

Com relação às regiões brasileiras (figura 1), encontra-se equivalente para o Norte e o Nordeste em diversos países africanos de grande pobreza (PIB ajustado de menos de mil dólares *per capita*) como, por exemplo, Mali em 1987 (25% de crianças desnutridas) e Gana em 1988 (30,5% de crianças desnutridas). O mesmo paralelo irá situar Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país junto a um pequeno grupo privilegiado de países em desenvolvimento que apresentam menos de 10% de crianças desnutridas. Este grupo de países, todos de pequena população, inclui algumas ilhas do Caribe com níveis de renda excepcionalmente elevados para países em desenvolvimento (PIB ajustados entre 6 e 8 mil dólares *per capita*) e alguns países com níveis de renda modestos (PIB ajustados entre 2 e 4 mil dólares *per capita*), porém com sistemas de saúde e seguridade social reconhecidamente eficientes, como a Costa Rica, a Jamaica e o Chile.



Fonte: Pnsn, 1989.

Figura 1: Prevalência da desnutrição infantil. Brasil, 1989.

No sentido de dar mais detalhes à distribuição espacial da desnutrição infantil no Brasil, procuramos verificar a prevalência de crianças de muito baixa estatura nos diferentes estados brasileiros. A amostra da Pnsn permite estimativas razoáveis para 16 estados (tabela 3 e figura 2).

Repetindo o visto para as regiões brasileiras, observam-se dois grupos distintos: o primeiro, constituído por estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste onde a frequência de retardos severos de crescimento fica entre 4,9% e 11,6%; o segundo grupo, constituído apenas por estados do Norte e do Nordeste, onde a mesma frequência se situa entre 16,7% e 37,4%.

Dentro do primeiro grupo de estados, que ocupa grosso modo a metade Sul do país, Santa Catarina e São Paulo comparam-se a Trinidad-Tobago; Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul à Costa Rica; Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais lembram Chile, Mato Grosso e Paraná assemelham-se ao Kuwait.

No segundo grupo de estados, que ocupa a metade Norte do país, algumas equivalências puderam ser encontradas com países latino-americanos muito pobres como a Nicarágua ou El Salvador (frequência de crianças desnutridas de

21,8% e 29,9%, respectivamente). É com os países pobres africanos, entretanto, que a comparação se mostrou exemplar, na qual o Amazonas é a Costa do Marfim, a Bahia é o Djibuti, o Ceará é o Congo, Pernambuco é Zimbábue e o Pará é o Togo; Alagoas e Maranhão, os dois estados brasileiros com maior prevalência de retardo do crescimento, estão entre Serra Leoa e Zâmbia, pouco faltando para que pudessem ser o Haiti.

Tabela 3

Percentual de crianças com retardo severo de crescimento em diferentes estados brasileiros e em países selecionados (1980-1989).

Estados do Brasil	%	Países	%
Santa Catarina	4,9	Trinidad-Tobago	5,0
São Paulo	5,6		
Mato Grosso do Sul	6,1	Costa Rica	7,8
Rio Grande do Sul	8,2		
Goiás	9,4	Chile	9,6
Rio de Janeiro	9,9		
Minas Gerais	10,6		
Mato Grosso	11,1	Kuwait	11,3
Paraná	11,6		
Amazonas	16,7	Costa do Marfim	17,2
Bahia	22,0	Djibuti	22,2
Ceará	27,6	Congo	27,1
Pernambuco	28,6	Zimbábue	29,0
Pará	29,4	Togo	29,6
Alagoas	36,8	Serra Leoa	34,7
		Zâmbia	39,6
Maranhão	37,4	Haiti	40,6

É importante destacar neste momento que o excesso de crianças desnutridas na região Nordeste deve-se a dois fatores igualmente ponderáveis: o menor nível de renda das famílias nordestinas diante das famílias do Centro-Sul do país e a maior prevalência de desnutrição no Nordeste, mesmo em idênticos estratos de renda. Para exemplificar, nas regiões do Centro-Sul 24% das crian-

ças examinadas pela Pnsn pertenciam a famílias pobres (*linha de pobreza* equivalente à utilizada por Hoffmann) e 18% delas eram desnutridas. Já na região Nordeste, 67% das crianças eram pobres e 35% delas desnutridas. Fatores independentes da renda familiar parecem ser ainda mais importantes na região Norte; nesta, a frequência de crianças pobres não foi muito superior à encontrada no Centro-Sul do país – 28% – sendo estas crianças, entretanto, afetadas por prevalência de desnutrição de 40%, superior à encontrada na região Nordeste para o mesmo estrato de renda.

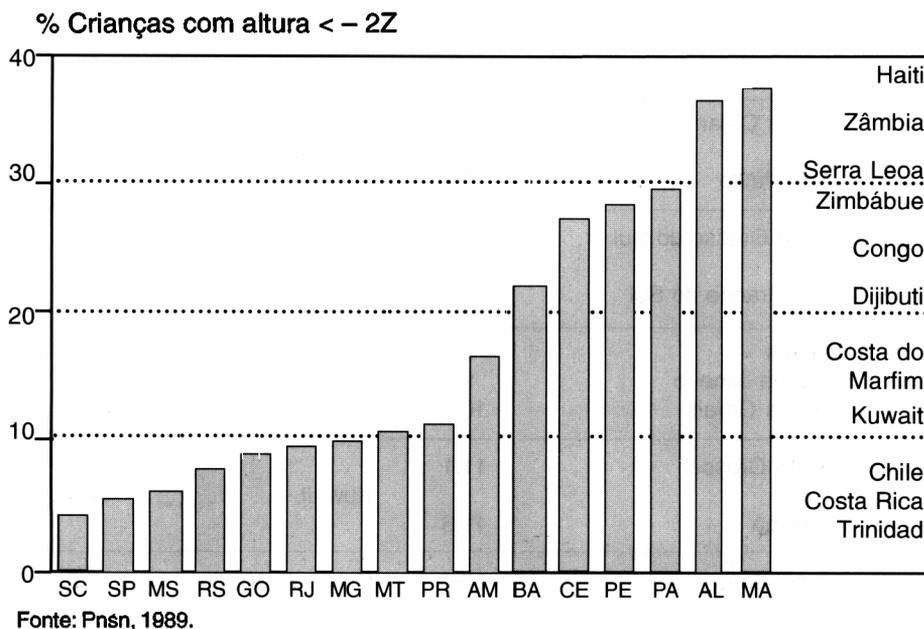


Figura 2: Prevalência da desnutrição infantil em estados selecionados. Brasil, 1989.

### *A dimensão da fome*

Conforme referido anteriormente, buscaremos a dimensão da fome no Brasil a partir do estudo da distribuição das reservas energéticas da população brasileira de adultos, tal como estudada pela Pnsn, mais particularmente a partir do cálculo da prevalência de indivíduos de mais de 24 anos de idade, com Índice de Massa Corporal – IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

Segundo Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde – OMS, reunido em Genebra em 1993, valores de IMC inferiores a 18,5 kg/m<sup>2</sup> indicam nível mínimo de reservas energéticas no adulto e são encontrados em populações que não apresentam restrição alimentar em apenas 3% a 5% das pessoas. Esta fração representaria o contingente de indivíduos constitucionalmente magros em

uma população. Para o mesmo Comitê, valores baixos de IMC (inferiores a 18,5 kg/m<sup>2</sup>), presentes entre 5% e 9% das pessoas, caracterizariam populações expostas à baixa prevalência de déficits energéticos, o que justificaria a necessidade de monitorizar o problema e estar alerta para sua eventual deterioração (nesta situação, estariam Cuba e México, por exemplo). Frequências entre 10% e 19% já caracterizariam populações expostas a prevalência moderada de déficits energéticos (nesta situação, cita-se o exemplo da China). Frequências entre 20% e 39% caracterizariam prevalências altas de déficits energéticos (nesta situação há o exemplo da Etiópia). Finalmente, valores baixos de IMC em mais de 40% da população caracterizariam prevalências muito altas de déficits energéticos (como, por exemplo, as encontradas na Índia) (OMS, 1994 – comunicação pessoal).

A tabela 4 apresenta a prevalência de indivíduos com baixo Índice de Massa Corporal, ou, mais simplesmente, indivíduos magros, nas diferentes regiões brasileiras. Observa-se que nas áreas urbanas a frequência de indivíduos magros tende a ficar abaixo ou muito próxima de 5%, o que indicaria que as áreas urbanas do país estariam relativamente protegidas de déficits energéticos. Nas áreas rurais o quadro é diverso. Apenas nas áreas rurais do Sul do país a proporção de pessoas magras não ultrapassa o limiar de 5%. No Centro-Oeste e Sudeste rurais, a proporção de indivíduos magros fica entre 6% e 7% e no Nordeste rural chega a 9,4%. Tal situação parece indicar a exposição, ainda que em grau leve, da maioria da população rural brasileira a déficits energéticos, sugerindo que o problema carece de monitorização. O quadro é ainda mais crítico na região Nordeste, onde a prevalência de valores baixos de IMC se aproxima do limiar que já caracterizaria a prevalência moderada de déficits energéticos (10%) (figura 3).

Tabela 4

Prevalência (%) de adultos (25 anos e mais) com baixo Índice de Massa Corporal (IMC)\*. Brasil, 1989.

Região	Áreas		Total
	Urbana	Rural	
Norte	4,4	—	4,4
Nordeste	5,2	9,4	6,8
Sudeste	3,9	7,2	4,4
Sul	2,6	4,1	3,0
Centro-Oeste	4,2	6,3	4,7
Brasil	4,0	7,5	4,9

\* Adultos com IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

Fonte: Pnsn, 1989.

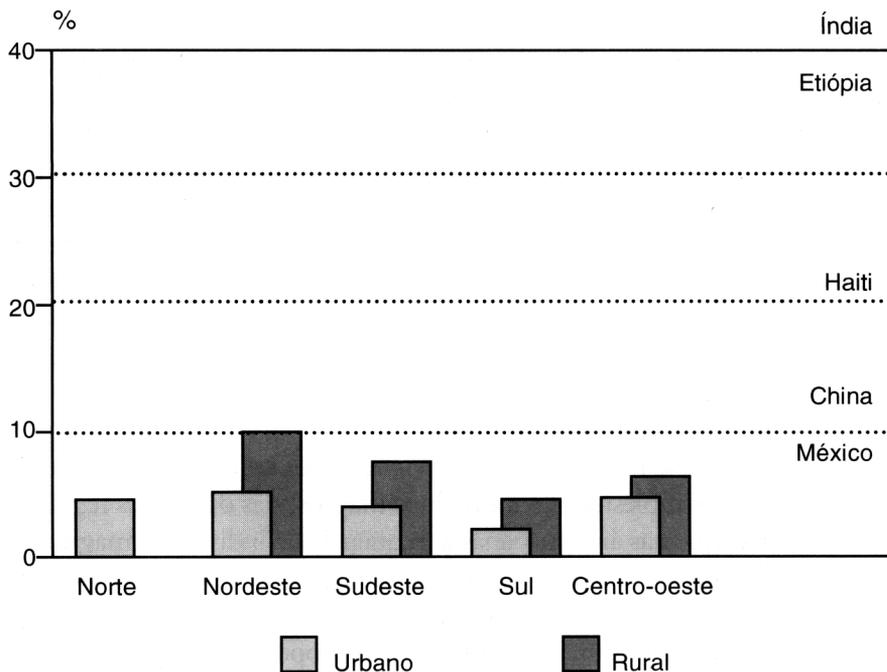


Figura 3 – Prevalência de adultos magros. Brasil, 1989.

A figura 4 procura descrever o comportamento das reservas energéticas dos indivíduos ao longo das idades no meio urbano e no meio rural. Nas áreas urbanas, verifica-se que a proporção de indivíduos magros mantém-se entre 3% e 4% dos 25 aos 65 anos de idade, superando o limiar de 5% apenas entre os idosos (8,5%). Este quadro confirma a hipótese de que a deficiência energética não alcança relevância epidemiológica na população urbana do país, podendo-se atribuir a ligeira elevação da proporção de indivíduos magros entre os idosos a complicações de saúde próprias da velhice. Nas áreas rurais, a proporção de indivíduos magros mantém-se próxima ao limiar de 5% apenas entre os adultos jovens (25 a 44 anos), eleva-se a 8%-9% entre os adultos de meia idade (45 a 64 anos) e chega a quase 15% entre os idosos. A relativa proteção contra a deficiência energética observada entre os adultos jovens do meio rural e a inclusão dos adultos de meia idade, ao lado dos idosos, entre os grupos expostos à deficiência, são fatos intrigantes e cuja explicação exige que se considerem informações com as quais não contamos no momento. A título de hipótese, cogitamos a possibilidade de que complicações de saúde poderiam começar mais precocemente no meio rural e/ou de que adultos de meia idade, tanto quanto os idosos, teriam maior dificuldade de competir no mercado de trabalho rural, que demanda essencialmente grande capacidade física.

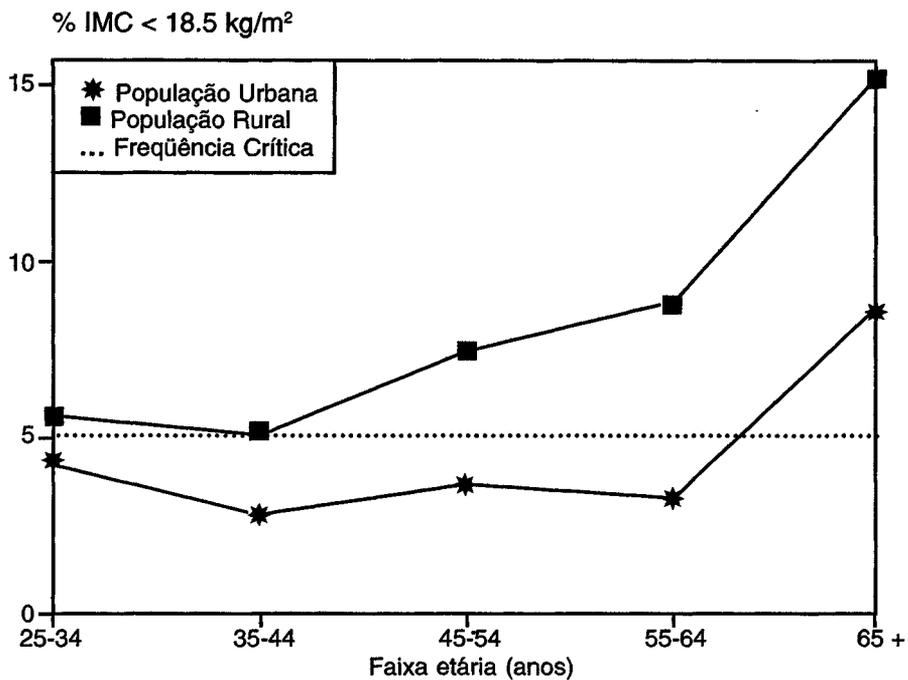


Figura 4: Prevalência de adultos magros segundo faixa etária. Brasil, 1989.

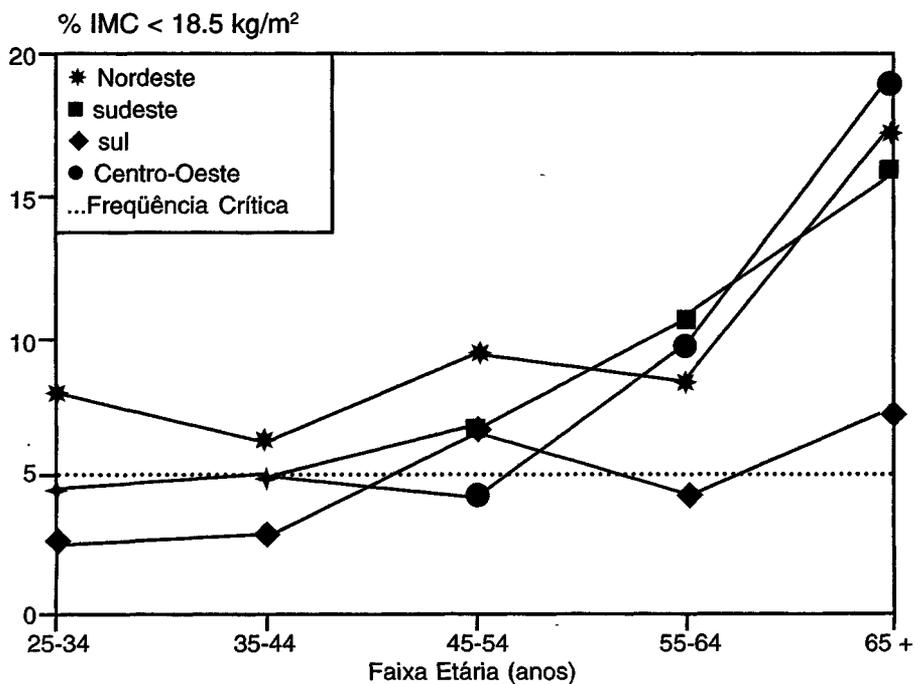


Figura 5: Prevalência de adultos magros segundo faixa etária. Populações rurais, 1989.

A figura 5 descreve o comportamento das reservas energéticas ao longo das idades na população rural das diferentes macroregiões do país. Em um extremo, vê-se a situação do Sul rural, onde adultos jovens, de meia idade e mesmo idosos parecem relativamente protegidos da deficiência energética. No outro extremo, encontra-se o Nordeste rural, onde todos os grupos etários, mesmo adultos jovens, estão expostos à deficiência energética. Nas demais regiões, essa deficiência está claramente presente na população rural apenas a partir dos 55 anos de idade.

## Conclusões

A pobreza, no Brasil, medida pela insuficiência de renda, assume proporções enormes e dissemina-se por todas as regiões e áreas do país, castigando em particular as populações rurais e urbanas da região Nordeste e as populações rurais das demais regiões brasileiras.

A desnutrição, medida pelo retardo do crescimento infantil, também assume grandes proporções no país e está presente em todas as suas regiões e áreas. A população mais afetada, neste caso, é aquela que reside nas regiões Norte e Nordeste. As populações rurais são mais atingidas do que as urbanas, mas o contraste Norte/Sul é o que chama mais a atenção, a ponto de as populações urbanas do Norte e Nordeste apresentarem prevalências de desnutrição substancialmente superiores às encontradas nas populações rurais do Centro-Sul.

A comparação da situação da desnutrição infantil no Brasil com estatísticas provenientes de outros países em desenvolvimento situa os estados das regiões Norte e Nordeste junto a países muito pobres da África e da América Latina. A mesma comparação situa os estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste ao lado de um pequeno e privilegiado grupo de países em desenvolvimento relativamente ricos e /ou reconhecidos como contando com sistemas de seguridade social muito eficazes.

A fome, medida pelas reservas energéticas da população adulta, tem incidência restrita no país, afetando de forma clara apenas a população rural do Nordeste, ainda assim em grau leve ou moderado, de acordo com padrões internacionais. Apresentam-se notavelmente protegidas da fome as populações urbanas de todas regiões do país, incluindo as que vivem nas regiões Norte e Nordeste e a população rural que vive no Sul (mais dados seriam necessários para se esclarecer inteiramente a situação da deficiência energética nas demais populações rurais brasileiras).

As distinções identificadas na magnitude e padrão de distribuição da pobreza, da fome e da desnutrição confirmam a natureza distinta dos problemas, tal como sustentada na introdução deste trabalho, ao mesmo tempo em que deter-

minam implicações importantes na definição de prioridades e alvos para a intervenção governamental.

Salvo improváveis modificações no quadro encontrado em fins da década de 80, medidas antipobreza (elevação do salário mínimo, programa de renda mínima, subsídios ao consumo etc), ainda que justificadas no país como um todo, deveriam atender preferencialmente e com mais recursos a região Nordeste e, de modo geral, os trabalhadores rurais de todo o país. Ações específicas de combate à desnutrição (diagnóstico e acompanhamento médico, suplementação alimentar seletiva, prevenção e tratamento de doenças infecciosas etc) deveriam ter como alvo prioritário a população de crianças que vive nas regiões Norte e Nordeste. Finalmente, ações específicas contra a fome (particularmente a distribuição gratuita de alimentos às famílias) encontrariam plena justificativa, desde que implementadas nas áreas rurais do Nordeste brasileiro, podendo-se prever, de modo geral, pouco ou nenhum impacto para ações realizadas no âmbito das populações urbanas do país.

#### Referências bibliográficas

- HOFFMANN, R. *Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil*. São Paulo, texto apresentado no Seminário *Pobreza, fome e desnutrição no Brasil*, organizado pelo Grupo de Trabalho Segurança Alimentar do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 1994.
- ONÍS, M.; Monteiro, C.A.; AKRÉ, J. & CLUGSTON, G. The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO global database on child growth. *Bull. Wld. Hlth. Org.*, v. 71, n. 6, p. 703-712, 1993.
- SEADE. *Definição e mensuração da pobreza na região metropolitana de São Paulo: uma abordagem multi-setorial*. São Paulo, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade, 1992.
- UNDP. *Human developing report 1992*. New York, Oxford University Press, 1992.
- UNDP. *Human developing report 1993*. New York, Oxford University Press, 1993.
- WHO Working Group. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull. Wld. Hlth. Org.*, v. 64, p. 929-941, 1986.

---

*Carlos Augusto Monteiro* é professor titular do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenador científico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da USP (Nupens).

Texto apresentado no seminário *Pobreza, fome e desnutrição no Brasil*, organizado pelo Grupo de Trabalho Segurança Alimentar do IEA-USP em 2 de dezembro de 1994.