UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

MARIA DE LOURDES MARCONDES EVANGELISTA MAUAD

PROGRAMA BOLSA ALIMENTAÇÃO -O CASO DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

2002-2003

RIBEIRÃO PRETO – SP

2005

MARIA DE LOURDES MARCONDES EVANGELISTA MAUAD

PROGRAMA BOLSA ALIMENTAÇÃO -O CASO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

200-2003

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre Em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Processo Saúde-doença e Epidemiologia
Orientador: Profa Dra Claudia Benedita dos Santos.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE

Catálogo na Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

FICHA CATALOGRÁFICA

Mauad, Maria de Lourdes Marcondes Evangelista

Programa Bolsa Alimentação – O caso de Ribeirão Preto-SP, 2002-2003. Ribeirão Preto, 2005

113f

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Processo Saúde Doença e Epidemiologia) – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Orientadora: Santos, Claudia Benedita dos

1. Programas Governamentais. 2. Programas de Suplementação Alimentar. 3. Desnutrição. 4. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria de Lourdes
Marcondes Evangelista
Mauad
O Programa Bolsa
Alimentação- O caso de
Ribeirão Preto-2002-2003

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
Título de Mestre em Enfermagem em Saúde
Pública.
Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa.Dra. Claudia Benedita dos Santos_____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São
Paulo_____Assinatura:_____

Profa.Dra.Silvana Mishima_____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de
Paulo_____Assinatura:_____

Profa.Dra Marta Neves Campanelli Marçal Vieira_____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São
Paulo_____Assinatura_____

DEDICATÓRIA

A meu marido Mário que tem trilhado este caminho ao meu lado, com muita paciência, amor e companheirismo, sabendo distinguir os momentos de intenso trabalho para apoiar-me. Aos meus filhos Ana Carolina e José Mário que entenderam esse período e estiveram juntos quando precisei.

Aos meus pais que não vão estar presentes para dividirmos este final de trabalho, mas que sempre estão presentes no dia-dia.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos, orientadora e amiga que ofereceu a oportunidade do meu crescimento e aprendizado, com a sua paciência e dedicação no decorrer do tempo da elaboração do trabalho.

A Dra. Marta Campanelli Marçal Vieira, pelo incentivo, amizade e apoio para que esse momento se concretizasse.

A Profa. Dra. Silvana Martins Mishima, as sugestões que me direcionaram para a conclusão da dissertação.

A Dra. Graziela Vieira Bassan dos Santos, a presença, amizade e apoio antes e durante a elaboração deste projeto

A Sra. Eliana Mazzé, companheira de trabalho, cuja presença permitiu que eu pudesse escrever essa dissertação.

Ao Dr. Luiz Carlos Raya (in memoriam), que com sua visão abriu as portas da Secretaria Municipal da Saúde para o profissional nutricionista e permitiu que o trabalho fosse realizado.

Ao Dr. Artur Watanabe, pela oportunidade de ampliar os horizontes e realizar um trabalho científico.

A Dra. Carmem Laprega, por seu apoio e incentivo ajudando no planejamento inicial do trabalho.

A Dra. Vera Maturano, pela ajuda na coleta de dados e pela sua dedicação às crianças e ao trabalho

A toda a equipe dos Programas, das Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde pela cooperação e por dedicarem-se ao seu trabalho com amor e paciência, e nem sempre terem reconhecimento

Aos colegas e docentes das disciplinas cursadas durante a pós-graduação pelo companheirismo e alegria ajudando a construir os conhecimentos.

A Deus por permitir que eu tivesse saúde e direcionado as ações para que houvesse crescimento espiritual colocando no momento certo, as pessoas para me ajudarem.

SUMÁRIO

Apresentação	
1.	Introdução ----- 14
1.1	A desnutrição como problema de Saúde Pública ----- 15
1.2	Programas governamentais de suplementação alimentar ----- 21
1.3	A eficácia dos programas de suplementação alimentar ----- 26
1.4	Avaliação do crescimento e desenvolvimento ----- 31
1.5	O objeto de estudo: o Programa Bolsa Alimentação ----- 35
1.5.1	A implantação em Ribeirão Preto ----- 37
2.	Objetivo ----- 41
3.	Metodologia ----- 43
3.1	Tipo de Estudo ----- 43
3.2	Local de Estudo ----- 43
3.3	População em Estudo ----- 45
3.3.1	Critérios de inclusão no estudo ----- 45
3.4	Local de coleta de dados ----- 45
3.5	Fonte de coleta de dados ----- 47
3.6	Variáveis do estudo ----- 50
3.7	Procedimentos Éticos ----- 50
3.8	Coleta de dados ----- 50
3.9	Avaliação do estado nutricional ----- 51
3.9.1	Diagnóstico do estado nutricional ----- 52
3.10	Análise dos dados ----- 54
4.	Resultados e Discussão ----- 57
4.1	Implantação do Programa Bolsa Alimentação ----- 57
4.2	Caracterização das crianças estudadas ----- 59
4.2.1	Cuidador ----- 61
4.3	Características da mãe ou responsável pela criança ----- 62
4.3.1	Grau de instrução ----- 62
4.3.2	Qualificação profissional ----- 62
4.3.3	Ocupação ----- 63
4.4	Avaliação do estado nutricional ----- 64
4.4.1	Estado nutricional das crianças quando do recebimento do primeiro benefício ----- 64
4.5	Evolução do estado nutricional ----- 66
4.5.1	Avaliação nutricional das crianças segundo a evolução do estado nutricional ----- 66
4.5.1.1	Evolução nutricional para crianças desnutridas ----- 67
4.5.1.2	Evolução nutricional para crianças eutróficas ou sobrepeso ----- 68
4.5.2	Avaliação nutricional das crianças segundo incremento do escore Z ----- 68
4.5.2.1	Evolução nutricional das crianças desnutridas segundo incremento do escore Z ----- 69
4.5.2.2	Evolução nutricional das crianças eutróficas segundo incremento do escore Z ----- 70
5.	Conclusões ----- 73
6.	Referências Bibliográficas ----- 76
	Anexos ----- 82

Lista de Tabelas

Tabela 1: Correspondência entre valores para alguns pontos de corte de escore Z e valores de percentis -----	35
Tabela 2: Valores para o escore Z e respectivos diagnósticos nutricionais -----	52
Tabela 3: Unidades de Saúde, com respectivos Distritos de Saúde, segundo quantidade de cadastros realizados e quantidade de beneficiários junto ao Programa Bolsa-Alimentação, até julho de 2003. Ribeirão Preto -----	60
Tabela 4: Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo sexo e faixa etária (meses) no primeiro mês de recebimento do benefício. Ribeirão Preto-SP, 2002-2003 -----	61
Tabela 5: Distribuição das mães ou responsáveis pelas crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo grau de instrução. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003 -----	62
Tabela 6: Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo estado nutricional definido por meio do escore Z para peso/idade e faixa etária (meses) quando do recebimento do primeiro benefício. Ribeirão Preto – SP, 2002- 2003 -----	64
Tabela 7: Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo evolução nutricional após cinco meses de recebimento do benefício. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003 -----	67
Tabela 8: Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo faixa etária e evolução de seu estado nutricional, medido segundo incremento do escore Z, ao longo de cinco meses. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003 -----	68
Tabela 9: Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, inicialmente desnutridas ou em risco nutricional, segundo evolução de seu estado nutricional, medido segundo incremento do escore Z, após cinco meses de sua participação no Programa. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003 ---	69
Tabela 10: Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, inicialmente desnutridas ou em risco nutricional, segundo incremento médio do escore Z e respectivo desvio-padrão, após cinco meses de participação no Programa. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003 -----	70
Tabela 11: Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, inicialmente eutróficas, mas em risco nutricional, segundo evolução de seu estado nutricional, medido segundo incremento do escore Z, após cinco meses de sua participação no Programa. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003 ---	70

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ASP	American Statistics Package
CADUNICO	Cadastro Único dos Sociais do Governo Federal
CEAGESP	Companhia de Entrepostos e Armazéns Gerais de São Paulo
CFP	Administração de Estoques Reguladores
CIBRAZEM	Companhia Brasileira de Armazenamento
COBAL	Companhia Brasileira de Alimentos
COFAP	Comissão Federal de Abastecimento Preços
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
DG	Desnutrição Grave
DM	Desnutrição Moderada
E	Eutrofia
ENDEF	Estudo Nacional da despesa Familiar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN	Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
NCHS	National Center for Health Statistics
NIS	Numero de Identificação Social
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PCA	Programa Comunidade Ativa
PISA	Programa Integrado de Suplementação Alimentar
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNS	Programa de Nutrição e Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SISBOLSA	Sistema de Acompanhamento do Programa Bolsa-Alimentação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUNAB	Superintendência Nacional de Abastecimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para as Crianças
US	Unidade de Saúde

Apresentação

O problema da fome no mundo e no Brasil existe desde os primórdios da civilização e, por ser uma das necessidades básicas do ser humano, as ações para satisfazê-la são imediatas e diárias. Muito se tem falado, escrito e realizado na tentativa de sanar esse problema crônico da humanidade.

A minha formação como profissional nutricionista tem como base os alimentos e suas interações com o meio ambiente, as pessoas e as doenças objetivando a melhoria da qualidade de vida e a saúde do ser humano. Ao iniciar a atividade profissional na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto na função de coordenadora do Programa Bolsa - Alimentação do Governo Federal, mais uma vez deparei-me com o problema da fome e a falta de dinheiro para resolvê-la. As discussões que se sucederam sobre qual deveria ser o melhor programa de suplementação alimentar a ser adotado para acabar com a desnutrição no Brasil e como isso pode melhorar a saúde das pessoas envolvidas, desencadeou a necessidade de avaliar este novo programa. A hipótese formulada então foi a de melhora do estado nutricional das crianças envolvidas. Supervisão das alunas da UNAERP de setembro a dezembro de 2002 essas ações foram realizadas em 18 unidades, envolvendo aproximadamente 500 mães e agentes comunitários de saúde, em 60 reuniões com os temas “Alimentação Equilibrada” e “Alimentação até o 2º ano de vida”.

Entendi, neste momento, que a resposta deveria ser obtida após realização de um estudo de base científica. Para tanto, fez-se necessário a opção pelo retorno à Universidade para aprimorar os conhecimentos e me atualizar, ganhando um espaço para reflexão das ações desenvolvidas diariamente.

RESUMO

MAUAD,M.L.M.E. **Programa Bolsa-Alimentação- o caso de Ribeirão Preto-SP.2002-2003.** 113 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2005.

Este trabalho teve como objetivo descrever o Programa de Distribuição de Renda Bolsa - Alimentação de um município do interior paulista, destinado a crianças menores de sete anos segundo suas condições de ingresso, condicionalidades de sua permanência nos cinco primeiros meses e objetivos propostos durante sua vigência. O Programa Bolsa-Alimentação, criado pelo Ministério da Saúde, em 2001, para ser implantado em todo território nacional, consiste na promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, de nutrizes com filhos menores de seis meses e crianças de 6 meses a 7 anos incompletos, em risco nutricional, pertencentes a famílias sem ou com baixa renda, mediante a complementação da renda familiar para a melhoria da alimentação e o fomento à realização de ações básicas de saúde com enfoque predominantemente preventivo. Foram estudadas 178 crianças, na faixa etária de 0 a 7 anos incompletos, no período de novembro de 2002 à julho 2003. Os dados foram coletados junto aos Formulários de Acompanhamento da Secretaria Municipal da Saúde. Foram avaliados, o diagnóstico do estado nutricional no 1º mês de liberação do benefício e a evolução do estado nutricional no 5º mês. A evolução do estado nutricional foi avaliada segundo o percentil de peso para a idade e o incremento do escore Z. A evolução nutricional revelou uma diminuição dos casos de desnutrição grave em 33%, de desnutrição moderada em 43% e manutenção de 92% de casos de eutrofia. Os resultados aqui apresentados mostraram que, apesar das críticas aos programas de suplementação alimentar serem inúmeras, considerada, por vezes, uma atividade paternalista e controladora, estes podem ainda ser uma alternativa muito positiva para populações mais carentes, maioria integrante de nosso país.

Palavras-chave: Programa de suplementação alimentar, desnutrição, avaliação nutricional.

ABSTRACT

MAUAD, M.L.M.E. **Food Grant Program - the case of Ribeirão Preto-SP. 2002-2003.** 113 p. Masters Dissertation – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

This study aimed to describe the Food Grant Income Distribution Program in a city in the interior of São Paulo, Brazil, aimed at children under seven, in accordance with their entry conditions, conditionalities for remaining in the program during the first five months and the objectives proposed while the program was in force. The Food Grant Program, which was created by the Health Ministry in 2001 to be implanted across the entire national territory, consists in the promotion of health and nutritional conditions in pregnant and breast-feeding women with children under six months of age and children over 6 months until 7 years of age, who were at nutritional risk and came from family without income or low-income, by complementing the family income to improve food and stimulate the realization of basic health actions, with a predominantly preventive focus. We studied 178 children from 0 until 7 years old, between November 2002 and July 2003. Data were collected from the Municipal Health Secretary's Follow-up Forms. We assessed the nutritional state diagnosis during the first month the benefit was granted and its evolution during the fifth month. The nutritional state evolution was evaluated through the weight-for-age percentile and the Z-score increase. This nutritional assessment revealed a 33% decrease in cases of serious malnutrition and a 43% decrease in moderate malnutrition, while 92% of eutrophy cases were maintained. These results show that, in spite of countless criticism against food supplementation programs, which are sometimes considered as a paternalistic and controlling activity, they can still be a highly positive alternative for poorer populations, which constitute a majority in Brazil.

Key Words: Food supplementation program, malnutrition, nutritional assessment.

RESUMEN

MAUAD, M.L.M.E. **Programa Auxilio-Alimentación - el caso de Ribeirão Preto-SP. 2002-2003.** 113 h. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

La finalidad de este trabajo fue describir el Programa de Distribución de Renta Auxilio - Alimentación de un municipio del interior de São Paulo, Brasil, destinado a niños menores de siete años según sus condiciones de ingreso, condicionalidades de su permanencia en los cinco primeros meses y objetivos propuestos durante su vigencia. El Programa Auxilio-Alimentación, creado por el Ministerio de la Salud en 2001 para ser implantado en todo el territorio nacional, consiste en la promoción de las condiciones de salud y nutrición de embarazadas, de mujeres que nutren con hijos menores de seis meses y niños entre 6 meses y 7 años incompletos, en riesgo nutricional, pertenecientes a familias sin renta o con renta baja, mediante la complementación de la renta familiar para la mejoría de la alimentación y el fomento a la realización de acciones básicas de salud con enfoque predominantemente preventivo. Fueron estudiados 178 niños con edad entre 0 y 7 años incompletos, en el período de Noviembre de 2002 a Julio de 2003. Los datos fueron recopilados en los Formularios de Seguimiento de la secretaría Municipal de la Salud. Fueron evaluados el diagnóstico del estado nutricional en el 1º mes de liberación del beneficio y la evolución del estado nutricional en el 5º mes. La evolución del estado nutricional fue evaluada según el percentil de peso para la edad y el incremento del score Z. La evolución nutricional reveló una disminución de los casos de desnutrición grave en el 33%, de desnutrición moderada en el 43% y mantenimiento del 92% de casos de eutrofia. Los resultados mostraron que, a pesar de innúmeras críticas a los programas de suplementación alimentar, siendo considerada a veces como una actividad paternalista y controladora, estos todavía pueden ser una alternativa muy positiva para poblaciones más carentes, mayoría integrante de nuestro país.

Palabras-clave: Programa de suplementación alimentar, desnutrición, evaluación nutricional.

1.0 INTRODUÇÃO

O direito a saúde foi reconhecido em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos do Homem, e reiterada pela Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Alma-Ata sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde - OMS e do Fundo das Nações Unidas para as Crianças - UNICEF (BRASIL, 1979). Neste momento, a saúde passa a ser definida como o estado de completo bem estar, físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, e, como um direito humano fundamental, a consecução do mais alto nível possível de saúde torna-se a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além propriamente do setor da saúde.

Tal definição tem sido ampliada em várias Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. Como relatam Segre e Ferraz (1997, p.538-542) não existe uma clivagem entre mente e corpo, sendo o aspecto social também um interagente, de forma nem sempre muito clara. As relações sociais complexas atuam sobre os sujeitos complexos, interagindo e influenciando o estado de saúde, assim, os autores concluem como uma nova definição de saúde: “é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”, (p.538-542).

A Conferência de Alma-Ata, considerada um marco na Saúde Pública – propôs o reconhecimento da responsabilidade de países ricos de colaborar com os países pobres na modificação do modelo de atenção, colocou como meta de saúde para todos no ano 2000 e recomendou a adoção, um conjunto de oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para a prevenção e controle; promoção de suprimentos de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento

apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (BRASIL, 1979). Além da proposta da atenção primária, existe o entendimento de que saúde é um direito humano básico, que as desigualdades são inaceitáveis; que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem o direito de participar das decisões no campo relativo a ela.

No Brasil essas diretrizes foram abrangidas pela Constituição de 1988, onde a saúde apresenta-se como um direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). O texto faz referência a um sistema único de atenção onde às ações e serviços devem conformar uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo criado o Sistema de Único de Saúde (SUS). A partir de então as ações de saúde foram baseadas nessas diretrizes, oscilando entre avanços e recuos contraditórios que traduzem as ambigüidades e conflitos que têm marcado as mudanças das funções do Estado (LEVCOVITZ, 2001).

1.1 A DESNUTRIÇÃO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Os dados provenientes de dois inquéritos nacionais realizados sobre amostra representativa do conjunto dos domicílios do país, permitiram estabelecer as condições de nutrição das crianças brasileiras. O Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) de 1974 e Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989 (PNSN), demonstraram que as formas crônicas de desnutrição infantil, identificadas a partir do retardo de crescimento de crianças menores de cinco anos e intimamente associadas ao nível de renda das famílias, eram as que predominavam no país. Mostrou também a existência de dois Brasis: o rico com indicadores próximos aos países desenvolvidos representado pelas regiões: Sul, Sudeste e Centro-Oeste e o pobre, da região Norte e Nordeste com índices de países da África e da América Central. Ainda mostrou que na zona rural o índice de desnutrição era maior do que na zona urbana,

mas existindo bolsões de pobreza nas grandes cidades das regiões mais privilegiadas (MONTEIRO, 1996).

A prevalência de desnutrição (peso/idade) em menores de 5 anos relatados no Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) de 1974, para a região sudeste era de 13,0 %, para a região nordeste de 27,0% e para o Brasil de 17,9 %. Já o estudo da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 mostra para a região sudeste 4,1 %, para a região nordeste 12,8% e para o Brasil 7,4% uma diminuição de 69,4%. A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde (PNDS), 1996, mostrou que para o Estado de São Paulo o indicador de desnutrição infantil peso/idade estava em 5,3%, para o Nordeste 8,3% e para o Brasil, mostrou que as crianças menores de 5 anos apresentavam o índice de 5,7%.

Assim observa-se um declínio acentuado na prevalência da Desnutrição Energético Protéica (DEP) ao longo desses vinte anos. Esses estudos demonstraram que a desnutrição das crianças brasileiras é principalmente do tipo insidioso, de caráter mais crônico que agudo, são crianças baixas, com baixo peso refletindo a fome crônica, a extrema pobreza, as condições precárias de moradia e saneamento. Por outro lado a melhora expressiva dos indicadores pode estar refletindo ação dos programas de suplementação alimentar (MONTEIRO, 1996; MALAQUIAS, 2002).

Dados do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF, 2005) referente a 2003 estimam que nos países em desenvolvimento a população estaria submetida a um consumo insuficiente de alimentos frente as suas necessidades energéticas e que cerca de 35% das crianças menores de cinco anos apresentam baixo peso para a idade, com desnutrição moderada ou grave. Esse valor é igual para o resto do mundo. No Brasil a porcentagem de crianças sofrendo de desnutrição situava-se em 7% para os dois graus de desnutrição, para crianças menores de 5 anos. Em países da África, ao sul do Saara, temos o índice de 37%, na Ásia Meridional 62%, América Latina e Caribe 8%.

Classicamente, a caracterização da etapa pré-patogênica da doença se faz através dos fatores condicionantes e precipitantes relacionados com o agente, o meio ambiente e hospedeiro, que contribuem para o aparecimento da doença na população (SIGULEM, DM, TUDISCO, ES et al., 1981 p 113-115). A UNICEF (1990) propôs um esquema, no trabalho “Causas da Desnutrição e Mortalidade”, que explicita as causas determinantes e das medidas de prevenção de desnutrição, utilizando como referência o esquema da “História Natural da Doença” proposto por Leavel & Clark (1976). Dentro desse modelo é possível focalizar as ações de intervenção, entre elas a suplementação alimentar (BUSS, 2000).

Goulart (2003), apresenta, modelo simplificado (figura 1). No esquema com quatro vertentes que acarretam a desnutrição/infecção. Primeiro, alimentação insuficiente ou inadequada causada por renda familiar insuficiente e baixa escolaridade materna. A escolaridade materna reflete o menor ou maior acesso à informação e, conseqüentemente o melhor ou pior aproveitamento dos recursos alimentares disponíveis. O grau de instrução sobretudo das mães pode ter efeito favorável sobre a saúde materno-infantil. A renda pode disponibilizar acesso aos bens e serviços essenciais, como alimentação, moradia, saneamento e assistência à saúde.

Na segunda vertente são dependentes das políticas socioeconômicas que vão orientar os investimentos governamentais em relação à fatia do orçamento público destinado ao setor social, além da renda. A terceira vertente ligada ao cuidado infantil relaciona-se a escolaridade materna e a violência contra a mulher que pode condicionar a maneira como ela se relaciona com a criança. Na quarta vertente, a falta de serviço de saúde, levando à dificuldade de acesso à assistência médica e imunização, podendo desencadear enfermidades ou agravos à saúde mantendo o círculo vicioso com desnutrição e infecção, e falta de política pública para o setor com condicionamento de verbas e profissionais.

Figura 1: História da desnutrição energética - protéica.

Fonte: GOULART, 2003.

Neste esquema as medidas preventivas seriam categorizadas em níveis: primário, secundário e terciária. Sendo o primeiro nível o da promoção e proteção específicas da saúde, aonde as ações visam minimizar ou interromper os fatores que desencadeiam a desnutrição e compreendendo também a reabilitação física e social, que evitam o agravamento do processo mórbido ou reduzem as consequências tardias de sua evolução patogênica (MALAQUIAS, BLEIL, EYSDEN, 1989). Na prevenção secundária realizada já com o doente, observamos diagnóstico precoce e tratamento imediato, com suplementação alimentar e medicamentosa além das ações de educação nutricional específicas. Na prevenção terciária as ações têm o objetivo de limitar as seqüelas e promover a recuperação evitando o recrudesimento da patologia.

Podemos observar ainda no esquema o desfecho, além da possibilidade de levar a morte, o comprometimento do sistema imunológico, redução da atividade física e deficiência de crescimento com suas consequências: susceptibilidade aumentada para processos mórbidos, diminuição da capacidade produtiva e diminuição da altura (GOULART, 2003).

Autores consideram a Desnutrição Protéica Energética uma síndrome pluricarenal, sendo que dentro deste termo podemos englobar: não só a falta de alimentos, mas, fatores como sexo, idade, estado fisiológico, alterações metabólicas e endócrinas, infecções, parasitoses, tabus alimentares, a produção agrícola, a comercialização dos alimentos, número de pessoas na família, escolaridade, região do país e da cidade, o papel da mídia e do grupo social a que pertence. Assim o esquema proposto acima é simplificado não conseguindo abarcar todos os agentes precipitantes da patologia (NÓBREGA, 1981; GOULART, 2003).

Puccini et al. apud Nogueira de Almeida (1996) considera que a prevalência da desnutrição pode ser um excelente indicador das condições de vida de uma população e pode definir as prioridades na aplicação dos recursos para a promoção social, especialmente em programas de prevenção e recuperação de desnutridos.

As conseqüências da desnutrição dependerão da intensidade, duração e faixa etária com que ela se fizer presente na infância (GOULART, 1998).

Entre as conseqüências das carências nutricionais se inclui uma menor eficiência do sistema imunológico no combate as infecções, propiciando maior susceptibilidade a processos mórbidos. As crianças desnutridas apresentam alterações no metabolismo dos carboidratos, com baixos níveis glicêmicos, alteração do ciclo da insulina; alterações no metabolismo dos lipídeos, com esteatose hepática, levando a maior risco de mortalidade nas crianças; alterações no metabolismo das proteínas, com hipoalbuminemia, e também diminuição de aminoácidos essenciais. A carência de energia e outros nutrientes provocam alterações nas mais diversas estruturas anatômicas e funcionais indo do achatamento das vilosidades intestinais; passando pela insuficiência cardíaca; redução da massa muscular e adiposa; retardo da ossificação dos ossos; alterações do desenvolvimento cerebral, essas alterações vão repercutir na ingestão, utilização, metabolismo e excreção dos nutrientes. A infecção gera um processo catabólico que piora o estado nutricional, que piora a imunidade que piora a infecção. O crescimento e desenvolvimento são processos dinâmicos que acontecem diariamente ao longo da vida, e a desnutrição interfere durante todo esse ciclo (NÓBREGA, 1981).

No Brasil, apesar do declínio observado nas últimas décadas, a desnutrição infantil continua sendo um problema de saúde pública, principalmente nas camadas populacionais de mais baixo nível sócio - econômico e, nas cidades, nos bolsões de pobreza, independente do tamanho delas, caracterizando-se como a principal causa da mortalidade infantil (INSTITUTO ETHOS, 2003).

A taxa de mortalidade infantil no Brasil, 32,7 por mil nascidos vivos em 2001 ainda é bastante elevada, embora tenha caído significativamente do patamar de 46,2 por mil nascidos vivos em 1991.

Segundo o relatório da situação mundial da infância 2005, "Infância Ameaçada" da UNICEF a taxa de mortalidade, referente ao ano de 2003, o Brasil estava em 35 por mil nascidos vivos. A título de comparação, o México tem uma taxa de 28 por mil nascidos vivos e, nos Estados Unidos, a taxa é de 8 por mil nascidos vivos .

1.2 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

No Brasil vários programas governamentais e não governamentais visam amenizar a fome e a sua consequência, a Desnutrição Protéico-Calórica, nas mais diversas faixas etárias, principalmente nos grupos mais vulneráveis do ponto de vista fisiológico abarcando as gestantes, as nutrizes e crianças menores de cinco anos. Vários autores consideram que a causa básica deste problema encontra-se na dieta insuficiente para suprir as necessidades metabólicas, mas reporta-se também a ele como a consequência final da má distribuição da renda e da terra, da urbanização, da educação ineficiente, do desemprego, do excessivo tamanho das famílias, da presença de epidemias, guerras ou catástrofes naturais, das práticas inadequadas em relação a horário, tipo e qualidade dos alimentos, dos distúrbios psicológicos da família, dentre outros fatores (MONTEIRO, BENICIO,1981).

Historicamente as intervenções públicas federais no abastecimento de alimentos iniciaram-se nos anos 30, no governo do então presidente Getúlio Vargas, com a Comissão de Abastecimento que, dentro do esforço de guerra, tinha como objetivo regularizar tanto a produção como o comércio de alimentos, medicamentos, material de construção e combustível, a fim de conter a alta de preços. Em termos práticos, essa Comissão realizou algumas iniciativas importantes, como os restaurantes populares, e também alguns instrumentos de incentivo e apoio à produção agrícola . Todavia o custo da alimentação continuou a se elevar durante o período de guerra e mesmo nos anos seguintes (INSTITUTO ETHOS, 2003).

Nas décadas posteriores, a fome e a carestia começaram a receber uma atenção especial dos governantes. Nos anos 50, com a modernização da agricultura e a abertura de novas vias de acesso e de novas áreas de produção, o discurso político e a ação governamental se voltaram para a área da distribuição. Embora a reforma agrária tenha sido apresentada como importante política de apoio à oferta de alimentos, a ênfase no período recaiu sobre a área de abastecimento. Pela primeira vez em tempos de paz foram tomadas medidas de intervenção direta no abastecimento (INSTITUTO ETHOS, 2003, ACUÑA, 2003).

Para tanto, em 1951 foi criada a Comissão Federal de Abastecimento e Preços (COFAP), que mais tarde abriu espaço para as áreas: de fiscalização-Superintendência Nacional de Abastecimento (SUNAB); armazenamento-Companhia Brasileira de Armazenamento (CIBRAZEM); distribuição- Companhia Brasileira de Alimentos (COBAL) e administração de estoques reguladores (CFP). Todos esses órgãos criados dez anos depois, numa tentativa do Governo Goulart de recuperar o atraso existente nas estruturas de produção e comercialização de alimentos e deter a especulação. Nesse período, também foi criado o Entreposto Terminal de São Paulo, embrião da Companhia de Entrepostos e Armazéns Gerais de São Paulo (CEAGESP) e das Centrais de Abastecimento que se seguiram até a presente data espalhadas pelo país (INSTITUTO ETHOS, 2003).

Em 1972, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (MS), cujo papel era formular uma política na área de alimentos e nutrição para o País. Em 1976, foi criado o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), que englobava programas de suplementação alimentar, alimentação do trabalhador, do pequeno produtor rural, combate às carências específicas (Programa de Nutrição em Saúde, PNS) e apoio à realização pesquisas e capacitação de recursos humanos. O PNS tinha como população alvo gestante e crianças até sete anos incompletos através da distribuição de alimento in natura.

Em 1985 o PNS foi substituído pelo novo Programa de Suplementação Alimentar, tendo como público alvo gestante, nutrízes e crianças até três anos de idade, oriundas de famílias com renda inferior a dois salários mínimos (SILVA, 1995).

Também em 1985 o MS cria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que contemplava como seus objetivos, ações básicas de saúde e também apresentam a promoção e o fortalecimento do componente nutricional, assistência médico-odontológica ao escolar, educação em saúde, etc. (BRASIL, 1984).

Em 1990, o governo do Presidente Fernando Collor de Mello, abandonou a maioria dos programas mantendo-se apenas o Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE) e o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Alguns programas não foram extintos formalmente, mas tiveram redução nos recursos, como o Programa de Suplementação Alimentar, Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (SILVA, 1995).

No período seguinte após o processo de impeachment e a saída do Presidente Collor, assume o governo o Presidente Itamar Franco, que sofre pressão da sociedade civil mobilizada para que sejam discutidos o tema fome e miséria. O sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, cria a campanha da Ação da Cidadania contra a Fome e a Miséria e pela Vida, e os partidos políticos de oposição elaboram e apresenta ao governo federal uma política nacional de segurança alimentar. Em 1993 o governo Itamar cria o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), vinculado a Presidência da República e com participação de organizações não governamentais. O CONSEA funcionou apenas dois anos, sua atuação ficou sujeita as restrições da área econômica, que deixava de lado as políticas sociais em favor da estabilidade da moeda. O Conselho foi extinto pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, que criou o Conselho Comunidade Solidária, órgão de consulta e não executivo. Em 1999, foi criado o Programa Comunidade Ativa (PCA), que trabalhou com os municípios com pior avaliação no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), A partir de agendas o governo

federal prioriza essas localidades em programas como Redução da Mortalidade Infantil, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da família e de concessão de microcrédito. Essa proposta foi incorporada ao Projeto Alvorada, que juntou os programas implantados de forma isolada (INSTITUTO ETHOS, 2003).

Em 1999, a seguinte situação foi identificada no Brasil:

- “10,5% dos menores de cinco anos de idade apresentam deficiência na relação entre altura/idade e 5,7% na relação entre peso/idade em 1996, com grandes variações regionais;
- Grande contingente de crianças, na faixa crítica de 6 a 23 meses de idade, ainda apresentava desnutrição, mesmo considerando o grande avanço do país, na última década;
- A anemia por carência de ferro (Anemia Ferropriva) era o problema de maior magnitude no país, sobretudo em crianças menores de 2 anos e gestantes, atingindo cerca de 50% e 35% desses dois grupos populacionais, respectivamente;
- A deficiência de vitamina A era problema endêmico em grandes áreas das regiões Nordeste, Norte e em bolsões de pobreza da região Sudeste;
- Os distúrbios nutricionais decorrentes da carência de iodo ainda eram prevalentes em áreas do Centro-Oeste e Amazônia Legal não abastecidas por sal iodado;
- Índices ainda insatisfatórios de aleitamento materno, principalmente exclusivo, eram observados em todas as regiões geográficas do país;
- Evolução epidêmica da obesidade e das dislipidemias;
- Incremento de hábitos e práticas alimentares inapropriados em todo o país e baixo nível de conhecimento da população em relação à alimentação e hábitos de vida saudável;

- Baixa capacidade operacional da vigilância sanitária no concerne à efetiva fiscalização dos alimentos produzidos e comercializados no país, incluindo os alimentos importados;
- Estudo de consumo alimentar familiar, realizado em sete capitais, mostravam adequação média de energia, proteínas e vitamina A e deficiência alimentar de ferro e cálcio. Essa mesma situação era verificada em crianças menores de 24 meses de idade” (BRASIL, 2002c).

A partir deste panorama é aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição pelo Conselho Nacional de Saúde com o propósito da “garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais” (BRASIL, 2002c). Esta política tem caráter de Estado e não de governo, devendo permanecer qualquer que seja o Partido Político no poder.

Dentro deste contexto o Governo criou o Programa de Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais (ICCN), através da Portaria GM/MS 709 de 11 de junho de 1999. Destinado ao grupo de maior vulnerabilidade à desnutrição e às deficiências de ferro e vitamina A. O critério de inclusão foi o estado nutricional, as crianças deveriam estar abaixo do percentil 10 da relação peso/idade, segundo o cartão da criança e estarem na faixa de 6 a 23 meses, com o repasse de R\$ 180,00 por criança por ano, tendo como responsabilidade do município a compra de leite de vaca integral e óleo de soja, a serem distribuídos mensalmente às crianças beneficiárias, mediante comparecimento às Unidades de Saúde.

O município para receber o dinheiro deveria atender alguns requisitos: estar habilitado num sistema de gestão estabelecido na NOB SUS 01/96, integrar o SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL-SISVAN (grifo do autor) elaborar o Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais (BRASIL, 1999).

Em 13/8/2001, o Governo Federal publica no Diário Oficial da União medida provisória nº 2206, de 10/8/2001, que cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde: "Bolsa- Alimentação". Esse programa foi um aprimoramento da forma existente do Sistema Único de Saúde (SUS) de atender crianças com risco nutricional. Para sua elaboração foi avaliados o desempenho do ICCN e as demandas dos gestores e beneficiários. As demandas compreendiam: ampliação da faixa etária, incorporação de gestantes e nutrízes, flexibilização dos produtos alimentares a ser usado pela família, maior vínculo com as ações básicas de saúde, transferência monetária com informação nutricional no lugar de entrega de produtos já adquiridos. O Programa foi destinado a todos os municípios brasileiros, que estavam habilitados em alguma gestão do SUS, desde que assinassem a carta de adesão, elaborassem relatório de avaliação de resultados do ICCN e que o Conselho Municipal de Saúde aprovasse as duas ações anteriores (BRASIL, 2001a).

Em outubro de 2003, o Governo Federal, publica o decreto que unifica todos os programas de renda, criando assim o Programa Bolsa Família. Este Programa modifica o enfoque da vulnerabilidade biológica para a vulnerabilidade social. O critério de inclusão passa a ser a renda per capita de até R\$ 100,00 mensais, que associava à transferência do benefício financeiro o acesso aos direitos sociais básicos. As famílias com renda per capita de até R\$ 50,00 têm direito ao valor fixo de R\$ 50,00 mais um variável de R\$15,00, até três crianças ou uma gestante, totalizando R\$ 95,00. As famílias com renda per capita maior de R\$ 50,00, têm direito somente ao benefício variável.

1.3 A EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

Quando se fala em resultados, devemos ter em mente que ele é consequência de alguma coisa anterior. O sistema de saúde e as ações por ele realizado serão sempre resultado de diversas práticas e valores: sociais, morais, políticos da comunidade, recursos disponíveis e

desenvolvimento anterior. Para avaliação do sistema de saúde é necessário compreendermos o que é qualidade, para a definição do que e como avaliar (VUORI,1988)

Segundo Vuori (1988), o termo qualidade denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados. Estas incluem: efetividade; eficácia; eficiência; equidade; aceitabilidade; acessibilidade; adequação e qualidade científica-técnica. Como metas de política de saúde, elas, em princípio, obedecem a uma hierarquia e a uma seqüência lógica. Primeiro e acima de tudo, os serviços de saúde tem de ser capazes de produzir o efeito desejado, isto é, tem de ser eficazes. Devido a vários fatores, nem sempre os serviços com eficácia atinge o seu potencial Maximo. Portanto, a efetividade de um serviço- a relação de seu impacto real com seu impacto potencial numa situação ideal - tem que ser determinada. Serviços efetivos podem ser inviáveis economicamente. O próximo passo é consiste em determinar sua eficiência, é a relação entre o impacto real e os custos de produção. Ainda, segundo o autor, a demonstração da eficácia, efetividade e eficiência é a tarefa da pesquisa.

Donabedian (1966) sugere que os métodos para garantir a qualidade, podem ser divididos em: estruturais, relacionados com a força de trabalho, instalações e equipamentos; de processo, refere-se à auditoria médica, comparando-se o atendimento real com o modelo, através de comissões; e o último, de resultado, é o mais eficiente. Se o objetivo dos cuidados de saúde é a cura da doença, sustar sua progressão, restaurar a capacidade funcional ou aliviar a dor e o sofrimento e satisfazer o paciente, o sucesso e a qualidade da atenção pode ser medido em termos da realização destes objetivos.

Alguns autores avaliaram a eficácia dos Programas de Suplementação Alimentar existentes no Brasil. Chaves et al. (1989) estudaram dois programas: o Programa de Nutrição em Saúde (PNS), no município de Osasco-SP, e o Programa de Atendimento de Desnutridos, no município de Diadema –SP. A avaliação do estado nutricional foi realizada através de dois indicadores: peso para idade e altura para idade. A análise do estado nutricional deu-se por

meio de dois métodos: indicadores expressos como o valor da relação percentual entre medida antropométrica observada e a considerada padrão (percentil 50) para a idade e incrementos semestrais observados no peso e na altura, expressos em valores de percentis correspondentes na distribuição do padrão dos incrementos de peso para idade e altura para idade. Os resultados observados nos dois programas confirmaram a validade da suplementação alimentar na recuperação dos desnutridos mais graves e que, portanto, devem ser priorizados e sugerem ainda que o aumento das quantidades na cesta de alimentos distribuídos pelo programa que cobria 1/3 das necessidades diárias, não determina maior efeito no estado nutricional das crianças, embora contribua para a melhoria das condições alimentares da família.

Em 1992 Gutierrez, Bettiol e Barbieri, também avaliando o impacto de um programa de suplementação alimentar sobre o crescimento de crianças desnutridas com menos de cinco anos, no município do Guariba -SP, subdividiram as crianças selecionadas em quatro grupos, conforme o tempo de frequência no programa: o grupo 1 incluía crianças que freqüentavam o programa há até 12 meses; o grupo 2 incluía crianças que freqüentavam o programa entre 12 e 24 meses; o grupo 3 incluía crianças entre 24 e 36 meses e o grupo 4 incluía crianças com frequência maior do que 36 meses. Para os cálculos dos percentis de peso por idade, altura por idade e peso por altura, foi utilizado o programa American Statistics Package (ASP) do National Center for Health Statistics (NCHS). Para o estudo das mudanças do estado nutricional, cada criança foi classificada como acima ou abaixo do 10º. Percentil da referência, de acordo com os percentis observados de peso por idade, altura por idade e peso por altura. Os percentis de peso e altura por idade e sexo, assim como pesos por altura foram calculados: a) no dia da inscrição no programa (matrícula) e b) a partir dos registros de peso e altura da última participação no programa, imediatamente anterior ao dia do registro dos dados (avaliação). Portanto, foram realizadas duas avaliações para cada grupo, a primeira

antes de qualquer participação no programa de suplementação alimentar e outra no final de cada período considerado (modelo transversal). Para avaliação do estado nutricional foram adotados os critérios propostos por Seoane e Lathan (1971). As mudanças individuais observadas foram analisadas pelo método estatístico não paramétrico de McNemar para nível de significância de $\alpha = 0,05$. Os resultados mostram que houve recuperação nos grupos 1 e 2 do peso e adequação e adequação do peso por altura para as crianças mais severamente desnutridas; no grupo 3 houve manutenção do peso por altura e uma discreta tendência de recuperação do peso, que foi revertida no grupo 4, no qual o peso das crianças foi baixo para a altura. O programa de suplementação alimentar minimizou temporariamente as deficiências nutricionais severas, porém não foi suficiente para a recuperação e manutenção do crescimento.

Goulart (1988) realizou um estudo para avaliar a evolução do estado nutricional de crianças desnutridas e de risco nutricional menores de 23 meses assistidas pelo Programa de Suplementação Alimentar (PISA), no município de Itaquaquecetuba - São Paulo. As crianças eram acompanhadas em centro de referência para crianças desnutridas, criado pelo município em conjunto com uma Universidade. As crianças freqüentavam mensalmente o Centro onde eram acompanhados o crescimento e desenvolvimento e recebiam um suplemento Alimentar. No ano de 1991 o PISA passou a atender todas as crianças de 6 a 23 meses, independente do seu estado nutricional. Neste momento estabeleceu-se uma rotina diferenciada para as crianças desnutridas. As crianças desnutridas, classificadas como abaixo do Percentil 10 da Curva de Crescimento de Santo André, Classe IV ou de risco nutricional cujo peso apesar de maior do Percentil 10, apresentavam ganho de peso nulo, negativo ou insuficiente.

Mensalmente, as mães dessas crianças, recebiam atendimento individual pela equipe multiprofissional além da avaliação antropométrica. A suplementação nutricional era composta de leite em pó integral enriquecido com ferro e vitamina A,C,D, cota mensal de 2,0

kg por criança menor de 24 meses, inscritas no PISA, e estabeleceu a cota de 4 kg para crianças menores de 12 meses. Na prática a quantidade fornecida era insuficiente para atender a demanda, que levou a decisão de distribuir igualmente a quantidade para todas as faixas etárias. Um dos fatores limitantes do programa foi a ampliação do atendimento para todas as crianças de 6 a 23 meses, independente do seu estado nutricional, ocorrendo diluição dos recursos. O tipo de estudo foi qualificado como observacional do tipo coorte retrospectivo (de aferição histórica) não controlada, longitudinal. Foram 302 crianças, menores de 24 meses.

Foi realizado o diagnóstico do estado nutricional por ocasião da entrada no programa, classificando as crianças usando como referência o padrão do NCHS/OMS, nas seguintes categorias: como desnutrida grave (DG) peso menor ou igual ao Percentil 3; desnutrição moderada (DM) peso menor ou igual ao Percentil 10 e maior que o Percentil 3; eutrofia (E) peso para idade acima do percentil 10. Foram consideradas em risco as crianças cujo ganho ponderal se apresentava nulo, negativo ou insuficiente. Para avaliar a evolução nutricional, foi analisado o indicador peso/idade no 6º mês e 12º mês de participação, usando-se dois critérios: inicialmente comparo-se o estado nutricional anterior e posterior à exposição ao programa, avalio-se também o ganho de peso medido em incremento de escore Z.

Os dados da avaliação nutricional obtidos foram: - para o início do programa a maior porcentagem das crianças apresentavam DM -40,1%, DG 26,5% e E 36,1%. Após 6 meses de permanência no programa foi encontrado –DM 32,6%, DG 29,2% e e E 38,2%,- após um ano DM 30,9%, DG 17,2% e E 51,9%. A autora concluiu que a evolução foi positiva, após 12 meses 59,6% tiveram melhora em relação ao seu estado nutricional inicial, do total de crianças no 6º mês este percentual foi de 45,1%. Observou também que o incremento médio de escore Z foi maior entre os desnutridos graves quando comparados ao desnutrido moderado.

Em 2003, Goulart realiza novo estudo, desta vez tem por objetivo avaliar o impacto do programa de Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais (ICCN), programa do Governo Federal, nas crianças no Município de Mogi das Cruzes e fatores associados à evolução nutricional. Foram estudadas 724 crianças de 6 a 24 meses inscritas no programa, de jul/99 à jul/01. Para avaliar o estado Nutricional utilizou os índices peso/idade, peso/estatura e altura/idade, sendo consideradas eutróficas crianças com escore $z \geq -1$; de risco $-2 \leq z < -1$, desnutrição moderada $-3 < z < -2$ e desnutrição grave $z \leq -3$. As crianças foram avaliadas no final de 12 meses, a evolução nutricional foi avaliada através de altura/idade. Obteve como resultado a melhora da condição nutricional para todas as categorias, sendo que o impacto foi maior quanto mais intensa a deficiência nutricional inicial.

Monteiro (2000), mostrou através de estudo proveniente de inquéritos nutricionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre agosto de 1974 e agosto de 1975 e entre junho e setembro de 1989, que o Brasil vem rapidamente substituindo o problema da escassez pelo problema do excesso dietético. A desnutrição ainda é relevante, principalmente em crianças de família de baixa renda, mas vem diminuindo em todos os extratos econômicos. O fenômeno da transição nutricional no Brasil, determina importantes implicações para a definição de prioridades e de estratégias de ação da Saúde Pública.

1.4 AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Para avaliação do crescimento e desenvolvimento o MS, estabeleceu normas técnicas e definiu instrumentos operacionais, para a vigilância da saúde das crianças. Uma das estratégias foi o registro periódico do peso no Cartão da Criança. (Anexo 1).

A variação do peso, com relação à idade da criança, é um indicador sensível, pois, reflete rapidamente as mudanças ocorridas no organismo. Num prazo de poucos dias, podem ser observadas alterações importantes no peso, cuja medição é mais fácil e precisa que a estatura. É uma técnica não invasiva, barata, sensível, de fácil execução e bem aceita pelas

mães e profissionais treinados conseguem obter o índice com grande confiabilidade. Assim esse foi o índice escolhido como prioritário para o acompanhamento do crescimento no nível de atenção básica de saúde (BRASIL, 2002a).

Outros indicadores antropométricos existentes como: relações estatura/idade e peso/estatura, perímetro cefálico; perímetro braquial também tem seu uso recomendado para os serviços que apresentem condições e pessoal treinado para usá-los e interpretá-los.

Na utilização da antropometria para o diagnóstico nutricional é fundamental que se compare o valor obtido com alguma referência, o ideal seria aquele obtido de populações que tivessem a maior probabilidade de estar crescendo plenamente de acordo com seu potencial, sem privações socioeconômicas, de modo que o potencial genético de crescimento pudesse se expressar em sua plenitude. A Organização Mundial da Saúde (OMS), sugeriu que fosse adotada uma só curva para todo o mundo, sendo escolhida a curva americana do National Center for Health and Statistics (NCHS 1977-1978) (RICCO, DEL CIAMPO, ALMEIDA 2000).

No ano de 2000 a OMS, divulgou uma nova curva mais abrangente, baseado em dados obtidos em diversas áreas do mundo, inclusive o Brasil. Mas durante o presente levantamento de dados ainda estava vigente aquela do NCHS (1977/1978), atualmente apresentadas no cartão da criança. Nesta nova referência internacional de crescimento as crianças incluídas neste estudo deveriam seguir as recomendações da OMS quanto ao aleitamento materno e introdução adequada de alimentos, entre outras exigências (BRASIL, 2002a).

O ponto de corte é a idéia de que deve existir uma medida média associada a uma variação aceitável em torno dela. Os indivíduos que se desviarem terão probabilidade maior de apresentar inadequação antropométrica e, portanto algum tipo de problema nutricional. Existem três maneiras de se estabelecer os pontos de corte: desvios percentuais em relação à média, percentis e desvios padrões.

Para avaliar o estado nutricional das crianças, através do peso para idade, o MS preconiza as seguintes categorias:

- Sobrepeso: peso maior ou igual ao percentil 97 (peso $\geq$ P97);
- Eutrófico: peso entre percentil 97 e percentil 10 (inclusive) ($P10 \leq$ peso $<$ P97);
- Risco nutricional: peso entre percentil 10 e percentil 3 (inclusive) ($P3 \leq$ peso $<$ P10);
- Desnutrição: peso menor que o percentil 3 (peso $<$ P3).

Como foi estabelecido pela normatização do Programa uma das condições para que a criança fosse beneficiária do Programa Bolsa-Alimentação era apresentar desnutrição ou estar em risco nutricional.

O MS propõe no Cartão da criança um gráfico com quatro linhas, assim nominadas de cima para baixo: a primeira linha superior, representa os valores do percentil 97 (que corresponde a +2 escores Z), a linha pontilhada representa o percentil 10, a terceira linha representa o percentil 3 (que corresponde a -2 escores Z) e a linha mais inferior (em vermelho) corresponde ao percentil 0,1 (representa os valores abaixo de -3 escores Z). Para uma boa avaliação do crescimento da criança, são necessárias pesagens periódicas, cada peso deve ser registrado no Gráfico Peso/Idade e entre os pontos devem ser ligados com um traço, formando, assim, o traçado de peso ou curva da criança. No caso do intervalo entre duas pesagens ser igual ou superior a dois meses, a linha do traçado que liga esse dois pontos deve ser pontilhada e não continua, para chamar atenção (BRASIL, 2002a).

O traçado da curva da criança pode ser ascendente, horizontal ou descendente, quando a linha que representa o traçado de crescimento da criança situar-se ente o percentil 97 e 3, corresponde o caminho da saúde. Se o traçado da curva apresentar-se horizontal ou descendente é sinal de alerta, sendo necessário investigar as possíveis intercorrências, orientando e marcando retorno no prazo não maior do que 30 dias. Recomenda-se que crianças abaixo de p 0,1 com presença e sinais clínicos de formas graves de desnutrição, com

qualquer tipo de traçado da curva devem ser referida imediatamente para serviços de maior complexidade ou serviços de referência. O percentil 0,1 foi acrescentado ao Cartão da Criança em 2001, no momento de atualização das Normas Técnicas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, para ser compatibilizado com o instrumento de capacitação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, permitindo a gradação nas deficiências de Peso/Idade: Peso Baixo (valores entre os percentis 3 e 0,1) e Peso Muito Baixo (valores igual ou inferior ao percentil 0,1) para melhor orientação alimentar (BRASIL, 2002a).

O escore Z representa a variabilidade de uma estimativa de parâmetro entre os elementos de uma população. Ele representa a distância, medida em unidades de desvio padrão, que os vários valores daquela estimativa podem assumir na população em relação ao valor médio que a mesma apresenta.

O escore Z é um escore individual, é a relação entre a diferença entre o valor medido em um determinado elemento e o valor médio da população de referência e, o desvio padrão da mesma população, representado pela fórmula:

$$\text{Escore } Z = \frac{(\text{valor observado}) - (\text{valor médio populacional}^*)}{(\text{desvio} - \text{padrão populacional}^*)}$$

*O valor médio populacional assim como do desvio padrão populacional, são aqueles de referência para o mesmo grupo (no caso em questão, crianças de mesma idade e sexo).

A Tabela 1 representa a correspondência entre os valores dos percentis e escores da variável padronizada Z, para os principais pontos de corte habitualmente utilizados na classificação de risco, tendo por base a distribuição Normal (ou curva de Gauss), a qual se aplica para a maioria dos parâmetros antropométricos utilizados no acompanhamento do crescimento, como dito anteriormente.

Os principais pontos de corte utilizados de escore Z e respectivos valores de percentis estão representados a seguir na tabela 1:

Tabela 1- Correspondência entre valores para alguns pontos de corte de escore Z e valores de percentis.

Percentis (mais usados)	Escore Z	Percentis	Escore Z(mais usados)
10	-1,29	15,8	-1
3	-1,88	2,28	-2
1	-2,33	0,13	-3

Fonte: BRASIL, 2002a.

1.5 O OBJETO DE ESTUDO: O PROGRAMA BOLSA ALIMENTAÇÃO

Em 2001, o Governo Federal extinguiu o Programa ICCN e o transforma no **Programa Bolsa-Alimentação**, descrito a seguir (BRASIL, 2001b).

O Programa Bolsa-Alimentação, criado pelo MS, para ser implantado em todo território nacional, mediante assinatura de convênio, consiste na promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, de nutrizes com filhos menores de seis meses e crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, em risco nutricional, pertencentes a famílias sem renda ou que possuíam renda mensal de até R\$ 90,00 (noventa reais) per capita, mediante a complementação da renda familiar para a melhoria da alimentação e o fomento à realização de ações básicas de saúde com enfoque predominantemente preventivo. Uma vez cadastrada no Programa, a família se comprometeu a realizar uma agenda de compromissos em saúde, que consiste em ações básicas como pré-natal, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, além da participação em atividades educativas em saúde e nutrição. A família recebeu o benefício em parcelas mensais por um período de seis meses. Este período poderia ser renovado mediante avaliação do cumprimento da agenda de compromissos, no quinto mês, e manutenção dos critérios sócio-econômicos de elegibilidade. Teve como principais objetivos:

- Aprimorar as ações de combate às carências nutricionais, reduzindo a prevalência de desnutrição e mortalidade infantil em todo o território nacional;
- Vincular as famílias em risco com o Sistema Único de Saúde, a fim de prover as ações básicas de saúde voltadas para o público materno-infantil;
- Direcionar as famílias beneficiadas pelo programa a outras ações que busquem resgatá-las da condição sócio-econômica em que se encontram, de forma que sejam capazes de gerar renda suficiente ao sustento de todos os seus membros. São necessárias atividades que motivem as pessoas na busca de uma melhor condição de vida, visem uma melhor capacitação profissional dos membros das famílias, identifiquem as vocações produtivas das comunidades envolvidas e incentivem o desenvolvimento local sustentado (BRASIL, 2001a).

Foram consideradas em risco nutricional as crianças que se encontravam com a relação peso por idade inferior ao percentil 10, segundo padrão National Center for Health Statistics (NCHS), de acordo com o cartão da criança e as gestantes que se encontravam com baixo peso segundo o Cartão de Saúde da Gestante. O Programa considerou que aquelas que estão com peso adequado, mas pertençam a famílias sem condições mínimas de comprar alimentos estão em risco de virem a ficar desnutridas, e deveriam ser atendidas de acordo com a disponibilidade de bolsas. As crianças menores de 6 meses poderiam ser inscritas no Programa apenas quando forem: órfãs de mãe; filhas de mães soropositivas para o HIV; ou filhas de mães com psicose grave, quando é contra indicado a amamentação. As nutrizes, com filhos até 6 meses poderiam ser beneficiárias.

Como a família, o município tinha algumas atribuições como:

- “indicar um responsável técnico para responder pelo programa, de preferência um nutricionista.

- prover as ações básicas de saúde e as atividades educativas que fazem parte da agenda de compromissos;
- coordenar o processo de seleção, inscrição, renovação e desligamento dos beneficiários;
- implantar e manter atualizados os dados do Sistema de Informação do Programa;
- promover atividades de orientação alimentar e nutricional, com ênfase na promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- capacitar as equipes de atenção básica e demais equipes de saúde para a operacionalização do Programa;
- promover a Vigilância alimentar e Nutricional, por meio da coleta e análise conjunta de dados dos diversos sistemas de informação em saúde de base nacional e pesquisas locais;
- avaliar o desempenho e impacto do Programa em nível municipal, dentre outras responsabilidades” (BRASIL, 2001a).

1.5.1.A IMPLANTAÇÃO EM RIBEIRÃO PRETO

No município de Ribeirão Preto o Programa Bolsa-Alimentação foi implantado em março de 2002, quando foi apresentado e aprovado na reunião do Conselho Municipal da Saúde no dia 21. A partir dessa data várias ações foram desencadeadas:

Adesão do município ao programa, através de envio da documentação exigida para a DIR VIII, que a enviou para o MS:

- Levantamento pelas Unidades de Saúde (US) das crianças matriculadas no Programa de Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais para se ter idéia da quantidade e localização da demanda;
- Treinamento dos agentes comunitários de saúde, gerentes, enfermeiros, assistentes sociais das Unidades de Saúde para o preenchimento do Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal;
- Treinamento dos responsáveis para digitação dos Cadastros;
- Envio da base de dados dos cadastros para a Caixa Econômica Federal, primeiro lote em agosto de 2002;
- Retorno a Secretaria Municipal da Saúde do 1º. lote para validação dos beneficiários em outubro 2002;
- Recebimento do dinheiro pelas primeiras beneficiárias em novembro de 2002;
- Entrega das agendas de compromisso enviadas pelo MS, para as mães pelas responsáveis pelo programa em cada unidade, somente para aquelas que receberam o benefício em novembro/02;

Em setembro de 2002, foram iniciadas as ações de Educação Nutricional, nas Unidades de Saúde com as mães inscritas tanto no programa Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais como as da Bolsa-Alimentação. As atividades foram desenvolvidas por alunas do Curso de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). De setembro a dezembro de 2002 essas ações foram realizadas em 18 unidades, envolvendo aproximadamente 500 mães e agentes comunitários de saúde, em 60 reuniões com os temas “Alimentação Equilibrada” e “Alimentação até o 2º ano de vida” (BRASIL, 2002b). Estas atividades se caracterizaram como pontuais, sem seguimento e acompanhamento das crianças desnutridas, pois foram interrompidas no primeiro semestre do ano seguinte. A Secretaria

Municipal da Saúde a Universidade não dispunham de profissionais de nutrição em todas as unidade para a que as atividades tivessem um planejamento e execução necessária a fim de atender a demanda relativa as ações do Programa, neste momento de implantação.

Para o município estavam previstas 2225 bolsas para crianças e 753 para gestantes e nutrízes (Brasil, 2002c). Esses números foram estimativas do número de crianças em risco nutricional por município encomendado pelo MS ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológico Nutricionais e de Saúde da Universidade de São Paulo. Estas se basearam em Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios e em dados de Censo Demográficos.

Com isso, foi obtido, para cada município brasileiro, o percentual esperado de crianças e gestantes em risco nutricional. Estes percentuais foram aplicados aos dados oficiais do IBGE relativos à população de crianças até 6 anos de cada município. Assim, os municípios com maior prevalência de risco nutricional receberiam, proporcionalmente, maior número de Bolsas-Alimentação, garantindo a focalização do Programa nas regiões mais acometidas pela desnutrição no País (MS, 2001b).

O acompanhamento mensal dos beneficiários foi realizado inicialmente através de impresso próprio, baseado na Agenda de Compromisso do MS (Anexo 1), e a partir de setembro de 2003 através do Mapa Diário de Acompanhamento desenvolvido pelo Ministério (Anexo 2).

Frente ao exposto, a hipótese deste trabalho é a que as crianças que receberam o benefício do Programa Bolsa Alimentação, apresentaram melhora do estado nutricional.

2. Objetivo

- Descrever o Programa de Distribuição de Renda Bolsa - Alimentação de um município do interior paulista, destinado a crianças menores de sete anos segundo suas condições de ingresso, condicionalidades de sua permanência nos cinco primeiros meses e objetivos propostos durante sua vigência.

3.1 Tipo de estudo

Esse estudo caracteriza-se como um estudo descritivo, retrospectivo com delineamento transversal (PEREIRA, 2002).

Apesar de um estudo descritivo demandar menos recursos financeiros e tempo despendido para a pesquisa devido aos fatos de, os sujeitos já tenham sido reunidos, as medições basais já tenham sido feitas e o período de acompanhamento já tenha ocorrido, é limitado o controle que o investigador tem sobre como delinear a estratégias de amostragem da população e sobre a natureza e a qualidade das variáveis estudadas e, mesmo quando os dados existentes incluem informações sobre as variáveis principais, eles podem estar incompletos, serem imprecisos ou não terem sido medidos de forma ideal (HULLEY, STEPHEN, 2003).

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo. Ribeirão Preto localiza-se a 47°48'24'' W de longitude e 21°10'42'' S de latitude, na região nordeste do estado de São Paulo, a cerca de 313 km da capital. Os limites da cidade são dados pelos seguintes municípios: ao sul, Guataporã; ao norte, Jardinópolis; ao leste, Serrana; ao oeste, Dumont. É sede de uma das principais praças financeiras do país, apresentando um forte setor de prestação de serviços e comércio, sendo que nele se concentram 65% da população economicamente ativa do município. Com 504.923 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2000, o município de Ribeirão Preto encontra-se entre os maiores do estado de São Paulo e do Brasil (DAERP, 2003).

É uma cidade politicamente forte por ser sede de uma vasta macroregião administrativa. Constitui-se numa das âncoras da economia do Estado através de um PIB de US\$ 22 bilhões de dólares (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A estrutura econômica é bastante diversificada, a região destaca-se como o principal pólo agrícola e agroindustrial do Estado de São Paulo, onde os principais segmentos são o setor sucro-alcooleiro e a laranja, com muitas usinas de cana de açúcar e álcool e indústrias produtoras de equipamentos para as mesmas e para as atividades agrícolas, equipamentos odontológicos, de alimentos, bebidas, e outras.

No que se refere a infra-estrutura, o município possui alto padrão de atendimento médico e saneamento básico, somado a um completo serviço de educação, transporte e de comunicações.

Os indicadores de mortalidade infantil e mortalidade geral apontam para taxas muito promissoras; em 2002 o município teve taxa de mortalidade infantil de 9,7 por mil nascidos vivos, sendo que na região 11,49. No ano de 2003 a taxa foi de 8,94 por mil e na região de 10,63. A taxa de mortalidade vem caindo, uma das causas poderia ser causados programas educativos em saúde e melhoria do saneamento básico (SEADE, 2003,2005).

Os serviços de educação contam com 1 universidade estadual e 6 faculdades particulares, o município tinha em 2003 o total de alunos matriculados: na pré-escola 16442; no ensino fundamental 79681; no ensino médio 27257 e no ensino superior 25053 alunos. A taxa de analfabetismo de 4,44% (SEADE, 2005).

Em 2000 o rendimento médio nominal mensal era de R\$ 1283,29, a média do estado era de R\$ 1076,21, sendo o rendimento mediano mensal de R\$ 700,00 para o município e para o estado de R\$ 541,00(PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2005)

3.3 População em estudo

A população em estudo compreendeu crianças de 0 a 6 anos e 11 meses de idade, residentes no município de Ribeirão Preto – SP, beneficiárias do Programa Bolsa-Alimentação, com o primeiro pagamento em novembro de 2002 até junho de 2003, inscritas nas Unidades de Saúde, e que tenham registrado os dados para o acompanhamento mensal.

3.3.1 Critérios de inclusão no estudo

Os seguintes critérios de inclusão foram definidos:

- Crianças beneficiárias do Programa Bolsa-Alimentação, com o primeiro pagamento em novembro de 2002 até junho de 2003;
- Crianças que tenham comparecido nas Unidades de Saúde registrados os dados para o acompanhamento mensal.

3.4 Local de coleta de dados

As informações foram coletadas junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Distritais de Saúde (UBDS), nos Núcleos de Saúde da Família (NSF), pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde, do Município de Ribeirão Preto, São Paulo-Brasil.

Estas unidades, divididas em 5 distritos conforme a localização geográfica, perfazendo um total de 35. Duas destas Unidades não atendem crianças. A figura 2 apresenta os distritos segundo sua localização geográfica no município de Ribeirão Preto-SP.

Figura 2: Localização geográfica das Distritais de Saúde do município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2004.

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde – RP.

O Cadastramento no município foi realizado nas Unidades de Saúde, na primeira fase foram cadastradas as crianças que já eram acompanhadas pelo Programa de Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais (ICCN) e naquelas unidades que dispunham de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Numa segunda fase naquelas unidades sem Agentes, mas com crianças do ICCN ou que se apresentavam dentro dos critérios de inclusão. No terceiro

momento começou o cadastramento de gestantes e nutrizes que se enquadravam dentro do critério de inclusão, em todas as unidades.

Após seu preenchimento nas unidades, o cadastro era enviado à coordenação do programa para verificação da consistência dos dados e em seguida encaminhado à Divisão de Informática, da Secretaria da Saúde, onde era digitado em programa próprio e enviado a Caixa Econômica Federal (CEF). Se a CEF constataste algum erro na digitação o cadastro era enviado ao município, que o reencaminhava após correção, sendo então enviado ao MS para liberação do benefício, baseado em critérios, classificando as famílias com pontuação de acordo com os itens encontrados. O município não teve acesso a esses dados.

3.5 Fonte de coleta de dados

As informações foram obtidas no Formulário de Acompanhamento de Crianças (Anexo 1), que foi implantado nessas Unidades de Saúde pela coordenação Municipal do Programa, com o objetivo de manter as informações das crianças beneficiárias concentradas, com fácil acesso em pasta única, baseada na Agenda de Compromissos.

Este formulário contém, além da identificação da Unidade de Saúde, os itens:

1. Nome da mãe ou responsável legal: pessoa responsável pela criança e identificada no Programa para receber o dinheiro da Bolsa e gerir as ações de melhoria do estado nutricional;
2. Número do Hygia da mãe: número de identificação do prontuário no sistema informatizado usado pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto;
3. Número de Identificação Social (NIS): número de identificação da mãe que é fornecido pela Caixa Econômica Federal, após o cadastro ser aceito pelo Sistema de Cadastro Único (CADUNICO) e faz parte do cartão de pagamento do benefício;
4. Nome e data de nascimento da criança beneficiária do Programa;

5. Número do Hygia da criança beneficiária: para acesso ao prontuário da Secretaria Municipal da Saúde;
6. Número do NIS da criança beneficiária do Programa;
7. Data da consulta: dia que a criança beneficiária do Programa compareceu na unidade para acompanhamento;
8. Vacina em dia: responder sim ou não se na data estava com a vacina em dia;
9. Peso da criança beneficiária do Programa: em quilogramas;
10. Comprimento da criança beneficiária do Programa: em centímetros;
11. Estado Nutricional da criança beneficiária do Programa: deve ser preenchido após verificação do peso referente à idade, no gráfico de crescimento do NCHS (Anexos 2 e 3), classificando o estado nutricional e colocado o número correspondente do quadro de legendas (Anexo 4);
12. Tipo de aleitamento materno: deve ser preenchido após perguntar a mãe ou responsável que tipo de alimentação a criança beneficiária do Programa está recebendo no momento e de acordo com o número correspondente no quadro de legendas;
13. Responsável: identificação do profissional responsável pelo preenchimento.

Os itens 14, 15, 16 e 17 referem-se à atividade educativa desenvolvida na Unidade.

14. Data em que a mãe ou responsável pela criança beneficiária do Programa participou da atividade educativa;
15. Local onde a atividade foi desenvolvida;
16. Tema – assunto abordado - da Atividade;
17. Responsável: identificação do profissional responsável pela atividade.

Os itens 18, 19, 20 e 21 referem-se à Avaliação do Cumprimento de Compromissos.

18. Data: deve ser informada a data que foi realizada a avaliação;

19. Cumprimento: deve ser informada se a mãe ou responsável pela criança beneficiário do Programa cumpriu os compromissos sim, não ou parcialmente;
20. Renovação da Bolsa Alimentação: deve ser preenchido com sim ou não;
21. Responsável: identificação do profissional que se responsabiliza pela renovação ou não.

Após a definição do MS das famílias a serem beneficiadas, o município tomava ciência por intermédio do site do MS, com acesso exclusivo para o gestor municipal, as crianças eram conferidas se realmente faziam parte do cadastro do Programa Bolsa-Alimentação. Então o formulário de acompanhamento era preenchido na sede da Secretaria da Saúde. Inicialmente era preenchido com dados de um a seis e sendo então enviados aos responsáveis pelo Programa em cada Unidade. A mãe ou responsável pela criança inscrita deveriam ser avisados sobre a disponibilidade do benefício no final do mês e sobre o fluxo do acompanhamento. Ficou estabelecido que a Unidade deveria enviar, para a Coordenação do Programa da Secretaria da Saúde, até o quinto dia útil do mês, esse Formulário preenchido nos itens 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13. No primeiro mês este era copiado e devolvido para a Unidade e, os dados eram lançados no Sistema de Acompanhamento do Programa Bolsa-Alimentação (SISBOLSA). A partir do segundo mês de recebimento do Benefício o Formulário encaminhado para a Secretaria Municipal da Saúde passa a ser o resumido, que contém o nome de todas as crianças, mas os dados continuam a serem registrados no Formulário de Acompanhamento, e arquivados na coordenação do Programa em arquivo próprio por distrital e por Unidade de Saúde (Anexo 5).

Todas essas informações fazem parte do Protocolo do Programa e estão disponíveis em cada Unidade.

Foram consultados documentos oficiais do Programa disponíveis na SMS.

3.5 Variáveis do estudo

Do Formulário de Acompanhamento de Crianças do Programa Bolsa Alimentação, foram selecionadas as variáveis relacionadas às condições de ingresso, condicionalidades de permanência nos cinco primeiros meses e objetivos propostos durante sua vigência. Estas são:

Referentes a criança: data de nascimento; sexo; no primeiro mês de recebimento do Benefício: data do recebimento, peso (em kg), se a vacinação estava em dia; no 5º mês de recebimento do benefício: data do 5º mês, peso no 5º mês, se a vacinação estava em dia; com quem a criança fica.

Referente a mãe ou responsável legal: grau de instrução; qualificação profissional; tipo de ocupação, número de residentes no domicílio;

Referente ao local de origem: nome da Unidade de Saúde; distrital de saúde a que pertence; endereço residencial: rua, número, bairro.

3.7 Procedimentos Éticos

Para realização do referido estudo, o projeto foi previamente submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 6). Como este estudo foi realizado exclusivamente com informações secundárias, foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.8 Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada após obter aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e iniciou-se em maio de 2004, com os dados desde novembro de 2002.

Foi elaborado um questionário (Anexo 7) para registro dos dados de cada criança, preenchido pelo pesquisador e que foi validado com teste piloto.

Neste teste piloto observou-se a dificuldade da obtenção de todos os dados inicialmente propostos. As fichas de acompanhamento não apresentavam algumas variáveis preenchidas. As causas foram: falta da criança na pesagem no 5º mês de avaliação, a mudança do impresso enviado para o controle mensal, do Formulário de Acompanhamento para o Mapa Diário de Acompanhamento no qual o item vacinação em dia não era contemplado; preenchimento incorreto pela unidade em relação a situação do aleitamento materno e ocorrência de doenças associadas. Levando a reavaliação dos itens a serem estudados.

Inicialmente os dados foram coletados na sede da Secretaria da Saúde, e, na necessidade de alguma complementação foram utilizadas informações existentes nas Unidades.

Os valores das variáveis sócio-econômicas foram obtidos no caderno do Cadastramento Único de Programas Sociais do Governo Federal, armazenados na sede da Secretaria da Saúde.

3.9 Avaliação do estado nutricional

No presente trabalho, para avaliação do Estado Nutricional das crianças beneficiárias do Programa, seguiu-se a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com a utilização do escore padronizado Z (BRASIL, 2002a).

Este tipo de classificação padroniza as medidas antropométricas, independentemente da idade, além de ser amplamente utilizado na avaliação do estado nutricional de crianças beneficiadas por programas de suplementação alimentar (LEI e col, 1989; GOULART 1998).

O estado nutricional foi avaliado segundo escore Z, para o índice peso/idade, adotado pelo programa, esse índice pode estar relacionado tanto com o passado nutricional da criança como com problemas atuais que resultem em perda de peso ou ganho insuficiente de peso, sendo, portanto, um índice que pode refletir deficiência conjunta de peso e altura (BRASIL, 2002a).

O escore Z representa a variabilidade de uma estimativa de parâmetro entre os elementos de uma população. Ele representa a distância, medida em unidades de desvio padrão, que os vários valores daquela estimativa podem assumir na população em relação ao valor médio que a mesma apresenta.

O escore Z é um escore individual, é a relação entre a diferença entre o valor medido em um determinado elemento e o valor médio da população de referência e, o desvio padrão da mesma população, representado pela fórmula:

$$\text{Escore Z} = \frac{(\text{valor observado}) - (\text{valor médio populacional}^*)}{(\text{desvio} - \text{padrão populacional}^*)}$$

*O valor médio populacional assim como do desvio padrão populacional, são aqueles de referência para o mesmo grupo (no caso em questão, crianças de mesma idade e sexo).

3.9.1 Diagnóstico do estado nutricional.

Para o diagnóstico do Estado Nutricional foram definidos os valores de escore Z, conforme tabela 2 (OMS 1995).

Tabela 2: Valores para o escore Z e respectivos diagnósticos nutricionais.

Diagnóstico	Escore Z
Eutrófico	Igual ou superior a -1 e menor ou igual +2 ($z \geq -1$ e $z \leq +2$)
Risco/ Desnutrição Moderada	Menor que -1 e maior que -3 ($-1 < z < -3$)
Desnutrição Grave	Igual ou inferior a -3 ($z \leq -3$)
Obesidade	Maior que + 2

Fonte: adaptado de Barros & Victora (1994)

O estado nutricional foi avaliado no mês em que a criança começou a receber o benefício e no quinto mês, comparando-se o estado nutricional final com o do momento da inscrição e avaliando sua evolução por diferentes critérios, a saber:

1º- através de mudanças de categoria nutricional comparando-se o estado nutricional anterior e posterior à exposição ao programa.

Segundo Lei e col. (1989), este não seria o melhor critério para se avaliar os resultados de um programa de intervenção, visto que se baseia na comparação da prevalência de deficiência antropométrica ao início e ao final de determinado tempo de programa. Considerando a dimensão multicausal da desnutrição, não poderia se esperar que um programa de intervenção nutricional fosse capaz de atuar sobre todos os fatores que determinam a instalação das deficiências de crescimento a ponto de revertê-los por completo.

Dessa forma, com o objetivo de aumentar a sensibilidade desse critério, foram estabelecidos parâmetros distintos para cada situação (GOULART, 1998):

- ✓ Para as crianças desnutridas ($P \leq 10$): foram consideradas as reversões parciais, ou seja, considerou-se melhora do estado nutricional a passagem de uma categoria de maior gravidade para outra menos grave ou para a eutrofia.
- ✓ Para as crianças eutroficas ($P > 10$), em risco de desnutrição segundo outras variáveis que não o peso: considerou-se melhora a simples manutenção do estado inicial, considerando que a mesma foi inscrita no programa por encontrar-se na categoria de risco de desnutrição, a manutenção do seu estado de eutrofia, já poderia refletir um resultado positivo do programa, uma vez que conseguiu prevenir um agravo no seu estado nutricional.

2º- Outro critério adotado baseou-se no ganho de peso medido em incremento de escore Z (GOULART, 1998).

O incremento de escore Z avalia o desempenho do peso para idade ao longo da exposição ao programa, ao contrário do critério anterior que avalia o desempenho da intervenção através da eliminação das deficiências antropométricas.

O incremento (ΔZ) é obtido pela expressão matemática: $\Delta Z = Z_1 - Z_0$, onde:

Z_0 = valor do escore Z de peso no primeiro mês de recebimento do benefício;

Z_1 = valor do escore Z de peso no quinto mês de avaliação da intervenção.

Com base nesse método, os critérios utilizados para avaliar a evolução do estado nutricional, à semelhança do critério anterior, foram definidos separadamente para os eutróficos e desnutridos. Dessa forma definiu-se:

- ✓ Para os desnutridos ou em risco de desnutrição: foi considerado sucesso da intervenção quando o incremento de Z foi maior que 0,5 ($\Delta Z > 0,5$), fracasso quando o incremento de Z foi menor ou igual a -0,5 ($\Delta Z \leq -0,5$) e evolução nula quando o incremento de Z esteve entre -0,5 e 0,5, inclusive ($-0,5 < \Delta Z \leq 0,5$).
- ✓ Para as crianças eutróficas: foi considerado sucesso da intervenção quando o incremento de Z foi igual ou maior que zero ($\Delta Z \geq 0$) e fracasso quando o incremento de Z foi menor que zero ($\Delta Z < 0$).

3.10 Análise dos dados

O banco de dados foi elaborado com o auxílio do programa Excel 5.0. A técnica da dupla verificação foi utilizada. Para garantir a consistência do banco de dados, verificamos as ocorrências das indicações de erro, com atenção aos valores extremos e ausência de dados,

para os quais foram necessárias volta ao impresso de levantamento de dados e nova digitação ou exclusão da criança.

Após essa verificação o banco de dados foi importado para o Epiinfo versão 6.0, onde, com auxílio do módulo “Nutrition”, foi gerada a classificação do estado nutricional em escore Z. Os dados foram então sumarizados e analisados utilizando o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 10.1.

4-RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão dos achados deste estudo está organizada em duas etapas. Na primeira delas se discute a implantação e os avanços do Programa Bolsa-Alimentação durante o período estudado; na segunda se discute os achados referentes às mães, as crianças e a evolução do seu estado nutricional.

4.1 Implantação do Programa Bolsa Alimentação

No momento de sua implantação (março de 2002), a ausência de conhecimento dos indicadores nutricionais para os municípios, a dimensão da fome e do desemprego, entre outros, proporcionaram um entendimento indevido do Programa Bolsa Alimentação, dificultando a visualização tanto de seus possíveis benefícios, como de alguns de seus problemas.

O governo Municipal por meio da Secretaria da Saúde reconheceu a importância de sua implantação e, unindo esforços com a Secretaria da Educação, iniciou o processo. Neste momento, com auxílio do então Secretário da Saúde do município, toda a infra-estrutura da Secretaria da Saúde foi colocada à disposição em colaboração à viabilidade do Programa. Em cada Unidade de Saúde foi indicado um responsável pelo programa.

Foram treinados mais de 300 profissionais das Unidades de Saúde, tendo sido realizados 1327 cadastros envolvendo aproximadamente 6000 pessoas cadastradas.

Iniciou-se, para as crianças beneficiárias do Programa, a substituição do gráfico de crescimento para o do Cartão da Criança, proposto pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2002a).

É com o registro de nascimento que o recém-nascido torna-se um cidadão com os direitos salvaguardados na legislação brasileira. Para que várias crianças pudessem ser cadastradas junto ao Programa, as mães ou responsáveis providenciaram seu registro de nascimento que, até o momento, inexistiam;

As unidades começaram a enviar a secretaria da saúde, mensalmente, os dados para que fossem implementados no SISVAN, e enviados ao MS;

A obrigatoriedade de a família comparecer todo mês para avaliação antropométrica das crianças, além de proporcionar sua participação nas atividades de educação nutricional, foram importantes para aumento de seu vínculo com a unidade de saúde, o que demandou a necessidade da presença do profissional Nutricionista na Secretaria da Saúde, para integrar a equipe multiprofissional que prestava atendimento na área de prevenção aos agravos a saúde, nas unidades básicas;

Foi realizado o “1º Fórum de Educação Nutricional, Agricultura e Alimentação: da fome à obesidade”, (Secretaria Municipal da Saúde, 2004) com organizadores representantes da Secretaria da Saúde, da Secretaria da Educação, da Secretaria da Cidadania, do Programa Ribeirão Sem Fome, da Secretaria de Estado da Agricultura, da DIR XVIII e dos três cursos Universitários de Nutrição existentes na cidade. Como resultado do Fórum, foi elaborada uma carta de intenções, com as propostas relativas ao tema para o município de Ribeirão Preto (ANEXO 9).

Uma das dificuldades para a concretização do Programa foi a grande diferença até julho/03 dos cadastros realizados (1090) e liberados (356), quantidade inexpressiva, pela grande expectativa da população de receber o dinheiro, já que o leite do Programa ICCN iria ser suspenso. Aqui, cabe um comentário: o fim do repasse da verba para a compra de gênero alimentício, criou um problema para os municípios, pois, o ICCN previa o atendimento de crianças com necessidades especiais e idosos, através da aquisição e distribuição de fórmulas infantis e alimentos para fins especiais. Com a extinção do programa estas pessoas deixaram de ter atendimento. Somou-se a este grupo, as famílias que preenchiam os critérios para serem beneficiadas, que não foram contempladas com o benefício, por definição do MS.

A liberação de benefícios para o Programa Bolsa Alimentação, pelo Ministério da Saúde, ocorreu independente da atuação do município, que cadastrou número de famílias que preenchem os critérios compatível como número de bolsas. Não se conheceu a lógica e não houve oportunidade para interferir nem na quantidade nem para qual beneficiário seria contemplado no mês. O município só tinha acesso mensal para cancelar nomes da lista prévia, liberada pelo MS, que não fossem provenientes do cadastramento realizado pela Secretaria Municipal da Saúde.

Em relação aos cadastros, um maior número deles encontrou-se no Distrito Sul, seguido pelo distrito Norte. A maior concentração do Distrito Sul, pode ser explicado pela grande concentração de pessoas vivendo nesta área com critérios que as possibilitavam serem beneficiadas pelo Programa bem como pelo grande envolvimento e sensibilidade dos profissionais responsáveis, com destaque para a uma das Unidades que, apesar de não possuir agentes comunitários, cadastrou, proporcionalmente, um maior número de crianças.

4.2 Caracterização das crianças estudadas

A tabela 3 apresenta a quantidade de cadastros realizados junto ao Programa Bolsa Alimentação, a quantidade de bolsas liberadas pelo governo federal até julho de 2003 e quantidade de beneficiários que não fizeram seguimento.

Tabela 3: Unidades de Saúde, com respectivos Distritos de Saúde, segundo quantidade de cadastros realizados e quantidade de beneficiários junto ao Programa Bolsa-Alimentação, até julho de 2003. Ribeirão Preto.

Distrito e respectivas Unidades de Saúde	Quantidade de cadastros realizados até julho de 2003	Quantidade de beneficiários até julho de 2003	Quantidade de beneficiários que não fizeram seguimento até julho de 2003
SUL			
-UBDS Vila Virginia	307	132	72
-UBS Adão do Carmo Leonel	41	10	0
-UBS Maria das Graças	46	17	0
-UBS Parque Ribeirão Preto	51	31	10
Sub-Total	445	190	82
NORTE			
-UBDS Simione	85	13	6
-UBS Quintino Facci I	49	22	11
-UBS Quintino Facci II	18	15	15
-UBS Valentina Figueiredo	13	2	2
-UBS Marincek	113	20	7
-UBS Jardim Aeroporto	16	4	2
-UBS Vila Mariana.	42	10	3
-NSF Heitor Rigon	0	2	0
Sub-Total	336	88	46
OESTE			
-UBDS Sumarezinho	21	0	0
-UBS Presidente Dutra	8	0	0
-UBS Vila Albertina	4	3	1
-UBS Vila Recreio	17	3	1
-UBS José Sampaio	5	2	1
-UBS Dom Miele	6	3	0
-CMSC Vila Lobato	4	2	1
-USF Maria Casagrande Lopes	49	17	3
-CSE Ipiranga	19	4	0
-Núcleo de Saúde da Família 1	2	0	0
-Núcleo de Saúde da Família 4	34	9	5
-Núcleo de Saúde da Família 5	5	0	0
Sub-Total	174	43	12
CENTRAL			
-UBDS Central	1	0	0
-UBS Bonfim Paulista	5	0	0
-PAM	19	0	0
-Centro de Saúde Escola - CSE Vila Tibério	7	2	1
-Núcleo de Saúde da Família 2	0	0	0
-UBS Campos Elíseos	41	17	2
Sub-Total	73	19	3
LESTE			
-UBDS Castelo Branco	9	1	0
-UBS Jardim Zara	21	5	4
-UBS Vila Abranches	11	4	4
-UBS Jardim Juliana	20	4	3
-UBS São José	1	2	2
Sub-Total	62	16	13
Total	1090	356	156

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, RP

Do total das 200 crianças que fizeram seguimento até julho de 2003, 22 foram excluídas do trabalho, devido à problema na consistência dos dados. Das 178 restantes, 51% pertenciam à Distrital Sul, 22% à Distrital Norte, 19% à Distrital Oeste, 6% à Distrital Central e 2% à Distrital Leste.

Também pode ter influenciado esta discrepância: mudança de endereço da família, impossibilitando a localização da criança; falta de dados (45%), relativo ao peso ou na 1ª avaliação ou na 5ª; falta do comparecimento da mãe ou responsável pela criança na Unidade naquele mês específico e, a não realização da pesagem em algumas das Unidades envolvidas.

A distribuição das crianças estudadas, segundo sexo e faixa etária (meses), no primeiro mês de recebimento do benefício, é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 -Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo sexo e faixa etária (meses) no primeiro mês de recebimento do benefício. Ribeirão Preto-SP, 2002-2003

Sexo Faixa Etária (meses)	Feminino nº	Masculino nº	Total nº
< 6	1	0	1
6 - 12	7	6	13
12 - 24	16	21	37
24 - 36	26	31	57
36 - 48	12	14	26
48 - 60	10	11	21
60 - 72	10	6	16
≥ 72	5	2	7
Total	87	91	178

Pode-se observar que a maioria das crianças (61%) situa-se abaixo de 36 meses, ou seja, dentro das faixas de grande vulnerabilidade biológica, atingindo um dos objetivos do programa. A distribuição em outras categorias de idade aponta para um outro objetivo do programa que foi a ampliação para faixas etárias maiores, em relação ao ICCN.

4.2.1- Cuidador

Em relação ao cuidador, houve 24% de respostas em branco. As demais categorias foram subdivididas em: 54% das crianças ficam integralmente aos cuidados dos pais, 14% freqüentam creche, 3% ficam aos cuidados dos avós, 1% ficavam integralmente aos cuidados dos irmãos e 4% ficam com outros cuidadores.

4.3 Características da mãe ou responsável pela criança

4.3.1 Grau de instrução

Na tabela 5 abaixo é mostrado a distribuição das mães ou responsáveis pela criança segundo o grau de instrução.

Tabela 5 - Distribuição das mães ou responsáveis pelas crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo grau de instrução. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003

Grau de Instrução	nº	%
Analfabeto	6	3,4
Até 4ª série do Ensino Fundamental incompleta	30	16,9
Até 4ª série do Ensino Fundamental completo	13	7,3
Até 8ª série do Ensino Fundamental incompleta	36	20,2
Ensino Fundamental completo	6	3,4
Ensino médio incompleto	9	5,1
Ensino médio completo	2	1,1
Sem informação	76	42,7
Total	178	100

Do total das crianças avaliadas 43% não informam grau de instrução da mãe/responsável. Dentre as informantes, 83% não completaram o ensino fundamental.

A baixa escolaridade de mães ou responsável apontada neste trabalho, pode contribuir para o uso responsável dos serviços de saúde disponíveis, propiciando menos proteção para as crianças, comprometendo o acesso e o uso dos recursos financeiros para aquisição de alimentos e serviços de saúde. Goulart (2003), encontrou que somente a escolaridade materna superior a 4 anos de estudo foi significativamente associada à melhor evolução nutricional dos desnutridos.

4.3.2. Qualificação profissional

Em relação à situação no mercado de trabalho, 44% deixaram de responder, das 56%: 78% declararam não trabalhar, 10% trabalham sem carteira de trabalho assinada, 8% declararam trabalhar com carteira de trabalho assinada, 2% declararam ser autônomas e 2 % outro tipo de vínculo. Um grande número não preencheu todas as informações, como situação no mercado de trabalho, ocupação, renda quando do preenchimento dos cadastros, sugerindo ou que elas possam ter-se intimidado em relação a seu direito ao benefício, deixando os

campos não obrigatórios em branco ou problema de preenchimento inadequado pelos profissionais responsáveis.

4.3.3 Ocupação

Do total de 178 crianças beneficiárias, somente 13,5% dos cadastros continham dados referentes à ocupação da mãe ou responsável pela criança. Dentre as atividades relatadas, a maioria refere-se àquelas relacionadas a baixo grau de escolaridade, como auxiliar de serviços gerais, cidade limpa, faxineiro, serviço braçal, sendo exercida no mercado informal. A atuação no mercado de trabalho é inexpressiva, sendo que 76% declararam não trabalhar. A quantidade de mães sem atividade remunerada, possibilita várias interpretações: a) renda per capita baixa, determinando baixo ou inexistente acesso aos bens e serviços essenciais; b) não disponibilidade de alimentação suficiente e adequada, moradia, saneamento, assistência à saúde, educação, planejamento familiar; c) abandono da criança e baixo vínculo afetivo, considerando a criança como empecilho ao atendimento de suas demandas. Goulart (2003) obteve como resultado, no estudo sobre o ICCN, a existência de associação entre o não trabalho e o estabelecimento da desnutrição, para pior recuperação da criança na ausência de trabalho materno. Olinto et col. (1993), em um estudo em Pelotas, RS, constatou que crianças de famílias cujas mães não trabalhavam fora apresentaram um aumento de 70% no risco de deficiência nutricional. Cardoso (1995), analisando os resultados da PNSN (1989), constatou que o trabalho materno acima de 30 horas semanais atuou como fator de proteção à desnutrição de pré-escolares no Nordeste e no Sul rural. O trabalho materno pode influenciar positivamente no estado nutricional, pois a renda maior permite maior acesso a bens e serviços (como creche, convênio médico), que seja de forma negativa, quando a criança é privada de um maior cuidado na ausência da mãe.

4.4. Avaliação do Estado Nutricional

Os primeiros dados analisados referentes à avaliação do estado nutricional, foi relativo a duas Unidades, do distrito Sul e Oeste, no primeiro mês tivemos 40% e 46,7% das crianças em risco nutricional, respectivamente. No 5º mês tivemos 10% e 28,6% das crianças em risco nutricional, respectivamente, mostrando evolução positiva do estado nutricional, apesar porcentagem do distrito Oeste ser ainda muito alta.

4.4.1 Estado nutricional das crianças quando do recebimento do primeiro benefício.

Para avaliar o estado nutricional inicial foram analisadas 178 crianças que estavam recebendo o benefício Bolsa-Alimentação pela primeira vez, que tinham todos os dados disponíveis para análise.

A tabela 6 apresenta a distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo estado nutricional definido por meio do escore Z para peso/idade e faixa etária (meses) quando do recebimento do primeiro benefício.

Tabela 6- Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo estado nutricional definido por meio do escore Z para peso/idade e faixa etária (meses) quando do recebimento do primeiro benefício. Ribeirão Preto – SP, 2002- 2003

Estado Nutricional Faixa Etária (meses)	Desnutrição Grave nº	Desnutrição moderada – Risco Nutricional nº	Eutrófica nº	Sobrepeso/ Obesidade nº	Total nº
< 6			1		1
6 - 12	2	4	6	1	13
12 - 24	8	8	20	1	37
24 - 36	11	4	41	1	57
36 - 48	4	3	19		26
48 - 60	3	1	17		21
60 - 72	7	2	7		16
≥ 72	1	1	4	1	7
Total	36	23	115	4	178

Os dados da tabela 6 mostram que 65% das crianças estavam eutróficas e 2% apresentavam-se obesas. Tal fato pode caracterizar que elas estavam em situação de risco nutricional ou social, proveniente de famílias com renda per-capita abaixo de meio salário mínimo, dentro do critério de inclusão no programa ou que se faz necessário uma seleção criteriosa de prováveis beneficiários.

Podemos observar a prevalência de desnutrição grave 20,2% e moderada 12,9% com total de 35,1% com algum grau de desnutrição mostram que o programa atendeu uma população necessitada, e que apesar de Ribeirão Preto ser uma cidade com alta renda per-capita, os níveis de desnutrição são altos. Segundo Monteiro (1996), a desnutrição no Centro-Sul, relativo a peso/idade, para crianças menores de 5 anos situava-se na faixa de 4%, na região nordeste em 8,3% e região norte em 7,7%.

Ao observar-se o estado nutricional de acordo com a idade, no momento do recebimento do primeiro benefício observa-se que o total de crianças com desnutrição grave 30% estavam na faixa etária de 24 | 36 meses representando 6% do total das crianças, seguido 22% de 12 | 24 meses representando 4% do total das crianças e 19% na faixa etária de 60 | 72 meses com 4% do total das crianças. Para as crianças com desnutrição moderada 35% estavam na faixa etária de 12 | 24 meses representando 4% do total das crianças. Ao mesmo tempo a maior porcentagem de crianças eutróficas, 23% do total de crianças situava-se na faixa etária de 24 | 36 meses.

A maioria das crianças beneficiárias do Programa (63%) situava-se abaixo de 36 meses, ou seja, dentro das faixas de grande vulnerabilidade biológica, exatamente o período que abrange o desmame, a introdução de alimentos complementares e consolidação de alimentação complementar, atingindo o objetivo do programa (BRASIL, 2002b).

Na primeira avaliação do estado nutricional observou-se 33% de crianças com desnutrição grave ou moderada, apesar de o Programa ser destinado primordialmente a elas.

Goulart (1998) encontrou 66,6% de desnutrição moderada e grave na primeira avaliação do Programa (PISA); Gutierrez, Bettiol, Barbieri (1998) encontraram no momento da matrícula, no programa de suplementação alimentar em Guariba, para o grupo de crianças que freqüentavam o programa há até 12 meses, 71 % das crianças abaixo do 10º percentil para o indicador peso por idade; Chaves et al (1989) encontraram nos programas de suplementação alimentar, na primeira avaliação: em Diadema, 324 (89,8%) e, em Osasco 190 (87,6%) de crianças desnutridas, segundo classificação de Gómez. A grande diferença da porcentagem de crianças desnutridas nos trabalhos apresentados e os encontrados nesse estudo pode estar refletindo ou a inclusão de crianças com baixo risco nutricional ou o reflexo do ICCN no estado nutricional dessas crianças ou a intensidade da redução da pobreza absoluta. O crescimento global da economia no período de 1970 a 1990 favoreceu nos estado com economias mais desenvolvidas, situadas no centro-sul do país, os que melhor conseguiram traduzir crescimento econômico em redução da pobreza absoluta. (MONTEIRO et al., 1995).

4.5 EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

4.5.1. Avaliação nutricional das crianças segundo a Evolução do Estado Nutricional

Como descrito na metodologia, o primeiro modo de avaliação das crianças, segundo seu peso pela idade, deu-se pela evolução do estado nutricional definida por meio de valores para os percentis, transformados em escore Z.

Na tabela 7, podemos observar a evolução nutricional após cinco meses no programa.

Tabela 7– Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo evolução nutricional após cinco meses de recebimento do benefício. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003.

Estado Nutricional ao final de cinco meses					
Estado Nutricional inicial	Desnutrido	Desnutrição moderada-Risco Nutricional	Eutrófica	Sobrepeso/Obesidade	Total
	nº	nº	nº	nº	nº
Desnutrido	24	11	1	0	36
Desnutrição moderada- Risco Nutricional	3	10	10	0	23
Eutrófica	1	7	106	1	115
Sobrepeso/Obesidade	0	0	3	1	4
Total	28	28	120	2	178

4.5.1.1. Evolução nutricional para crianças desnutridas

Analisando a evolução do estado nutricional das crianças no 5º mês, observamos:

a) uma diminuição dos casos de desnutrição grave dos 36 para 28 casos, a saber : 24 continuaram com desnutrição grave , 11 casos para desnutrição moderada e um caso para eutrofia, ou seja, 33% de melhora, contra 67% de manutenção do estado inicial; b) dos 23 casos de desnutrição moderada: 3 evoluíram para desnutrição grave, 10 casos se mantiveram e os outros 10 melhoram para eutrofia, ou seja 43% de melhora, contra 43% de manutenção do estado inicial e 13% de piora.

Goulart (1998) encontrou uma diminuição, de 4,8 % no 6º mês de avaliação; Chaves et al (1989) encontraram na 6ª avaliação nos Programa de Atendimento de Desnutrido e Programa e Nutrição em Saúde: em Diadema 83% de redução de crianças desnutridas e, em Osasco, 75% de redução de crianças desnutridas, segundo classificação de Gómez, respectivamente. Essa pequena redução e, a manutenção ainda de 24 crianças com desnutrição grave, apesar do tempo de avaliação ter sido pequeno, pode estar refletindo a magnitude das causas da desnutrição, uma doença multifatorial, onde questões ligadas ao cuidado infantil, a ausência de saneamento básico, desemprego e outros, estão presentes, ou a intercorrências clínicas. A realidade social é diferente nos diversos trabalhos apresentados, bem como o modo

como foi feita a suplementação alimentar, oferecendo o gênero alimentício ou dinheiro para a sua compra;

4.5.1.2 . Evolução nutricional para crianças eutróficas ou sobrepeso

Analisando a evolução nutricional no 5º mês das crianças inicialmente eutróficas ou obesas, observa-se que: a) dos 115 casos de eutrofia : 1 evoluiu para desnutrição grave, 7 para desnutrição moderada, 106 se mantiveram na eutrofia e 1 passou para sobrepeso, ou seja 8% de piora contra 92% de manutenção de eutrofia; b) dos 4 casos de obesidade, 3 evoluíram para eutrofia e 1 se manteve obeso, isto é, 75% de melhora.

Desses resultados apreende-se que, dentre as crianças estudadas, o programa causou um maior efeito nas categorias Desnutrido grave e Desnutrido moderada, apesar de , para esta ultima categoria, os 13% de piora serem preocupantes. Esta piora pode ser explicada por alguma intercorrência clínica como : infecções respiratórias e gastrintestinais, internação hospitalar.

4.5.2 Avaliação Nutricional das crianças segundo incremento de escore Z

Como descrito na metodologia , a evolução do estado nutricional foi avaliada também pelo ganho de peso para idade, medido em incremento de escore Z. Para essa análise foram excluídas as crianças obesas.

Na tabela 8 podemos observar a evolução das crianças por faixa etária (meses).

Tabela 8- Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, segundo faixa etária e evolução de seu estado nutricional, medido segundo incremento do escore Z, ao longo de cinco meses. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003.

Sexo Faixa Etária (meses)	Evolução Nula		Fracasso		Sucesso		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
< 6	0	0	1	6,7	0	0	1	0,6
6 - 12	10	7,2	0	0	3	12,0	13	7,3
12 - 24	28	20,3	2	13,3	7	28,0	37	20,8
24 - 36	42	30,4	7	46,7	8	32,0	57	32,0
36 - 48	20	14,5	2	13,3	4	16,0	26	14,6
48 - 60	18	13,0	1	6,7	2	8,0	21	11,8
60 - 72	14	10,1	1	6,7	1	4,0	16	9,0
≥ 72	6	4,3	1	6,7	0	0	7	3,9
Total	138	100	15	100	25	100	178	100

A tabela 8 demonstra que dos 138 que tiveram evolução nula situam-se na faixa etária de 24 | 36 meses seguido por aquelas de 12 | 24 , para o fracasso e sucesso temos a mesma faixa etária, podendo ser um indicativo de que essas crianças que precisam de maior apoio e atenção por parte da equipe de saúde.

4.5.2.1. Evolução Nutricional de crianças desnutridas segundo incremento de escore Z

O ganho médio das crianças desnutridas expresso pelo incremento médio de escore Z foi analisado para os diferentes graus de desnutrição apresentados no momento da liberação do benefício e no 5º mês. Os resultados podem ser vistos na tabela 9, a seguir.

A tabela 9 mostra o percentual de crianças desnutridas com melhora, piora e estado nutricional inalterado no 5º mês.

Tabela 9- Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, inicialmente desnutridas ou em risco nutricional, segundo evolução de seu estado nutricional, medido segundo incremento do escore Z, após cinco meses de sua participação no Programa. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003.

Estado Nutricional Inicial	Evolução Nula*		Fracasso**		Sucesso***		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Desnutrido Grave	27	75,0	1	2,8	8	22,2	36	100
Desnutrido Moderado – Risco Nutricional	15	65,2	1	4,3	7	30,4	23	100
Total	42	71,2	2	3,4	15	25,4	59	100

*-0,5 < ΔZ ≤ 0,5

** ΔZ ≤ -0,5

*** ΔZ > 0,5

Conforme a tabela 9 pode-se observar que o maior sucesso foi de crianças com desnutrição moderada , quase sete vezes maior do que o fracasso, de 30 para 4, se considerarmos também que a evolução nula é sucesso então teremos 96% de sucesso com o programa. Para as crianças com desnutrição grave tem-se 75% com evolução nula e 30% com sucesso e somente 4% como fracasso.

A tabela 10 a seguir apresenta os valores médios e respectivo desvio-padrão para o incremento do escore Z, após cinco meses de participação no Programa, das crianças desnutridas.

Tabela 10 – Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, inicialmente desnutridas ou em risco nutricional, segundo incremento médio do escore Z e respectivo desvio-padrão, após cinco meses de participação no Programa. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003.

Estado Nutricional	nº	Valor Médio	Desvio-Padrão
Desnutrido Grave	36	0,31	0,53
Desnutrido Moderado – Risco Nutricional	23	0,32	0,58
Desnutrição moderada e grave	59	0,31	0,54

Os resultados na tabela 10 mostraram que o incremento médio do escore Z para as crianças desnutridas, tanto graves quanto moderadas, apresentou valores muito semelhantes.

4.5.2.2. Evolução Nutricional de Crianças Eutróficas segundo incremento de escore Z

Para as crianças eutróficas: foi considerado sucesso da intervenção quando o incremento de Z foi igual ou maior que zero e fracasso quando o incremento de Z foi menor que zero. Os resultados podem ser vistos na tabela 11 a seguir

Tabela 11- Distribuição das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Alimentação, inicialmente eutróficas, mas em risco nutricional, segundo evolução de seu estado nutricional, medido segundo incremento do escore Z, após cinco meses de sua participação no Programa. Ribeirão Preto – SP, 2002-2003.

Estado Nutricional Inicial	Evolução Nula*		Fracasso**		Sucesso***		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Total de Eutróficos	94	81,7	11	9,6	10	8,7	115	100

*-0,5 < ΔZ ≤ 0,5

** ΔZ ≤ -0,5

*** ΔZ > 0,5

A tabela 11 mostra que 81,7% das crianças que começaram o programa eutróficas se mantiveram nesta situação e se acrescentarmos a esta porcentagem 9% de sucesso temos 90% de crianças com bom estado nutricional, mas ao analisarmos os 10% de fracasso, ou seja, essas crianças tiveram piora do estado nutricional. Apesar da maioria dos eutróficos manterem-se em seu estado inicial, ponto positivo para o Programa, os 10% de fracasso, muito maior do que os desnutridos, apontam para uma maior efetividade do Programa nas crianças mais debilitadas inicialmente. Quanto fracasso, apesar de seguidas nas Unidades de Saúde, estes podem estar associados a intercorrência cirúrgica, a algum processo infeccioso agudo ou a não adesão das mães ao programa, necessitando de outras investigações.

Em relação ao valor médio e respectivo desvio-padrão para o incremento do escore Z, após cinco meses de participação no Programa, das crianças eutróficas, estes se apresentaram iguais a, respectivamente, -0,01 e 0,44.

Os resultados deste estudo mostram que o Programa Bolsa Alimentação atingiu as crianças com estado nutricional mais comprometido, com 35,1% das crianças classificadas como desnutridas graves ou moderada, que tiveram um incremento de escore Z de 0,3120, dado positivo que reflete a melhora do ganho ponderal. A literatura mostra que as crianças com desnutrição severa são as mais beneficiadas com os programas de suplementação alimentar, no nosso trabalho não tivemos diferença entre as categorias de desnutridos (CASTRO, MONTEIRO, 2002, CHAVES, et al 1989, GOULART 1988 e 2003, GUTTIERREZ, et al 1992).

O problema da fome é relacionado com o da miséria, Dom Mauro Morelli dando sua opinião no jornal Folha de São Paulo, afirma que:

“não venceremos a miséria e fome sem um mutirão para erradicar o analfabetismo, garantir educação de base e a construção ou a melhoria de moradias que ofereçam abrigo e privacidade e salubridade a todas as famílias. Implemente-se política agrária e agrícola que propicie a produção de alimentos saudáveis e baratos para a mesa do povo. Da mesma forma, acelerem-se o saneamento básico e a produção de energia segura e de baixo custo..”. (MORELLI, 2002)

5. CONCLUSÕES

Frente ao exposto, observa-se que o problema da desnutrição é complexo, envolvendo fatores estruturais e conjunturais como a disponibilidade de alimentos, seu consumo e as condições de saúde que interferem com o aproveitamento biológico dos nutrientes. Implica que as ações devem ser estabelecidas pelos governos com políticas econômicas e sociais que possibilitem ocupação e renda adequada para as pessoas em condições de trabalhar e também condições sociais e de acesso à educação e saúde (MALAQUIAS, 2002).

A implementação do Programa Bolsa Alimentação pode ter contribuído para que, a situação do estado nutricional da população do município tenha sido mostrada, sinalizando para o fato de que este deva ser colocado como prioridade de intervenção nas Políticas de Saúde Pública.

Dos objetivos iniciais alguns não puderam ser respondido devido: ao número reduzido de bolsas liberadas, que não correspondeu à expectativa da população, excluindo crianças em condição de pobreza e extrema pobreza; perdas importantes de dados, revelando as dificuldades do sistema de saúde cumprir o que é proposto. Esta falta dificultou a ampliação da avaliação do programa, nos itens: condicionalidades de permanência, objetivos durante sua vigência.

Por meio dos resultados obtidos, houve a comprovação da hipótese inicial deste estudo, isto é, que o Programa Bolsa Alimentação, apesar de oferecimento de um certo valor monetário em substituição aos gêneros alimentícios, apresentou resultados similares ao descrito na literatura para a melhoria do estado nutricional das crianças beneficiárias, especialmente as mais comprometidas. E que as ações da agenda de compromissos do programa, por parte do município, novidade em relação aos programas anteriores, foram cumpridas em parte. Foram disponibilizadas as consultas médicas e a imunização, ficando

deficitárias as ações de educação nutricional que aconteceram somente no segundo semestre do ano de 2002, durante estágio curricular do curso de nutrição.

Os resultados aqui apresentados apontam para Monteiro (1988), em sua seguinte citação:

“a dimensão da problemática alimentar e nutricional no país e a origem basicamente social da mesma, descartam a possibilidade de que o problema seja passível de solução pela mera atuação de programas de suplementação alimentar. Tal solução requer um amplo conjunto de mudanças na sociedade, as quais, por sua vez, dependem de transformações radicais na estrutura de distribuição das riquezas do país, mas que estes trazem benefícios imediatos às crianças mais carentes, onde a desnutrição pode gerar danos irremediáveis...”

Espera-se que os resultados aqui apresentados tenham conseguido mostrar que, apesar das críticas aos programas de suplementação alimentar serem inúmeras, considerada, por vezes, atividades paternalistas e controladoras, estes podem ainda ser uma alternativa muito positiva para populações mais carentes, maioria integrante de nosso país.

Conclui-se este trabalho, apontando para a possibilidade de futuras investigações que possibilitem o aprofundamento sobre o tema, trazendo à luz, a seguinte situação de Barcellos et al (2002):

“uma das questões importantes para o diagnóstico de situações de saúde é o desenvolvimento de indicadores capazes de detectar e refletir condições de risco à saúde, advindos de condições ambientais e sociais adversas. Esses indicadores devem permitir a identificação dos lugares, suas relações com a região, bem como a relação entre a população e seu território; são nessas relações que se desenvolvem meios propícios para o desenvolvimento de doenças e também para seu controle”.

Destaca-se ainda que um limitante importante para aprofundamento das discussões apresentadas foi ter-se trabalhado com informações provenientes de coletas rotineiras nas Unidades de Saúde, existindo além de inconsistência de informações e ausência de informações sócio-econômicas das famílias, problemas de pesagem das crianças, pois, se pode perceber que nem todas as Unidades de Saúde consideradas procediam antropometria de forma padronizada.

6. Referências Bibliográficas

ACUÑA,K.,CRUZ,T.Surgimento da ciência da nutrição e breve histórico das políticas de alimentação no Brasil.**Revista Baiana de Saúde Pública,Salvador**, v 27, N. ½,p. 114-123, jan/jul. 2003.

BARCELLOS, C. SANTOS, S.M. Colocando dados no mapa: a escolha da unidade espacial de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 1, jan./mar., 1997.

BARROS, F. C., VICTORA, C. G., SHRIMPTON, R. Indicadores de saúde.In: BARROS, F. C., VICTORA, C. G.. **Epidemiologia da saúde infantil um manual para diagnósticos comunitários**. 2ª ed.São Paulo:Hucitec- UNICEF,1994.2, p. 19-42.

BRASIL Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde,1978, Alma-Ata. **Relatório**. Brasil:UNICEF ,1979.p.1-65

_____.Ministério da Saúde **Assistência integral a saúde da criança:ações básicas**. Brasília, 1984, p. 20 (Serie B: Textos básicos de Saúde, 7)

_____.Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**.Brasília,DF: Senado, 1988.

_____.a.Portaria no. 1770, de 20 de setembro de 2001.Estabelece instruções para implantação e funcionamento do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde –Bolsa-Alimentação.**Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília , DF, 24 set. 2001. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sba>.acessoem :

_____.b. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.Departamento de Políticas de alimentação e Nutrição. **Manual de Orientação do Programa Bolsa –Alimentação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____.a. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.Departamento de Atenção Básica.Saúde da Criança: **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**/ Ministério da Saúde.Secretaria de Política de Saúde –Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____.b. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.Organização PanAmericana de Saúde.**Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____.c. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição Disponível <<http://www.saude.gov.br/sps/areatecnicas/carencias/politica/index.html>. acesso em: 21/03/02.

_____.d. Ministério da Saúde.Programa Bolsa Alimentação. Disponível <<http://www.saude.gov.br/sba/quantidade de bolsa por municipio>.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece os requisitos para implementação de ações de combate as carências nutricionais, nos municípios. Portaria nº 709, 11 de junho de 1999.

BUSS, P.M., Promoção da Saúde e qualidade de vida. Revista de Ciência e Saúde Coletiva, 2000, v. 5,n 1, 163-177.

CHAVES, S.P. ET AL. Evolução do estado nutricional de desnutridos matriculados em Programas de Intervenção.**Revista Nutr. PUCCAMP**, Campinas, v 2,p 161-167.jul/dez.,1989.

CASTRO, I. R. R. MONTEIRO,C.A. Avaliação do impacto do programa “Leite é Saúde” na recuperação de crianças desnutridas no município do Rio de Janeiro.**Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 1, p. 52-62, 2002.

DAERP. Dados de Ribeirão Preto.Disponível em <http://www.daerp.ribeiraopreto.sp.gov.br/CRP/DADOS?DEMOG/I01FaixaEtaria.htm>. Acesso em 28/09/2003

DONABEDIAN, A **A guide to medical administration**. New York. American Public Health Association, 1966.

EPIINFO BRASIL. Microsoft Corporation. 2205.

GOULART, M. R. M. Evolução do estado nutricional de crianças submetidas a programa de suplementação alimentar e ações educativas à família no Município de Itaquaquecetuba-SP.[dissertação]. São Paulo:Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.

GOULART, M. R. M. Avaliação do estado nutricional de crianças desnutridas e em risco nutricional em programa de suplementação alimentar [tese]. São Paulo:Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.

GUTIERREZ,M.R. BETTIOL, H BARBIERI, M. A. Avaliação de um programa de suplementação alimentar. **Revista Panam Salud Publica**. Washington, v 4, p 32-39,1998.

HULLEY, STEPHEN B. **Delineando a pesquisa clínica : uma abordagem epidemiológica**/Stephen B. Hulley, Steven R. Cummings, Warren S. Browner , Deborah Grady ,Norman Hearst, Tomas B. Newman ; trad. Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres-2a. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2003

INSTITUTO ETHOS DE EMPRESAS E RSPONSABILIDADE SOCIAL.**Políticas de Combate á fome no Brasil**. Disponível em http://www.fomezero.org.br/parasaber_03.htm. Acesso em : 18/03/03.

LEAVEL, H, CLARK, E. G. Nutrição em Medicina Preventiva. In: **Medicina Preventiva**. Recife, McGraw-Hill, 1976. p. 182-226.

LEI, D.L.M. MONTEIRO, C.A. LERNER, L.B.R. CHAVES, S.P. Medindo o impacto de programas de recuperação nutricional de pré-escolares: teste de uma metodologia. **Revista de Saúde Pública**, 1989, v. 23, n. 3, p. 230-235.

Levcovitz, E., Lima, L.D., Machado, C.V., Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. 6 (2): 269-291, 2001, e comentários a seguir (debatedores, p. 292-318).

MALAQUIAS, B. F., BLEIL, S. I., EYSDEN, L. M. V. Prevenção da desnutrição Energética-Protéica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v 5, n 3, p. 276-283, jul/set, 1989.

MALAQUIAS, BATISTA FILHO, Alimentação, Nutrição & Saúde, In: ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & Saúde **Introdução à Epidemiologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. cap. 15, p. 353-374.

MONTEIRO, C.A., BENICIO, M. H.D. A Epidemiologia da desnutrição Protéico Calórica. In: NOBREGA, F. J., **Desnutrição intra-uterina e pós-natal**, São Paulo: Panamed, 1981, p 120-130.

MONTEIRO, C.A., BENICIO, M. H.D. A, IUNES, R., GOUVEIA, N. C., CARDOSO, M. A.A., Evolução da desnutrição infantil. In MONTEIRO, C.A., **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 93-114.

MONTEIRO, C.A. O panorama da nutrição infantil nos anos 90. **Cadernos de Políticas Sociais**. São Paulo, CSD 1, 1-17, agosto de 1996.

MONTEIRO, C.A. MONDINI, L SOUZA, A.L. M. POPKIN, B M . Da desnutrição a obesidade: a transição nutricional no Brasil. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 247-255.

MONTEIRO, C.A. MEYER, M. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (BRASIL), 1984-1985: VIII – Cobertura e impacto da suplementação alimentar. **Revista de Saúde Pública**, 1988, v. 22n. 2, p. 132-139.

MORELLI, D. M., Fome é problema político. Folha de São Paulo, São Paulo, 19 nov. 2002. Tendências/Debates, Disponível:
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1911200209.htm>.

NOBREGA, F. J., **Desnutrição intra-uterina e pós-natal**, São Paulo: Panamed, 1981, p 530

NOGUEIRA DE ALMEIDA, C.A.N. **Avaliação do estado nutricional de crianças de zero a cinco anos de idade, em unidade básica de saúde de Ribeirão Preto, através de diferentes métodos antropométricos.** Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1997

OLINTO, M.T.A. VICTORA, C. G. BARROS, F.C. TOMASI, E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. **Cadernos de Saúde Pública**, 1993 v. 9 n. 1, p. 14-27.

CARDOSO, M. A.A. **Cuidado infantil e desnutrição de pré-escolares: Regiões Nordeste e Sul do Brasil.** São Paulo, 1995.tese [doutorado] Faculdade de Saúde pública da Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M. G. **EPIDEMIOLOGIA:** Teoria e prática. 6ª. Ed. Rio de Janeiro,Guanabara Koogan. 2002.596 p.

POLIT, DENISE F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-** 3ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SILVA, A. C.D da De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição.**Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 23, 1995. p. 87-107.

_____. Perfil de crescimento de crianças matriculadas em programas de Suplementação Alimentar: II Evolução do Estado Nutricional de Desnutridos. **Revista Nutr. PUCCAMP**, Campinas, v 4,p 94-109.jan/dez.,1991.

RICCO, R. G.;DEL CIAMPO, L.A.; ALMEIDA, C.A.N.. **Puericultura :princípios e práticas:** atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 5789

SANTOS, G.V.B. **Excesso de peso e seus fatores de risco em adolescentes da rede pública e privada de ensino do município de Ribeirão Preto SP-Brasil.** 2003. Tese (doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO.Secretaria Municipal do Planejamento e Gestão Ambiental de Ribeirão Preto.Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.Apresenta dados da cidade como emprego,demográfico.Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/CRP/dados/emprego/IOIPIB.htm>>. Acesso em: 24/4/2005.

SEADE. Secretaria de Estado. Governo do Estado de São Paulo. Apresenta dados do estado por municípios.Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil.php>>. Acesso em :24/4/2005.

SECRETARIA MUNICPAL DA SAUDE R.P. Publicação eletrônica. Disponível em : <<http://saude.pmrp.gov.br/>>

SIGULEM, D.M., TUDISCO, E.S. ET AL Metodologia de Avaliação da Desnutrição Protéica Calórica. In: NOBREGA, F.J. **Desnutrição intra-uterina e pós-natal**. São Paulo: Panamed, 1981, p 113-115.

SEGRE, M., FERRAZ F.C. O Conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 31, p 538-42, 1997 .

SPSS Corporation, 1999. SPSS for Windows. **Statistical Program for Social Sciences**. Release 10.0 Chicago: SPSS, Corporation

UNICEF. Fundo das Nações Unidas pela Infância. **Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento**. New York, 1990

_____. Fundo das Nações Unidas pela Infância- **Situação Mundial da Infância 2005- Infância Ameaçada**. Apresenta dados mundiais sobre a infância. Disponível: <<http://www.unicef.org>>. acesso em: 20/04/2005.

VIEIRA, M. N. C. M. **A prática do Programa de Alimentação Escolar do Município de Ribeirão Preto mediante a percepção dos usuários**. 1997. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VUORI, H., Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. In: SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA-ASPECTOS METODOLÓGICOS, OPAS, **RESUMO**, Escola Nacional de Saúde Pública, 1988. 17-25.

ANEXOS

ANEXO 1: Cartão da criança (masculino e feminino)

ANEXO 2: Formulário de acompanhamento das crianças

ANEXO 3: Tabela peso/idade- meninos e meninas

ANEXO 4: Gráfico de acompanhamento de crescimento – meninos e meninas

ANEXO 5: Quadro de legendas

ANEXO 6: Mapa Diário de Acompanhamento

ANEXO 7: Aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

ANEXO 8: Formulário de Levantamento de Dados

ANEXO 9: Carta de intenções