



UNI-RN CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE RN
CURSO DE NUTRIÇÃO



Caracterização do Estado Nutricional de Crianças Beneficiadas pelo Programa “Parnamirim sem fome”

LOAMY FERNANDA DE QUEIROZ

NATAL-RN
2012

LOAMY FERNANDA DE QUEIROZ

**Caracterização do Estado Nutricional de Crianças
Beneficiadas pelo Programa “Parnamirim sem fome”.**

*Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de graduação de
Nutrição do Centro Universitário do Rio
Grande do Norte, como requisito
obrigatório para a obtenção do grau de
nutricionista.*

Orientadora: Prof^a. Ms Carina Oliveira

NATAL-RN

2012

LOAMY FERNANDA DE QUEIROZ

Caracterização do Estado Nutricional de Crianças Beneficiadas pelo Programa “Parnamirim sem fome”.

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, aprovada em 04/12/2012 pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Carina Leite de Araújo Oliveira

Orientadora

Bianca Arnoud Rodrigues

Membro examinador

Heleni Aires Clemente

Membro examinador

Á minha mãe, Eci Fernandes de Queiroz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me dado forças em todos os momentos difíceis que passei durante o curso e por guiar meus passos.

À minha orientadora Carina Oliveira, por toda paciência, comprometimento, dedicação, disponibilidade, como orientadora e como coordenadora do curso de Nutrição da UNIRN, conduzindo nos primeiros e essenciais passos da minha formação. Grata pelo dinamismo e confiança.

Aos meus pais por todo apoio financeiro e de incentivo para lutar pelos meus objetivos.

À minha irmã: Sara Raquel e ao meu sobrinho Vinicius Fernandes, por toda assistência durante não só os anos do curso, como toda minha vida, palavras são pouco para descrever o quanto são importantes em minha vida,

À Erica Jordana, por todo carinho, apoio, motivação e colaboração.

Aos meus sobrinhos: Erick Queiroz, Guilherme Emanuel, Luis Felipe, por todo tempo de brincadeiras e felicidades.

A UNI-RN – Centro Universitário do Rio Grande do Norte, por toda equipe de professores, pelo estímulo a vida acadêmica e seriedade com a educação. Aos servidores da Biblioteca, dos laboratórios e copa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim, nas pessoas de Glícia e Teresa, que me proporcionaram momentos de aprendizagem profissional e abriram as portas do programa “Parnamirim sem fome” para minha atuação e análise realizada neste trabalho.

À todas as equipes de estágio que me receberam tão bem: nas Unidades de Saúde de Parnamirim; Hospital Deoclécio Marques; Secretaria de Saúde de Parnamirim; Unidade Integrada de Saúde da Cidade da Esperança e Escola Doméstica.

À minha amiga Ilanna Marques, pela disposição colaborar com a minha pesquisa, e também ter ajudado no acesso aos dados da secretaria de Parnamirim e do SISVAN.

À minha amiga Joyce Naiana, por toda inspiração na profissão e ajuda passando conhecimentos importantes para minha formação.

À minha colega e hoje amiga, Bruna Tavares, por estar junto comigo nessa luta. Graças a Deus, vencemos com grandes méritos.

À minha turma de graduação pela diversão, pelo aprendizado, pela convivência que tanto auxiliou no meu amadurecimento. Amigas que durante esses anos de faculdade eu dividi sonhos, sorrisos, lanches e lágrimas... em especial para Anna Clara, Diana Alvarez, Cinara Lima, Maria Alice, Bruna (mais uma vez) , Maiza Claudia, Emanuella Azevedo, Talita Sabino e Lilian Régia.

À minha amiga Sara Jéssica, mesmo distante, estava sempre me apoiado com palavras positiva.

Aos outros amig@s e familiares que diretamente ou indiretamente ajudaram na minha caminhada, contribuindo com incentivo, momentos de descontração, fundamentais para estarmos bem. Aqui cabe o agradecimento à: Tia Erivania, Tia Eliana, Tia Ana, Tio João... A trupê Queiroz (em especial, Rafael Queiroz, Juliana Queiroz, Klijda Galdino, Fernando Galdino e Allan Freire) pelos momentos sempre agradáveis de muita alegria. @s prim@s de coração Ana Cláudia ,Gerliana, Sílvia Márcia e Paulinho. @s amig@s distantes/presentes: Thais Barreto, Thayanne Barreto, Natália Silva, Flávia Queiroz. Natália Nunes, Alex Rilk, Beatriz Barreto, Abraão Nunes, Ellen Marília, Fernanda Celeste, Kaele Lacerda, Igor Eduardo, Ana Claudia Araújo, Lincoln Nunes, Iuri Lucena, Rayane Fernanda Queiroz, Oliveira, Danielly Galdino, Lara Brasil e Kallyne Vieira.

Com certeza, tiveram outras pessoas que deveriam ser mencionadas... a todos meu muito obrigada.

“O que falta é vontade política para mobilizar
recursos a favor dos que têm fome”
(Josué de Castro).

RESUMO

O Programa Parnamirim Sem Fome foi criado em 1998, e desde sua implementação são distribuídos aos beneficiários (crianças entre 6 meses a 4 anos 11 meses e 29 dias) mensalmente 30 litros de leite fluido pasteurizado. A entrega é realizada nas Unidades Básicas de Saúde de cada bairro do município três vezes por semana. O estado nutricional das crianças beneficiadas pelo programa é registrado no SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) – sistema de coleta e processamento e análise dos dados de uma população, possibilitando diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais e, também dos fatores de sua determinação. A pesquisa objetiva avaliar as condições nutricionais dos beneficiados pelo programa. Entender a dinâmica desse Programa, bem como a sistematização do funcionamento, com seus pontos positivos e negativos é um estudo importante para permitir uma visualização da política pública de combate a desnutrição. A avaliação do estado nutricional das crianças foi realizada por meio de indicadores como IMC/idade, peso/estatura das crianças inseridas no programa no período de 2007 a 2012. Na análise dos dados verifica-se que O programa intitulado “Parnamirim sem fome” atende na sua maioria crianças com estado nutricional adequado.

Palavras-chaves: Estado Nutricional; infância; programa do leite; Parnamirim-RN.

ABSTRACT

The Program "Parnamirim sem fome" was created in 1998, and since its implementation are distributed to the beneficiaries (children between 6 months to 4 years 11 months and 29 days) 30 liters of pasteurized fluid milk by Month. The delivery is done in Basic Health Units in each district of the city three times a week. The nutritional status of children benefiting from the program is recorded in SISVAN (System Food and Nutrition Surveillance) - collection system and processing and analysis of data from a population, providing updated diagnosis of the nutritional situation, its trends and also the factors its determination. The research aims to assess the nutritional status of the beneficiaries of the program. Understanding the dynamics of this Program, and the systematization of working with their strengths and weaknesses is an important study to allow a idea of the public policy to the combat malnutrition. The nutritional status of the children was research through indicators like BMI / age, weight / height of children involved in the program from 2007 to 2012. In the analysis of the data shows that the program titled "Parnamirim sem fome" serves mostly children with adequate nutritional status.

Keywords: Nutritional Status; childhood; milk program; Parnamirim-RN.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Entrada e saída, com filtro pelo estado nutricional	37
Figura 02: Localização dos bairros com maior número de crianças cadastradas no “Programa Parnamirim sem fome”.	38

LISTA DE TABELAS

Figuras 01: Estado nutricional na entrada do programa	35
Figura 02: Estado nutricional na saída do programa	35

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 01 – Diagnóstico nutricional segundo IMC (peso/idade) das crianças atendidas pelo Programa Parnamirim sem fome.....	30
Figura 02: Diagnostico nutricional segundo (estatura/idade) das crianças atendidas pelo programa Parnamirim sem fome	31
Figura: 03 Diagnostico Nutricional em relação aos parâmetros peso/idade.	33

LISTA DE QUADROS

Figura 01- Comparativo leite de vaca e leite humano.....	24
Figura 02: Estatura para idade	26
Figura 03: Peso para idade	27
Figura 04: Peso para estatua	27
Figura 05: IMC-para-idade	28
Figura 06: Distribuição do Programa “Parnamirim sem fome” por bairro	38

SUMÁRIO

1 Introdução	12
2 Objetivos.....	12
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 Referencial Teórico	15
3.1 Infância saudável e seus condicionantes	15
3.2 Avaliação do estado nutricional em crianças	17
3.3 Políticas públicas de combate à desnutrição	18
3.4 SISVAN.....	21
3.5. Leite Materno x Leite de Vaca.....	22
4. Metodologia.....	25
4.1 Caracterização da pesquisa	25
4.2 Material e métodos	25
4.2.1 Avaliação do estado nutricional	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Caracterizações do estado nutricional das crianças inseridas no programa Parnamirim sem fome.	29
Fonte: SISVAN, 2012.....	33
Conclusão	40
Referências.....	41

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2002), uma infância saudável se inicia desde o aleitamento materno. A introdução de novos alimentos deve ocorrer com a orientação da equipe de saúde, por se tratar de um período de risco nutricional. É recomendado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, visando dentre outros fatores, controlar os desvios alimentares e nutricionais para prevenção do sobrepeso, deficiências nutricionais e doenças crônicas tanto na infância com na vida adulta.

A avaliação e acompanhamento nutricional das crianças são instrumentos necessários para aferir as condições de saúde e o obter dados sobre a vida da população em geral (RIBEIRO, CAVALCATI, 2003). Além disso, A avaliação do estado nutricional é fator importante para verificar se a uma criança esta crescendo dentro dos padrões recomendados. Usar parâmetros como comprimento e peso são maneiras simples de avaliar a condição nutricional da criança (ROCHA; ROCHA; MARTINS, 2006). Dessa forma nos primeiros anos de vida, na qual o crescimento é rápido, o peso e comprimento são indicadores importantes para avaliar o estado nutricional de uma criança. Soma-se ainda, a combinação de vários fatores incluindo hereditariedade, sistema neuroendócrino e ambiente, que determinará o crescimento e desenvolvimento da criança (EUCLYDES, 2005).

A infância corresponde ao período da vida em que ocorrem várias modificações, que são caracterizadas de modo geral, como: estado físico, psicológico, e o desenvolvimento da criança, sendo o crescimento e desenvolvimento avaliados como bons indicadores do nível de saúde da população infantil (SLOMP et al., 2007). Segundo Philippi et. al (2003) nos primeiros anos de vida é importante uma alimentação qualitativa e quantitativamente saudável, para proporcionar o crescimento e desenvolvimento adequado, assim proporcionando ao organismo a energia e nutrientes necessários para seu funcionamento e manutenção da saúde. Entretanto, nem sempre as famílias conseguem dar O suporte nutricional necessário e, em muitos casos, a intervenção do poder público para garantir uma alimentação adequada se faz necessário. As políticas públicas de combate à fome têm como direção atualmente a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e visa buscar enriquecer o debate sobre a fome no país. No

nosso estado, têm-se o exemplo do Programa Parnamirim sem fome, que visa atender as crianças dos 6 meses aos 4 anos e 11 meses e 29 dias de nascidos. Entender a dinâmica desse Programa, bem como a sistematização do funcionamento, com seus pontos positivos e negativos é um estudo importante para permitir uma visualização da política pública de combate a desnutrição.

Diante disso o presente trabalho tem como finalidade verificar as condições nutricionais de crianças entre 6 meses à 4 anos 11 meses e 29 dias beneficiadas pelo Programa Parnamirim sem fome, mais conhecido como Programa do Leite, do município de Parnamirim/RN, no período de 2007 a 2012.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as condições nutricionais de crianças beneficiadas pelo “Programa Parnamirim sem fome” do município de Parnamirim/RN, no período de 2007 a 2012.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o estado nutricional, por meio de indicadores P/I, E/I e P/E das crianças inseridas no “Programa Parnamirim sem fome” no período de 2007 a 2012.
- Fazer análise crítica do Programa Parnamirim Sem Fome.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Infância saudável e seus condicionantes

A infância corresponde ao período da vida em que ocorrem várias modificações, em seu estado físico e psicológico. O crescimento e o desenvolvimento são considerados bons indicadores do nível de saúde da população infantil (SLOMP et al., 2007). O crescimento é um processo caracterizado pelo aumento unidimensional das estaturas e tecidos da criança, constituem aspectos ambientais, fatores genéticos, emocionais e nutricionais (CARDOSO et. al, 2006). O desenvolvimento assim como o crescimento envolve não apenas os aspectos físicos e fisiológicos, mas também neurológicos, cognitivos e psicossocial. No início da vida da criança envolve interação tanto entre a criança como o ambiente (EUCLYDES, 2005).

A prática alimentar inadequada nos dois primeiros anos de vida, principalmente entre populações menos desenvolvidas, está fortemente associada ao aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição e carência específicas de micronutrientes, particularmente de ferro, zinco e vitamina A (BARRETO et al, 2005).

Conforme Philippi et. al (2003) nos primeiros anos de vida é importante uma alimentação qualitativa e quantitativamente saudável para proporcionar o crescimento e desenvolvimento adequado, assim proporcionando ao organismo a energia e nutrientes necessários para seu funcionamento e manutenção da saúde. A alimentação deve conter todos os macronutrientes e micronutrientes, implicando na prática de novos hábitos alimentares, novos sabores, experiências sensoriais texturas e cores. Nessa fase a alimentação da criança pode ser a mesma que a do adulto, só com algumas adaptações em relação à forma de preparo e apresentação.

É consensual que modificações no comportamento alimentar se estabeleçam para prevenir doenças relacionadas à alimentação e promover a saúde, uma vez que é na infância que o hábito alimentar se forma, é necessário o entendimento dos

seus fatores determinantes, para que seja possível processos educativos efetivos para a mudança do padrão alimentar da criança (STEIN E RAMOS, 2000)

Para Victora (2000) uma alimentação adequada e saudável além de conter todos os micronutrientes e macronutrientes, também, deve ser isenta de contaminação (sem germes patogênicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais), não muito salgada ou apimentada, fácil de ser consumida pela criança (apresentação adequada para a idade), em quantidade apropriada e que seja disponível e acessível. É importante que a criança goste do que está consumido e que seja culturalmente aceita. Seguindo recomendações necessárias para criança de acordo com a sua faixa etária. Segundo Ministério da Saúde (2010) A criança que inicia a alimentação complementar está aprendendo a testar novos sabores e texturas de alimentos, ressaltando que sua capacidade gástrica é pequena, principalmente até os 6 meses de vida.

Quando ocorre deficiência de crescimento e desenvolvimento de crianças pode resultar ainda da ocorrência de doenças infecto- contagiosas, de alimentação inadequada, de precárias condições sociais, educacionais e econômicas da família, da qualidade da assistência à saúde dos cuidados na infância, que afetam a qualidade de vida da criança (BARROS, 2001).

Queiroz (2011) relata que a maioria dos países em desenvolvimentos e alguns países desenvolvidos, a alimentação não supre a necessidade de micronutrientes das crianças, principalmente no que se refere a minerais e vitaminas como: ferro, zinco e cálcio e vitamina A. Esse fato justifica a necessidade de administração de suplementos nutricionais, para melhorar seu crescimento, estado físico, genético e desenvolvimento.

O estado nutricional da criança depende além do consumo de alimentos, das condições ambientais e cuidados dedicados às crianças. Esses fatores: alimentação, ambientes e cuidados estão condicionados à renda da família. Outros fatores podem modificar a influência da renda, entre eles estão os serviços públicos ofertados à população, saneamento e educação. Pode-se ainda listar os subsídios como, por exemplo: a renda mínima fornecida pelo Governo e doação de alimentos, que influencia a nutrição da criança. A avaliação e acompanhamento nutricional das

crianças são instrumentos necessários para aferir as condições de saúde e o obter dados sobre a vida da população em geral (RIBEIRO, CAVALCATI, 2003).

3.2 Avaliação do estado nutricional em crianças

A desnutrição infantil é uma doença de procedência multicausal e complexa, que tem suas raízes na pobreza. Ela ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para o seu metabolismo fisiológico, devido à falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado (MONTE, 2000). Sendo, é um problema de dimensões alarmantes na grande parte do mundo. Associada com a pobreza e a desigualdade, é um fator significativo de mortalidade em países em desenvolvimento, apesar dos esforços realizados nas últimas décadas para reduzir este índice (GALVÃO, 2007). No caso brasileiro Monte (2000) relata que nas regiões mais pobres do país, as regiões Norte e Nordeste, o problema de crianças desnutrição grave está sendo controlado.

Batista Filho (2003) define a desnutrição energético-proteico (DEP) como uma deficiência primária e ou secundária de energia e proteínas, havendo síndrome de carência de manifestações antropométrica e metabólica. Em crianças ocorre o atraso do crescimento, diminui a massa muscular e de gordura, lesões na pele e redução de proteínas séricas. Falha de crescimento ocorre rapidamente até os 2 anos de idade, resultando em baixo peso e baixa estatura. (MONTE, 2000).

Para Mello (2002) a avaliação do estado nutricional é uma etapa fundamental no estudo de uma criança, para que possa verificar se o crescimento está se afastando do padrão esperado por doença e/ou por condições sociais desfavoráveis. A avaliação tem por objetivo verificar o crescimento e as proporções corporais do indivíduo, visando estabelecer atitudes de intervenção. Assim, quanto mais populações e ou/ indivíduos são avaliadas do ponto de vista nutricional, e quanto mais seriadas são essas avaliações, mais intervenções precoces podem ser instituídas, certamente melhorando a qualidade de vida da população de uma forma geral. Não existe forma de diminuir a desnutrição se ela não for diagnosticada de

maneira adequada. A avaliação nutricional é um instrumento diagnóstico, já que mede de diversas maneiras as condições nutricionais do organismo, determinados pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes, ou seja, a avaliação nutricional determina o estado de nutrientes, que é resultante do balanço entre a ingestão e a perda de nutrientes.

A utilização da antropometria nutricional tem, entre suas vantagens, os baixos custos, a facilidade de execução, as relativas sensibilidade e especificidade dos indicadores, entre outras. Por estas razões, preconiza-se a utilização desde as rotinas de vigilância nutricional até os inquéritos populacionais de grande abrangência (SANTOS 1993).

3.3 Políticas públicas de combate à desnutrição

As políticas públicas de combate à fome, atualmente, têm como direção a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, visando enriquecer o debate sobre a fome no país. São considerações da sociedade em que vivemos que deseja interferir no que se trata de políticas públicas. No Brasil, a fome como questão social teve sua primeira intervenção no início do século XX, quando passa a ser vista, no sentido clínico, como uma patologia. O tema políticas públicas de combate a fome foi discutido seriamente em 1920, quando ocorreu o I congresso Brasileiro de Higiene, e foi debatida a importância da alimentação, fator preocupante para saúde pública naquele momento. O governo Vargas deu início a vários programas que funcionam até hoje, entre eles estão o serviço de alimentação da previdência social (SAPS), hoje conhecido como programa de alimentação ao trabalhador do Ministério do Trabalho, e outros programas ligados a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. Já no governo Collor, boa parte dos programas de políticas sociais foram extintos, sobrando apenas O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). No governo de Fernando Henrique Cardoso, os programas também foram cortados. O governo de Luiz Inácio Lula da Silva teve como objetivo principal o combate à fome, com programas como o Fome Zero, Segurança Alimentar e Nutricional, Direito à

Alimentação e instituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e entre outros (NASCIMENTO, 2009). Na administração de Dilma Rousseff demonstra-se a continuidade dos programas implementados pelo governo anterior.

A distribuição de leite, como medida de combate a fome foi instituída em vários estados brasileiros, sendo 09 estados do Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e o Estado de Minas Gerais (atendendo a região do Norte de Minas Gerais e o Vale do Jequitinhonha e Mucuri) (MDS, 2012).

O programa do Leite do governo do estado do Rio Grande do Norte, que segundo a SETHAS (Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social) (2004) O programa é constituído tendo como principal função a redução das carências nutricionais de crianças, gestantes, idosos, e deficientes, com a distribuição diária de 1 (um) litro de leite por família com renda de até 1 (um) salário mínimo.

O Programa do leite do RN foi constituído pela primeira vez em 1986, pelo governador do estado, Geraldo José da Câmara Ferreira de Melo. O governo federal arcava com todos os custos do programa, e os estados e municípios eram responsáveis pela operacionalização, como recebimento junto às indústrias e a distribuição às famílias. (AZEVEDO, PESSÔA, 2005). Em 1990, José Agripino Maia, assume o governo, e suspende definitivamente até o fim do seu mandando, em 1994. Nesse período se deu a crise econômica no setor leiteiro e também prejudicou as famílias beneficiadas pelo programa. (AZEVEDO, PESSÔA, 2005). Em 1995, o governador do estado, Garibaldi Alves Filho, ativa novamente o Programa do leite, com novas características e reconfigurações, isso durante seus dois mandatos (1995- 1998 e 1999-2002). De 2003 a 2010, no governo de Wilma de Faria, o programa é custeado em maior parte pelo estado (85%) e parcialmente pelo Governo Federal (15%). No ano de 2003 surgiram várias críticas ao programa. Devido a essas críticas foi feita a instauração da CPI do leite – Comissão Parlamentar de Inquérito -, responsável por apurar as irregularidades administrativas e financeiras do programa no período de 1995 – 2002 (abrangendo a administração de Garibaldi Alves e de Wilma Faria) (AZEVEDO, PESSÔA, 2005). No governo,

atual, de Rosalba Ciarlini há várias críticas ao programa, sendo consideradas várias atitudes como negligentes, conforme matérias divulgadas no Jornal de Hoje (PINHEIRO, 2012) e do portal nominuto.com (GUEDES, 2012).

Além dos programas geridos pelos Estados, há os programas de distribuição do leite que são de competências dos municípios. Tendo tanto programas destinados para as crianças, quanto para gestantes e mães amamentando que recebem diariamente 2 litros de leite por família, com renda mínima de meio salário mínimo por pessoa. São, prioritariamente, distribuídos nos estados de semiárido, somente para famílias cadastradas no programa. A Prefeitura de cada município regulariza a distribuição do leite para as famílias cadastradas (SALOMON, 2011). De uma forma geral, os programas possuem as mesmas rotinas de distribuição e cadastro.

3.3.1 Programa “Parnamirim sem fome”

A cidade de Parnamirim, localizada no estado do Rio Grande do Norte, é um dos municípios da Região metropolitana de Natal. Possui 202.413 habitantes (IBGE 2010), dividida em 22 bairros e possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,76 (PNUD, 2010). Segundo Sena (2008), no quesito desnutrição, entre 2004 e 2007, o número de crianças desnutridas, que já era baixo, caiu de 5,8% para 3,1%. Uma das políticas utilizadas para combater a desnutrição é o programa do leite, denominado “Programa Parnamirim Sem Fome”.

O “Programa Parnamirim sem fome” foi instituído Prefeitura Municipal de Parnamirim em 1998, com o principal objetivo de combate à desnutrição. É estruturado com recursos próprios do município e consiste em um trabalho voltado à distribuição de sete litros de leite por semana, para cada criança participante. A faixa etária atendida por este programa são crianças entre 6 (seis) meses e 59 (cinquenta e nove) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade. O programa conta atualmente com um total de 540 vagas, que são distribuídas a partir das necessidades de cada bairro. Sendo que atualmente, atende apenas 310 crianças, ou seja, não ocupa o total de vagas disponíveis.

A seleção das crianças para que façam parte do programa é realizado através de uma triagem feita pela equipe do programa junto às equipes de PSF (Programa Saúde da Família) dos bairros. Para inserção no programa são considerados critérios socioeconômicos e, principalmente, o estado nutricional das crianças na referida faixa etária. Essas crianças são acompanhadas em atendimento ambulatorial mensalmente e /ou trimestralmente pelas estagiarias de nutrição participantes do programa. As crianças e mães recebem mensalmente orientações do estado nutricional. Para a avaliação do estado nutricional das crianças é utilizado como parâmetro as curvas da OMS (Organização Mundial da Saúde) para peso/ Idade e Peso/ altura.

O parâmetro utilizado como referência, para o estado nutricional, para participação da criança no programa, é encontrar-se abaixo do percentil 3 (Peso Baixo para idade), contudo há ressalvas quando a condição econômica da família da criança é muito baixa. Tendo em vista que a vigilância do estado nutricional, desde o nascimento da criança, é fundamental para a recuperação de crianças em desnutrição, esse perfil predominante faz do programa uma ferramenta importante na intervenção de combate a essa patologia. As crianças participantes ao completarem 5 (cinco) anos de idade são desligadas do Programa, salvo em condições especiais ou se houver vagas ociosas.

Em se tratando da idade mínima permitida para participação no Parnamirim Sem Fome, percebemos a preocupação da Secretaria de Saúde em conjunto com o setor de Nutrição, em incentivar o aleitamento materno exclusivo até os o sexto mês de vida, orientação da OMS, para se evitar possíveis agravos á saúde no futuro, como desenvolvimento de alergias e intolerâncias.

A distribuição das crianças por bairro é feita a partir da necessidade de cada bairro, este critério é utilizado com o intuito de distribuir as vagas, respeitando as carências e necessidade específica de cada local (PARNAMIRIM, 2010).

3.4 SISVAN

O SISVAN foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/1990, capítulo I, artigo 6º, inciso VI – Lei Orgânica da Saúde. Antes desse momento, existiam inúmeras experiências locais em diversas partes do país, sem uma articulação estadual e nacional (BRASIL, 2008).

A última versão do sistema é SISVAN WEB, idealizado em 2007 e colocado em implantação em todo o território brasileiro no ano de 2008, corresponde a um sistema de coleta, processamento e análise contínuo dos dados da população e contribui para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, caracterizando grupos sociais de risco e dando subsídios para a formulação de políticas e programas de intervenções (VENANCIO et. al, 2007).

De acordo com Brasil (2008), este novo sistema configura a associação de duas características fundamentais: a promoção do sinergismo social, visando à articulação estreita dos serviços de saúde com os serviços de outras instituições e o enfoque da realidade local, presente após o processo de descentralização no Sistema Único de Saúde.

Além disso, o conhecimento do perfil epidemiológico da população fornecido pelo SISVAN permite definir os mecanismos de apoio, os espaços intersetoriais e os possíveis atores para uma atuação conjunta da saúde com a educação, a assistência social e o desenvolvimento agrário, entre outros setores (COUTINHO et. al, 2009).

No município de Parnamirim-RN, a principal fonte de dados que alimenta o SISVAN são as avaliações nutricionais das crianças beneficiárias do Programa Parnamirim Sem Fome, sendo estas realizadas mensalmente em todas as Unidades Básicas de Saúde do município.

3.5. Leite Materno x Leite de Vaca

De acordo com a OMS, crianças de 0 a 6 meses devem receber aleitamento materno exclusivo, e a partir dos 6 meses receberem alimentação complementar adequada, associada ao leite materno, estendida até 2 anos (PALMA

et al., 2009; VITOLLO, 2010). Segundo Euclydes (2005) o consumo de leite de vaca é contraindicado para crianças no primeiro ano de vida, tendo em vista as evidências científicas em relação às necessidades nutricionais e sua capacidade funcional gastrointestinal e renal, sendo assim um procedimento equivocado do programa a inserção das crianças a partir dos seis meses de vida.

Ainda, segundo Euclydes (2005) O leite de vaca é uma das alternativas para populações pobres. É importante informar que comparado ao leite materno ele apresenta elevado teor protéico e maior proporção de caseína em relação a proteínas do soro. Sua gordura tem maior quantidade de ácidos graxos saturados e menor quantidade de ácidos graxos essenciais. Os minerais como cálcio e fósforo têm uma elevada concentração de eletrólitos, e menor quantidade de micronutrientes como: ferro, zinco, cobre vitamina C. Existem vários riscos associados ao consumo do leite de vaca, entre eles estão a anemia ferropriva, pois além do leite de vaca ser mal absorvido pelo organismo, ele tem um baixo teor de ferro, devido ao elevado teor de proteína, cálcio, e fósforo, que atrapalham a biodisponibilidade. Acarrenta, ainda, a sobrecarga renal, hipocalcemia neonatal, deficiência de ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa, alergia, aminoacidemia, diabetes na idade adulta e outras deficiências.

Conforme visualizado no quadro 01, as duas proteínas mais encontradas no leite são a caseína e as proteínas do soro. No leite de vaca, a caseína constitui cerca de 80% das proteínas totais, enquanto no leite humano predominam as proteínas do soro, na proporção de 60-70%, cuja digestão é mais fácil em relação à caseína, que exige maior secreção de ácido clorídrico para adequar o pH do estômago e permitir sua digestão pela pepsina. A lactose é o principal açúcar presente no leite (humano e de vaca) e nas fórmulas infantis,. As funções da lactose são: fornecer energia, promover a absorção do cálcio e desenvolver a flora intestinal adequada. Quanto aos lipídios, têm diferenças significativas na composição de ácidos graxos: no leite de vaca, em que predominam os ácidos graxos insaturados. Quanto maior o tamanho da cadeia e mais saturado é o ácido graxo, menor é a sua absorção. Já o leite de vaca é pobre em ácido linoleico e vitamina E, além de conter quantidades excessivas de sódio, potássio e proteínas. (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005).

Figura 01- comparativo leite de vaca e leite humano

Componentes:	Leite de vaca:	Leite humano:	Comentários
Caseína	80% das proteínas totais.	30 – 40 % das proteínas totais.	As duas proteínas são encontradas no leite de vaca e leite humano.
Proteínas do soro	20% das proteínas totais.	60 – 70% das proteínas totais.	
Lactose	Presente	Presente	Principalmente na forma de açúcar tanto no leite humano e quanto no de vaca.
Lipídios	Ácidos graxos saturados	Ácidos graxos insaturados	Existe diferença na composição dos ácidos graxos.
Acido linoleico	Pobre	Rico	-
Vitamina E	Pobre	Rico	-
Sódio, potássio e proteína.	Excessivas	Rico	-
Ferro	Pobre	Pobre,	O leite humanos é ligado a lactoferrina, por isso apresenta maior biodisponibilidade.
Vitamina C	Teor reduzido	Contem: 40 ± 10 mg/l	Considerado um fator estimulador da absorção de ferro.
Cálcio	Alto teor	Teor reduzido	-
Ferro	Alto teor	Rico	Mesmo sendo maior no leite de vaca, tem baixa absorção.

Fonte: elaboração da autora a partir de OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005.

A discussão teórica apresentada é importante para reforçar que o consumo do leite materno é sempre mais indicado do que o consumo de leite de vaca. Contudo, há de se reconhecer o potencial nutricional atrelado ao consumo de leite de vaca.

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização da pesquisa

O tipo de pesquisa trata-se de um estudo transversal que, segundo Vieira e Hossne (2001) são realizados para descrever os indivíduos de uma população com relação às duas características pessoais e as suas histórias de exposição a fatores causais, em determinado momento.

Foram coletados os dados disponibilizados pela coordenação do programa do leite da Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim-RN e SISVAN nas UBS dos bairros de Parnamirim-RN. As crianças cadastradas em 2007: 03 crianças; em 2008: 159 crianças; 2009: 292 crianças; 2010:114 crianças; 2011: 287 crianças e 2012: 310 crianças. Os critérios de inclusão foram, crianças atendidas pelo programa do leite com a faixa etária entre 6 meses à 4 anos 11 meses e 29 dias Os dados coletados foram referentes ao cadastro das famílias no período de 2007 a agosto 2012.

Pesquisa documental de caracterização do município no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e site da Prefeitura Municipal de Parnamirim/RN. Além, da fundamental, pesquisa bibliográfica para elaboração do referencial teórico.

4.2 Material e métodos

Os dados foram importados do SISVAN, organizado no Excel (Office 2007) e manipulados usando a ferramenta “*tabela dinâmica e gráfico dinâmico*” do Excel, onde foram realizadas análises de caráter quantitativo e qualitativos, apresentas na forma de gráficos, tabelas e quadros. Apresenta-se, ainda, uma espacialização dos bairros com maior número de atendimentos.

4.2.1 Avaliação do estado nutricional

Para a avaliação do estado nutricional foram utilizados os indicadores: peso para idade, estatura para idade, peso para estatura e IMC para idade, das crianças cadastradas no programa, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela ; OMS (2006) e OMS (2007).Conforme quadros abaixo:

Figura 02: Estatura para idade

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade

Fonte: OMS, 2006

Figura 03: Peso para idade

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
$\geq$ Percentil 0,1 e < Percentil 3	$\geq$ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
$\geq$ Percentil 3 e $\leq$ Percentil 97	$\geq$ Escore-z -2 e $\leq$ Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97	> Escore-z +2	Peso elevado para a idade*

Fonte: OMS, 2006

Figura 04: Peso para estatura

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
$\geq$ Percentil 0,1 e < Percentil 3	$\geq$ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
$\geq$ Percentil 3 e $\leq$ Percentil 85	$\geq$ Escore-z -2 e $\leq$ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e $\leq$ Percentil 97	$\geq$ Escore-z +1 e $\leq$ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e $\leq$ Percentil 99,9	$\geq$ Escore-z +2 e $\leq$ Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

Fonte: OMS, 2006

Figura 05: IMC-para-idade

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
$\geq$ Percentil 0,1 e < Percentil 3	$\geq$ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
$\geq$ Percentil 3 e $\leq$ Percentil 85	$\geq$ Escore-z -2 e $\leq$ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e $\leq$ Percentil 97	$\geq$ Escore-z +1 e $\leq$ Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e $\leq$ Percentil 99,9	$\geq$ Escore-z +2 e $\leq$ Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

Fonte: OMS, 2006

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterizações do estado nutricional das crianças inseridas no programa Parnamirim sem fome.

Nesta seção apresenta-se as análises dos dados obtidos no SISVAN, das crianças cadastradas no Programa “Parnamirim sem fome”. Alguns gráficos estão agrupados para facilitar a disposição. A cada dado apresentado retoma-se as discussões elaboradas no referencial teórico e recorre-se a literatura acadêmica sobre o tema.

O estado nutricional das crianças atendidas pelo programa é apresentado no gráfico 01, em que é possível visualizar que a maioria das crianças cadastradas no programa encontra-se em eutrofia em 2007: 67%; em 2008: 77%; em 2009: 74%; em 2010: 73%; em 2011: 69% e em 2012: 74%.

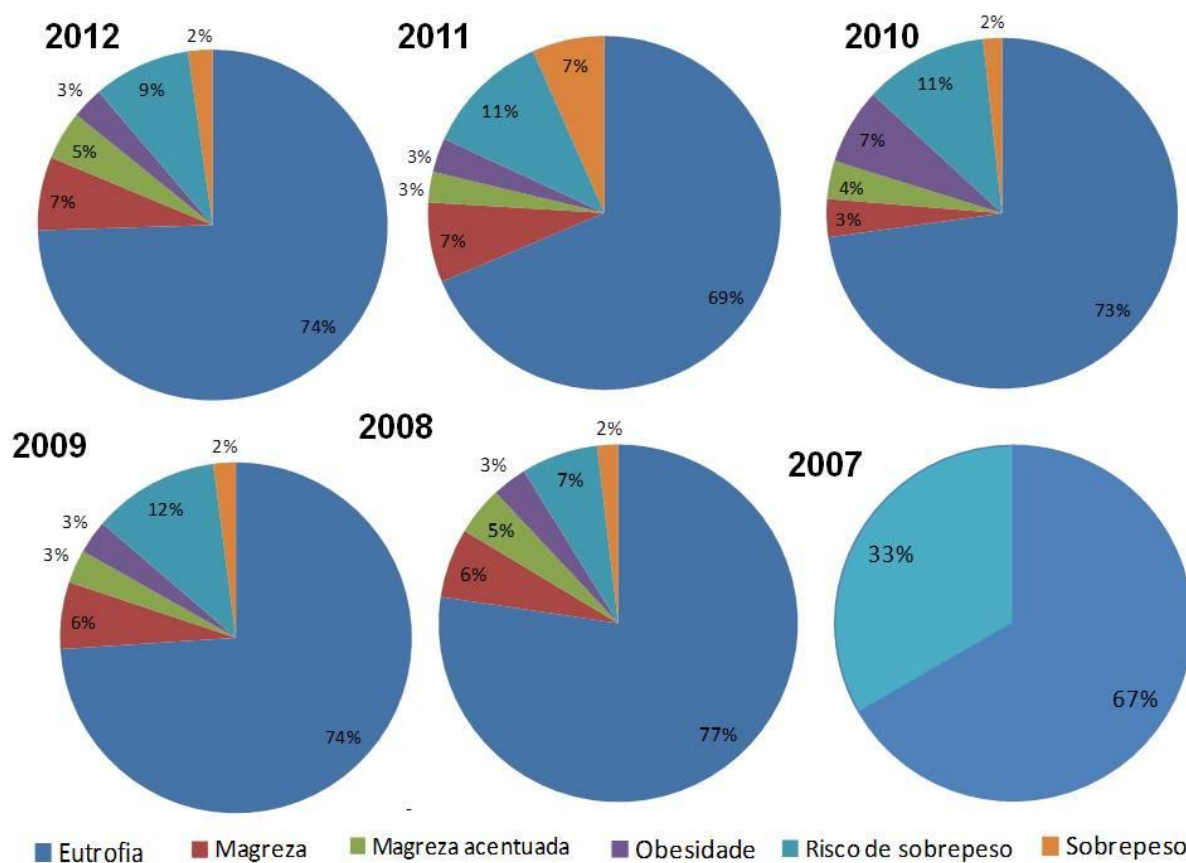


Figura 01 – Diagnósticos nutricionais segundo IMC (peso/idade) das crianças atendidas pelo Programa Parnamirim sem fome.

Fonte: SISVAN, 2012.

Na análise das crianças atendidas pelo Parnamirim sem fome verifica-se (gráfico 02) que a totalidade das crianças cadastradas no programa encontra-se em adequado estatura para idade, em 2007: 100% em 2008: 78%, em 2009: 75%, em 2010: 63%, em 2011: 72%, em 2012: 84%.

Segundo a OMS (citado em JUZWIAK, 2003) - Baixo peso-para-estatura: indica, em geral, processo recente e grave de perda de peso, normalmente associado com fome aguda ou doença grave. Pode ser resultado também de condições crônicas desfavoráveis.

Outro indicador do estado nutricional é a relação idade X altura. O crescimento é um processo dinâmico que se realiza ao longo do tempo e que deve ser analisado e quantificado mediante múltiplas medidas, em varios períodos seguindo orientação conforme a idade, o gênero e a fase de crescimento. Na avaliação dinâmica do crescimento, são comparados os dados extraídos em um determinado momento com os das curvas de crescimento já padronizadas, analisando o canal ou a zona de crescimento e a velocidade de crescimento na avaliação baseado em dados obtidos em varios momentos. (LAMOUNIER, 2009)

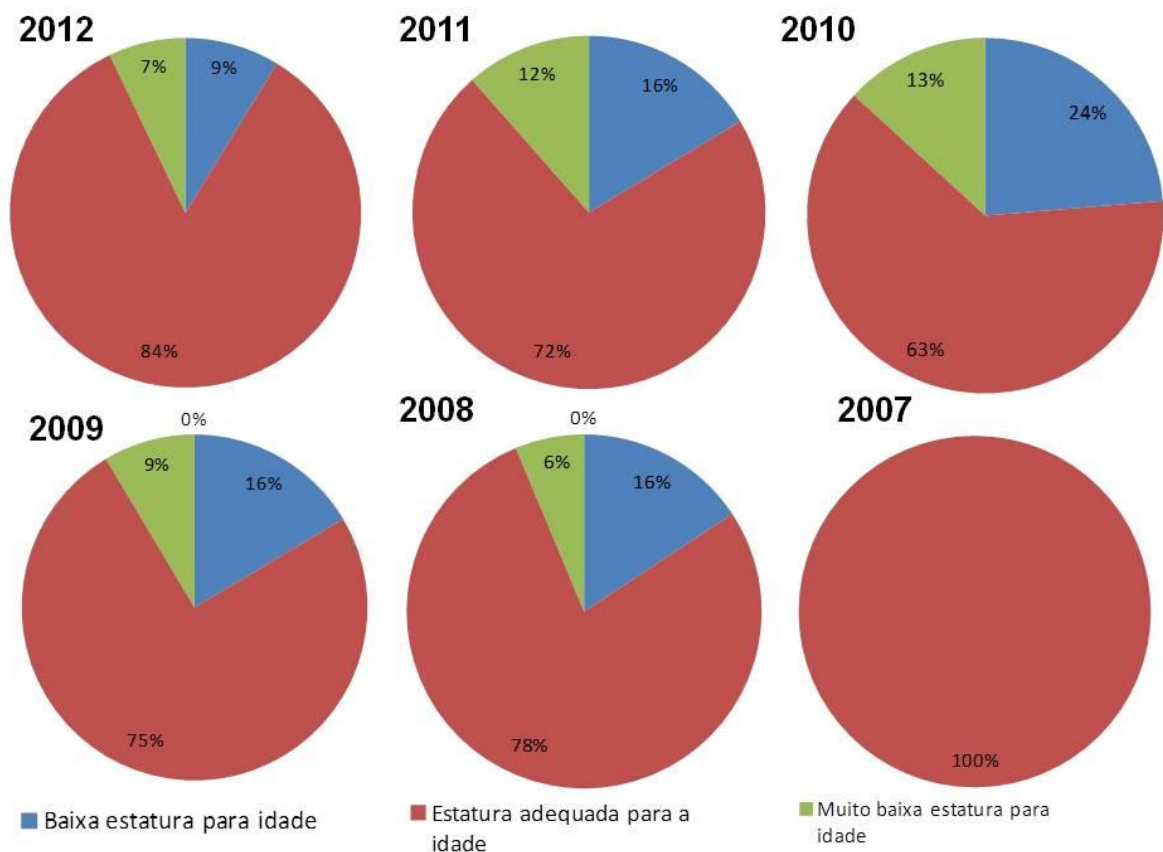


Figura 02: Diagnostico nutricional segundo (estatura/idade) das crianças atendidas pelo programa Parnamirim sem fome

Fonte: SISVAN, 2012.

Observa-se, também, o predomínio de crianças com adequado peso para idade. Conforme apresentado no gráfico 03, 2007: 100% estavam com peso adequado; em 2008: 86%; em 2009: 89%; em 2010: 87%; em 2011: 84% e em 2012: 89%, ou seja, sempre acima de 84% com peso adequado. Neste sentido, Weffort e Lamounier (2009) relatam que o peso é uma medida de grande importância em pediatria devido à fácil obtenção e pela alta sensibilidade durante os agravos nutricionais agudos e crônicos. Observação isolada tem valor relativo, por isso deve-se valorizar a curva ponderal. A pesagem deve ser feita com a criança despida, até 24 meses, e com roupas leves, nas crianças maiores, sendo posicionada de modo que o peso seja igualmente distribuído pela superfície da balança, que deve ser anteriormente calibrada.

Esse procedimento, de despir as crianças, apontado por Weffort e Lamounier (2009) não é adotado pelos profissionais que atuam no Programa Parnamirim sem fome. Pode-se questionar o quanto esse procedimento interfere nos resultados apresentados.

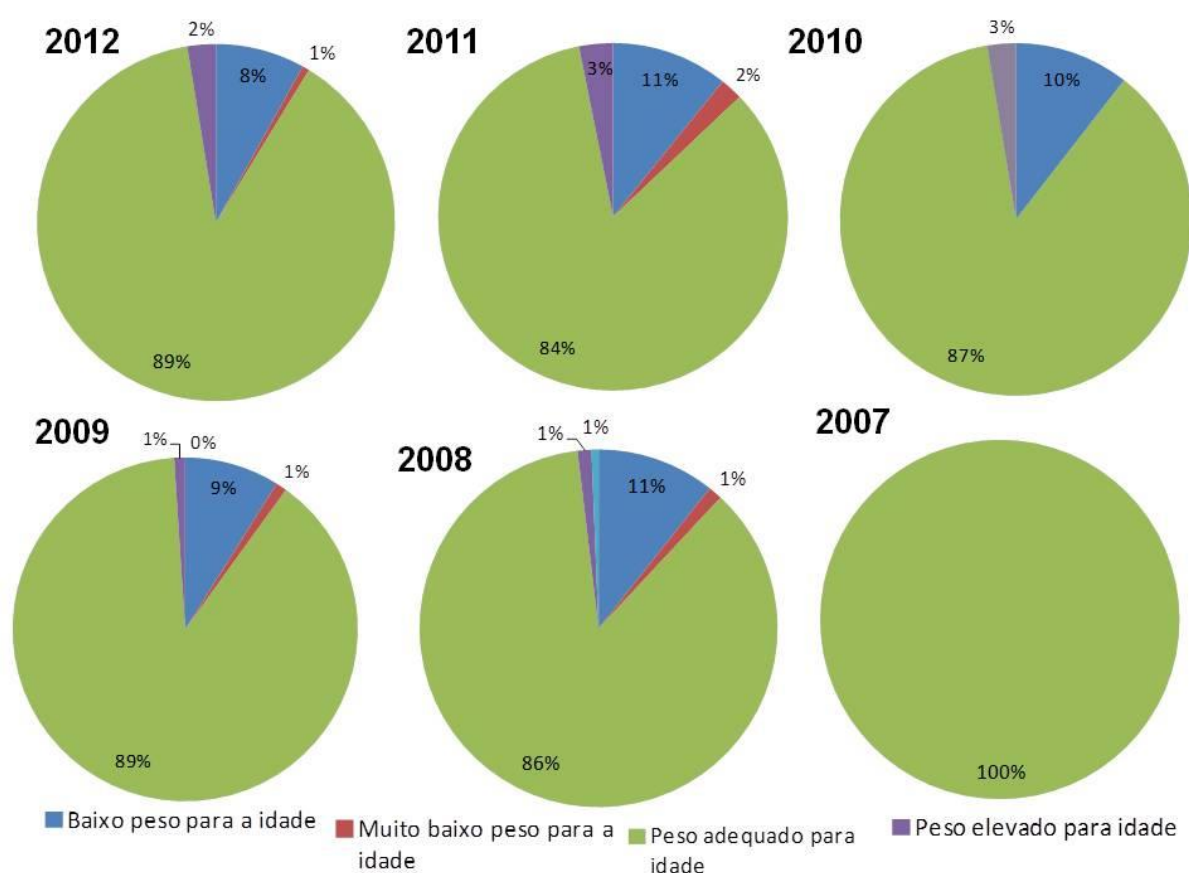


Figura: 03 Diagnostico Nutricional em relação aos parâmetros peso/idade.

Fonte: SISVAN, 2012.

Seguindo os argumentos apresentados pelos autores Euclides (2005), Oliveira & Osório (2005), Palma et al (2009) e Vitolo (2010) um programa de incentivo ao aleitamento materno para além dos 6 meses de idade é uma proposta mais adequada para garantir uma nutrição eficiente. Na não efetivação do aleitamento materno, outra política proposta por Weffort e Lamounier (2009) deveria ser a de fórmulas infantis: “compostos nos quais se utiliza a proteína isolada do leite de vaca e/ ou de soja, intacta ou hidrolizada, e todos os demais nutrientes são acrescidos, separadamente, nas quantidades e proporções recomendadas para lactentes de 1 ano de vida” (WEFFORT E LAMOUNIER, 2009, p. 29).

Barbieri (1998) defende a existência de falhas para avaliar os critérios do estado nutricional das crianças inscritas em programas de suplementação alimentar, restringindo o acompanhamento das mesmas. Essas falhas nos critérios

impossibilita, a otimização e o redirecionamento desses programas. Somando-se a esse quadro, existe o fato de que no Brasil também tem sido detectado o progresso da transição nutricional na população, caracterizada fundamentalmente por redução nas prevalências dos déficits nutricionais e ocorrências mais significativa de sobrepeso e obesidade (BARROS, 2001).

Informação essa também apresentada por Carvalho (2006), para quem o perfil nutricional da população nas últimas décadas tem se caracterizado pelo aumento da obesidade e diminuição nas prevalências de desnutrição entre adultos e crianças com a ocorrência simultânea de ambas em regiões em desenvolvimento. Mais de 17,6 milhões de crianças menores de 5 anos de idade encontra-se em sobrepeso ou risco de sobrepeso em todo mundo (MARANHÃO, 2007).

No cenário estabelecido, ver-se que o Brasil está saindo da desnutrição para a obesidade. Caminha-se para necessidade de programas de reeducação alimentar em associação aos programas de combate a desnutrição; situação verificada em Parnamirim/RN em que há mais crianças com sobrepeso do que com magreza, em todos os anos verificados.

Desta forma, evidencia-se que a maioria das crianças não se encontra desnutridas. No papel do combate a desnutrição, essa maior inserção de crianças em eutrofia, torna questionável o nome e proposta do programa.

Para além, dessa análise dos dados pode-se ampliar as discussões já apresentadas no gráfico 01, com o detalhamento do estado nutricional das crianças que entraram no programa e qual o estado nutricional na saída.

As tabelas 01 e 02 apresentadas abaixo demonstram o detalhamento dos dados. Esses são dados de movimentação no programa, não tendo uma correlação com a quantidade de vagas por ano.

Figura 01: Estado nutricional na entrada do programa

Ano entrada	ESTADO NUTRICIONAL	Total
2007	Eutrofia	3
	Risco de sobrepeso	1
2007 Total		4
2008	Eutrofia	174
	Magreza	12
	Magreza acentuada	9
	Obesidade	5
	Risco de sobrepeso	13
	Sobrepeso	5
2008 Total		218
2009	Eutrofia	106
	Magreza	12
	Magreza acentuada	2
	Obesidade	5
	Risco de sobrepeso	12
	Sobrepeso	2
2009 Total		139
2010	Eutrofia	50
	Magreza	
	Magreza acentuada	3
	Obesidade	4
	Risco de sobrepeso	4
	Sobrepeso	4
2010 Total		65
2011	Eutrofia	130
	Magreza	12
	Magreza acentuada	9
	Obesidade	5
	Risco de sobrepeso	22
	Sobrepeso	5
2011 Total		183
2012	Eutrofia	38
	Magreza	5
	Magreza acentuada	1
	Obesidade	
	Risco de sobrepeso	2
	Sobrepeso	1
2012 Total		47

Figura 02: Estado nutricional na saída do programa

Ano saída	ESTADO NUTRICIONAL	Total
2007	Eutrofia	0
	Risco de sobrepeso	1
2007 Total		1
2008	Eutrofia	15
	Magreza	1
	Magreza acentuada	1
	Obesidade	0
	Risco de sobrepeso	1
2008 Total		18
2009	Eutrofia	128
	Magreza	13
	Magreza acentuada	6
	Obesidade	3
	Risco de sobrepeso	13
	Sobrepeso	2
2009 Total		165
2010	Eutrofia	56
	Magreza	2
	Magreza acentuada	1
	Obesidade	
	Risco de sobrepeso	3
	Sobrepeso	1
2010 Total		63
2011	Eutrofia	57
	Magreza	5
	Magreza acentuada	3
	Obesidade	4
	Risco de sobrepeso	13
	Sobrepeso	4
2011 Total		86
2012	Eutrofia	247
	Magreza	20
	Magreza acentuada	13
	Obesidade	12
	Risco de sobrepeso	23
	Sobrepeso	10
2012 Total		325

Conforme é visualizado na tabela 01 as crianças inseridas do programa na sua maioria já entram no programa com estado de eutrofia (peso normal) e em alguns casos até com risco de sobrepeso. Para o sobrepeso ver, especialmente os anos de 2007, 2010 e 2011. Os anos em que a magreza é mais representativa que o sobrepeso são 2008, 2009 e 2012.

Os dados demonstram que o estado nutricional dos ingressantes do programa não corresponde a expectativa de maior inserção de crianças desnutridas.

Para saída, tabela 02, evidencia-se que as crianças saem do programa estado nutricional em sua maioria em eutrofia, alguns com risco de sobrepeso. Um dado sensível é o fato de ter uma grande saída com magreza e magreza acentuada, em destaque para os anos de 2008 e 2012. Demonstrando assim, não ter sido o programa suficiente para o combate a desnutrição.

No detalhamento da entrada e da saída, acrescida a informação da data de nascimento (imagem 01) percebe-se que crianças com idade para estar inserida no programa foram desligadas. Mais uma vez, cabe a ressalva de que podem ter ocorrido motivos ligados a mudança de endereço ou outros condicionantes.

Figura 01 – Entrada e saída, com filtro pelo estado nutricional

Ano saída	ESTADO NUTRICIONAL	DATA DE NASCIMENTO	Total
2008	Magreza	13/05/2004	1
		30/06/2004	
	Magreza Total		1
	Magreza acentuada	06/05/2004	
		13/07/2004	
2008		06/12/2007	1
	Magreza acentuada Total		1
	2008 Total		2
2009	Magreza	01/11/2004	
		14/02/2005	1
		09/03/2005	1
		15/04/2005	1
		16/04/2005	1
		17/04/2005	
		27/04/2005	1
		20/08/2005	2
		25/09/2005	
		27/09/2005	
		02/01/2006	1
		16/03/2006	1
		19/04/2006	1
		01/07/2006	1
		18/12/2006	1
		31/12/2007	1
	Magreza Total		13
	Magreza acentuada	22/06/2005	
		24/08/2005	1
		11/11/2005	1
		04/02/2006	1
		12/11/2006	2
		16/03/2007	1
		28/02/2008	
		17/03/2008	
	Magreza acentuada Total		6
	2009 Total		19
2010	Magreza	04/06/2005	
		12/07/2006	
		19/04/2007	1
		19/01/2008	1
	Magreza Total		2
2010	Magreza acentuada	27/10/2007	1
	Magreza acentuada Total		1
	2010 Total		3
2011	Magreza	18/12/2006	
		16/03/2007	
		18/03/2007	1
		01/04/2007	1
		05/07/2007	1
		23/07/2008	1
		18/10/2008	1
		08/04/2009	
	Magreza Total		5
	Magreza acentuada	13/12/2006	1
		22/01/2007	1
		20/02/2007	
		15/06/2007	
		28/05/2008	1
	Magreza acentuada Total		3
	2011 Total		8

Ano saída	ESTADO NUTRICIONAL	DATA DE NASCIMENTO	Total
2012	Magreza	27/02/2005	
		07/03/2007	1
		22/06/2007	
		16/08/2007	1
		29/08/2007	
		28/02/2008	
		13/03/2008	1
		20/04/2008	
		31/05/2008	3
		11/07/2008	
		06/08/2008	1
		07/09/2008	
		19/09/2008	1
		06/10/2008	
		14/10/2008	1
		17/10/2008	
		19/10/2008	1
		21/11/2008	
		12/03/2009	1
		31/03/2009	
		22/04/2009	
		26/04/2009	
		13/06/2009	1
		16/06/2009	1
		17/12/2009	1
		19/02/2010	
		18/03/2010	
		22/06/2010	1
		22/07/2010	1
		21/09/2010	1
		09/10/2010	1
		11/12/2010	
		17/01/2011	
		04/07/2011	1
		01/08/2011	
		09/09/2011	1
		18/09/2011	
	Magreza Total		20
2012	Magreza acentuada	11/04/2004	
		12/01/2007	1
		22/06/2007	
		28/05/2008	2
		19/06/2008	1
		26/08/2008	1
		07/09/2008	1
		19/09/2008	
		18/10/2008	1
		21/11/2008	
		06/12/2008	
		09/03/2009	
		04/05/2009	1
		15/05/2009	
		15/07/2009	1
		29/07/2009	
		10/11/2009	2
		04/01/2010	
		07/10/2010	
		04/11/2010	1
		16/01/2011	
		15/03/2011	
	Magreza acentuada Total		13
	2012 Total		33

Fonte: SISVAN, 2007 a 2012

Em linhas gerais o programa insere um maior número de eutróficos e de sobrepeso, e não consegue combater a desnutrição dos poucos casos de magrezas que inserem.

Quanto a análise da política. Verifica-se que, no ponto número de vagas, durante cinco anos consecutivos, o Programa teve alterações no número de vagas,

havendo apenas algumas substituições daquelas crianças que saíam em função da faixa etária. Em 2008, o número de vagas foi duplicado, sendo que atualmente o programa possui 540 vagas para o município, demonstrando dessa forma que o programa deve ampliar a divulgação e o trabalho de inserção das crianças desnutridas, atendendo a proposta de combater a fome.

A distribuição por bairros, disponível na figura 06, demonstra que Liberdade, Monte Castelo, Nova Esperança, Passagem de Areia, Pirangi do Norte, Rosa dos Ventos, Santa Tereza e Santos Reis são os bairros que tem o maior número de crianças atendidas ao longo do Programa.

Figura 06: Distribuição do Programa “Parnamirim sem fome” por bairro

Ano	BAIRRO																			
	BELA PARNAMIRIM	BOA ESPERANÇA	CENTRO	COHABINAL	EMAÚS	JARDIM PLANALTO	LIBERDADE	MONTE CASTELO	NOVA ESPERANÇA	NOVA PARNAMIRIM	PQ. EXPOSICAO	PQ. INDUSTRIAL	PASSAGEM DE AREIA	PIRANGIDO NORTE	PIUM	ROSA DOS VENTOS	SANTA TEREZA	SANTOS REIS	VALE DO SOL	VIDA NOVA
2007	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0
2008	0	10	2	2	2	11	12	30	20	3	3	11	10	3	4	15	2	12	0	0
2009	1	8	5	1	6	10	12	34	30	24	4	18	32	10	4	30	24	17	8	1
2010	12	1	4	1		3	3	34	21	0	18	4	2	8	1	2	16	3	3	1
2011	8	4	4	5	1	7	25	20	53	7	9	4	32	21	6	30	7	15	15	1
2012	11	6	7	4		3	20	20	16	13	9	12	41	19	5	33	26	24	12	0

Fonte: SISVAN, 2012

Os bairros com maior número de cadastro encontram-se, predominantemente, com exceção de Liberdade, na região oeste da cidade, conforme visualização na imagem 02.

Figura 02: localização dos bairros com maior número de crianças cadastradas no “Programa Parnamirim sem fome”.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o programa intitulado “Parnamirim sem fome” atende na sua maioria crianças com estado nutricional adequado. As poucas crianças em estado de magreza e magreza acentuada, de forma representativa, conseguem melhorar seu estado nutricional, havendo pouca taxa de insucesso. O que aponta para a necessidade de programas de reeducação nutricional associadas aos programas de combate a desnutrição.

Quanto as crianças inseridas no programa, algumas já encontravam com seu peso adequado, inseridas e as que estavam saiam de peso inadequado para eutrofia e alguns chegam a sobrepeso. A pergunta que fica é: não há crianças desnutridas em Parnamirim/RN? Já que a maioria atendida encontra-se em estado de eutrofia e sobram vagas. Qual o real objetivo do programa?

Pode-se deferir que o programa tem um papel de contribuir para alimentação, garantindo o estado nutricional das crianças atendidas, deduzindo que essas são crianças carentes e precisam dessa assistência. Entretanto, não há no SISVAN dados referentes a renda, impossibilitando qualquer análise socioeconômica do programa, detendo-se apenas a proposta original de atender as crianças carentes.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Francisco Fransualdo de, PESSÔA, Vera Lúcia Salazar. O programa do leite no Rio Grande do Norte e a reprodução político-oligárquica Regional. **III Simpósio Nacional de Geografia Agrária – II Simpósio Internacional de Geografia Agrária Jornada Ariovaldo Umbelino de Oliveira – Presidente Prudente**. 11 a 15 de novembro de 2005.

BARRETO, Maurício Lima et al. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. **Revista Saúde Pública** 2006: 40(5):874-82.

BARRETO Maurício Lima, et al. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Revista Nutrição**, Campinas, 18(4):459-469, jul./ago., 2005.

BARROS, Marilisa B. A, GUIMARÃES Lenir V. As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. **Jornal de Pediatria – Vol 77, Nº5**, 2001.

BARBIERI, Marco Antonio, BETTIOL, Heloira, GUTIERREZ, Manoel Romeu. **Avaliação de um programa de suplementação alimentar**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Publica Health 4(1), 1998.

BATISTA FILHO, Malaquias. Alimentação, nutrição e saúde. In: ROUQUAYROL< Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed rev. Brasília, DF; 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. 1. ed rev. Brasília, DF; 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília/DF. Ministério da saúde. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília/DF. Ministério da saúde, 2004. Disponível em

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf > acesso em: 03/11/2011.

CARDOSO, Ary Lopes et al. **Tópicos atuais em:** nutrição pediátrica. São Paulo: Atheneu, 2006.

CARVALHO, Marília Sá, Martins Eliana Bender. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2281-2300, nov, 2006.

COUTINHO, J. G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.4, pp. 688-699, 2009.

EUCLYDES, Marilene Pinheiro. **Nutrição do Lactente:** base científica para uma alimentação saudável. Minas Gerais: 2005.

GALVÃO, Ana Lilia Ollé, VARGAS, Angelo Luis de Souza. **A construção do homem através do esporte como um direito inalienável.** Fit perf j, Rio de Janeiro, 6, 4, 263, jul/ago 2007.

GUEDES, Roberto. Rosalba discutirá recuperação do programa do leite. **Nominuto.com.** Disponível em: <http://www.nominuto.com/blog/roberto-guedes/rosalba-discutira-recuperacao-do-programa-do-leite/33146/> Acesso em 24 de Nov. de 2012.

JUZWIAK, C. R. ; COMELLI, F. . Nutrição na escola: Projeto vida saudável - Colégio Jean Piaget - Santos/SP. Nutrição, Saúde e Performance - **Anuário de Nutrição e Pediatria**, São Paulo, , v. 25, p. 53 - 55, 01 set. 2004.

LIRA, Pedro Israel Cabral de, ROMANI, Sylvia de Azevedo Mello. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira materno infantil**, Recife, 4 (1): 15-23, jan./mar., 2004.

NASCIMENTO, Renato Carvalheira do. A fome como uma questão social nas políticas públicas brasileiras. **Revista IDeAS**, v. 3, n. 2, p. 197-225, jul./dez. 2009.

MAHAN, L.K.;STUMP, S.E. **Krause:** Alimentos Nutrição e Dietoterapia. Rio de Janeiro: Elsevier 2010.

MARANHÃO, Hécio de S, BRASIL, Lana do Monte Paula, BARRETO, Anna Chistina do Nascimento Granjeiro Barreto. Sobrepeso: uma nova realidade no estado nutricional de pré-escolares de Natal, Rn. **Rev Assoc Med Bras** 2007; 53(4): 311-6

MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome). *Programa do Leite*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/seguranca-alimentar-e-nutricional/paa-leite/beneficiario/programa-do-leite> . Acesso em: 24 de novembro de 2012.

MELLO, Elza Daniel de. O que significa a avaliação do estado nutricional. **Jornal de Pediatria**, v.78, n 5, 2002.

MONTE, Crístina M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**, v.76, Supl. 3, 2000.

OLIVEIRA, Maria A.A; OSORIO Mônica M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria**. Vol.81, Nº 05, 2005.

PALMA, Domingos et al. **Nutrição Clínica**: na infância e na adolescência. São Paulo: Manole Ltda, 2009.

PELIANO, Ana Maria. O comunidade solidária uma estratégia de combate à fome e a pobreza. **Planejamento e Políticas Públicas - IPEA**, n. 12, 1995.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos**. Food guide pyramid for young children 2 to 3 years old. Rev.Nutri., Campinas, 16(1):5-19, jan/mar.,2003.

PINHEIRO, Joaquim. “Garibaldi retomou o Programa do Leite e Rosalba está destruindo”. Jornal de Hoje. Disponível em: <http://jornaldehoje.com.br/%E2%80%9Cgaribaldi-retomou-o-programa-do-leite-e-rosalba-esta-destruindo%E2%80%9D/>. Acesso em 24 de Nov. de 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM, **Estatísticas e mapas**. Disponível em: <http://www.parnamirim.rn.gov.br/estatisticasemapas>. Acesso em 25 de Nov de 2012

QUEIROZ, Daiane de PREZADA, Dixis Figueroa. Micronutrientes no crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2011; 21(1): 156-171

ROCHA, Geila et al. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. Hospitalização: efeito sobre o estado nutricional em crianças. **Jornal de pediatria**. V.82, n.1.2006.

RIBEIRO, Helena, CAVALCANTI, Nicanor Ferreira. Condições socioeconômicas, programas de complementação alimentar e mortalidade infantil no Estado de São Paulo (1950 a 2000) **Saúde e Sociedade** v.12, n.1, p.31-42, jan-jun 2003.

SALOMON, Marta. **Lula retorna o programa do leite lançado por Sarney.** Disponível em: <<http://www.ecosust.org.br/textos/lula.html>>. Acesso em: 03/11/2011.

SANTOS, Ricardo V. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9 (supl.1): 46-57,1993.

SENA, Rodrigo. Municípios do Rio Grande do Norte recebem selo do Unicef. **Tribuna do Norte**, Natal/RN, 11 de dezembro 2008. Disponível em: <<http://tribunadonorte.com.br/noticia/municipios-do-rio-grande-do-norte-recebem-selo-do-unicef/95304>>. Acesso em 08 novembro 2012.

SLOMP, Fátima Martinez et al. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. 2007; 41(3):441-6.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de, JÚNIOR, Ivan França, GOULART, Rita Maria Monteiro. Fatores associados à recuperação nutricional de crianças em programa de suplementação alimentar. **Revista Brasil Epidemiologia**, 2009; 12(2): 180-94.

STEIN, Lilian M, RAMOS Maurem, Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria** - Vol. 76, Supl.3, 2000.

VENANCIO, S. I; LEVY, R. B.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONDINI, L.; STEFANINI, M. L. R. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, n.2, p. 213-220, 2007.

ViCTORA, Cesar Gomes; GIUGLIANI Elsa R.J. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria** – Vol. 76. Supl.3.2000.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. Noções Básicas. In SILVA, S. M. C.S.; MURA, J.D.P. **Metodologia Científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VITOLO, Márcia Regina. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

WEFFORT, Virgínia Resende et al. **Nutrição em pediatria**: da neonatologia à adolescência. São Pulo: Manole Ltd, 2009