

Perfil dos beneficiários do Programa de Suplementação Alimentar de uma unidade básica de saúde de Botucatu, São Paulo

Profile of beneficiaries of the Supplementary Feeding Program of a primary health unit of Botucatu, São Paulo, Brazil

Vera Lúcia Pamplona TONETE¹

Maria das Graças Carvalho FERRIANI²

Carolina Pamplona GUIMARÃES³

RESUMO

Objetivo

Este estudo objetivou apreender algumas características sócio-sanitárias do grupo de beneficiários do Programa de Suplementação Alimentar de unidade básica de saúde de um município de médio porte do interior paulista. Especificamente, buscou-se delinear o perfil deste grupo quanto aos fatores de risco para a desnutrição infantil a que estava exposto e dimensionar a utilização dos critérios de inclusão neste programa.

Métodos

A pesquisa é de cunho descritivo e se baseou em documentos oficiais vigentes para a definição dos fatores de risco a serem analisados. Foram avaliadas 290 crianças cujas mães ou responsáveis foram entrevistados, segundo um protocolo previamente estabelecido.

Resultados

O grupo de beneficiários caracterizou-se por ser heterogêneo quanto à frequência e ao grau da exposição a fatores de risco para a desnutrição, denotando que há diferenças nos problemas socioeconômicos e sanitários apresentados, como também na combinação entre eles, em cada família.

¹ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Campus Universitário, Distrito de Rubião Júnior, s/n, 18618-000, Botucatu, São Paulo, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: V.L.P. TONETE. E-mail: <vtonete@uol.com.br>.

² Departamento de Enfermagem Materno Infantil e de Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Nutricionista clínica, membro do Núcleo de Ensino, Estudos e Pesquisa do Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Conclusão

Para a otimização do programa, ainda vigente no município, sugere-se a padronização loco-regional de critérios de inclusão, conforme a proposta oficial central, com o registro claro dos mesmos e, também, a aplicação de métodos avaliativos periódicos, adequada capacitação da equipe de saúde e maior envolvimento da população usuária.

Termos de indexação: grupos de risco; suplementação alimentar; transtornos da nutrição infantil.

ABSTRACT

Objective

The purpose of this study was to observe the social-sanitary characteristics of a group of beneficiaries of the Supplementary Feeding Program in a primary health unit of a mid-sized town in the countryside of São Paulo State. Specifically, we sought to outline the profile of this group with regard to the exposure to risk factors of child malnutrition and clarify the use of the criteria for inclusion in the program.

Methods

The research is of a descriptive character and is based on official documents presently in effect for the definition of the risk factors under analysis. The mothers/guardians of the 290 children evaluated, were interviewed following a previously established protocol.

Results

The group of beneficiaries was characterized by heterogeneity with regard to the frequency and degree of exposure to the risk factors of malnutrition, while revealing differences in the socioeconomic and sanitary problems presented in each family, as well as the combination among them.

Conclusion

Loco regional standardization of the inclusion criteria, in accordance with the central official proposal, with the clear registration of the same and, also the application of periodic evaluation methods, adequate qualification of health team members and greater involvement of the target population were suggested for the optimization of the program that still works on in town.

Indexing terms: risk groups; supplementary feeding; child nutrition disorders.

INTRODUÇÃO

A suplementação alimentar (SA) é considerada como a intervenção nutricional feita por meio da doação de alimentos a grupos vulneráveis e de alto risco, identificados como tal por suas desfavoráveis condições de vida e baixo poder aquisitivo, e por se encontrarem em condições biológicas e fisiológicas especiais, como: grupos de crianças, gestantes e nutrízes, com vistas a melhorar o seu estado nutricional¹.

Essa consideração foi baseada nos conceitos de risco, definido como uma medida de probabilidade estatística de que ocorra um resultado não desejado, e de fatores de risco, definidos como características de um indivíduo ou grupo, associadas a uma probabilidade aumen-

tada de surgir, desenvolver ou estar exposto a determinado dano à saúde: doença, morte etc. Contudo, a presença do fator de risco não significa doença, mas indica quem, com maior chance, poderá ficar doente².

A suplementação alimentar, embora apontada como medida de caráter emergencial³, vem ocorrendo em unidades do setor saúde desde a primeira metade do século XX, sob forma de programas voltados, basicamente, ao grupo materno infantil, exposto a riscos nutricionais⁴. Durante esse período, essa intervenção pública têm variado quanto aos seus objetivos, forma de operacionalização, recorte da população alvo, tipo e quantidade de alimentos distribuídos, como também quanto aos seus responsáveis financeiros e técnicos.

Na literatura correlata, encontram-se vários estudos que historicam e analisam criticamente a pertinência desses programas no enfrentamento da desnutrição, sob diferentes pontos de vista, notando-se destaque às referências sobre a importância da definição dos critérios de inclusão dos beneficiários nos mesmos, ou seja, sobre os fatores de risco para a desnutrição a serem escolhidos para essa definição, como também os critérios de identificação de crianças já desnutridas⁴⁻¹⁰.

Em Botucatu, município de médio porte do interior do estado de São Paulo, a prática da suplementação alimentar sempre esteve presente nas unidades de saúde de atendimento básico. Inicialmente, nas unidades gerenciadas pela Secretaria Estadual de Saúde, em conjunto com a Universidade Estadual Paulista e, após a municipalização dos serviços de saúde, também nas unidades básicas de saúde (UBS) gerenciadas apenas pela Secretaria Municipal de Saúde^{7,11}.

Como um marco na existência do Programa de Suplementação Alimentar (PSA) neste município, em 1983 inicia-se um processo de discussão sobre esse assunto pelos setores envolvidos, quando são sentidos problemas na operacionalização dessa prática e são propostas adequações, principalmente, quanto aos critérios de inclusão de crianças no PSA. Em 1989, o município passou a adotar um formulário que propunha tanto critérios biológicos como critérios sociais para a seleção de beneficiários, classificados, dessa forma, com base em fatores de risco para desnutrição de características biológicas e sociais, respectivamente¹².

Na década de 90, as UBS de Botucatu incorporaram, na prática do PSA, também, as recomendações contidas nas resoluções e normas técnicas oficialmente preconizadas por instâncias de gestão centrais^{13,14}, que, por sua vez apresentavam, entre outras, diferenças quanto aos critérios de seleção de beneficiários do PSA, não abandonando, contudo, as normas anteriormente estabelecidas pela instância de gestão local. Ou seja, ainda na presente década, o PSA é adotado, nesse município, como política de intervenção

nutricional, sofrendo alterações propostas por esse nível local de gestão, ao mesmo tempo em que são implementadas outras políticas públicas de atenção à população usuária das UBS.

Dessa forma, historicamente, tendo por base determinados critérios contidos nas políticas propostas e o modo como essas políticas são representadas e implementadas no cotidiano de cada UBS do referido município, entre as crianças matriculadas, tem-se delimitado um grupo com características especiais para ser beneficiado pelo PSA, considerado como um grupo com maior chance de apresentar problemas nutricionais e, certamente, merecedor de atenção especial pela instituição de saúde que o atende^{7,15}.

Na prática, atualmente em Botucatu, SP, a população beneficiária do PSA é selecionada pelos técnicos das UBS, que baseados em critérios biológicos e sociais, inscrevem no citado programa as crianças que já estão matriculadas nesses serviços e que passam a ser acompanhadas em consultas médicas e em atendimentos de enfermagem, com uma frequência mensal, quando recebem a "Cartela do Leite", que viabiliza a aquisição de um litro de leite por dia, em postos de entrega autorizados.

Levando-se em conta a importância dos critérios para a efetivação da prática social em foco, e considerando a possibilidade de haver disparidades no emprego desses critérios para a inclusão de beneficiários, o objetivo deste estudo foi caracterizar este grupo atendido pelo Programa de Suplementação Alimentar em Unidade Básica de Saúde de Botucatu, São Paulo. Especificamente, buscou-se: delinear o perfil do grupo quanto aos fatores de risco para a desnutrição infantil a que estava exposto, e dimensionar a utilização dos critérios de inclusão no programa, pressupondo-se ser esse um grupo de alto risco para a desnutrição infantil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de cunho descritivo, realizado em uma UBS da rede municipal de saúde

de Botucatu, município de médio porte do interior paulista. Entre nove UBS da zona urbana, existentes na época, priorizou-se desenvolver o trabalho de campo na UBS do Jardim Peabiru, eleita para representar as demais unidades. Esta escolha deveu-se à história de mais de dez anos de implementação do PSA neste serviço, bem como a outras características específicas: o fato de ser a UBS que, até então, possuía o maior número de crianças usuárias, em comparação às outras unidades do município, e servir a uma extensa região periférica, com uma população em desfavorável situação socioeconômica e cultural¹⁵. A priorização de apenas uma UBS decorre da assertiva de que todas as outras seguissem as mesmas normas operacionais adotadas pelo município, para o desenvolvimento do PSA.

Para a coleta dos dados, de um universo previsto de 293 crianças, número correspondente ao total de cotas válidas do PSA, destinado àquela UBS, a população deste estudo constituiu-se por 290 crianças, cujas mães ou responsáveis concordaram em participar da pesquisa, após estarem a par de seus propósitos e ser garantido o sigilo de seus depoimentos. Do referido universo, 3 crianças não compareceram à UBS, no período estipulado para o trabalho de campo.

Esta investigação foi avaliada e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa e todas as mães ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em estudo científico.

Os dados foram colhidos na própria UBS, entre 18 de novembro a 13 de dezembro de 1999, durante atendimento individual realizado pela pesquisadora, aproveitando o comparecimento das mães ou responsáveis e crianças para a troca mensal da cartela, a qual possibilita a obtenção do suplemento alimentar nos postos de entrega. Além dos procedimentos rotineiros, como a realização da antropometria da criança, nesse atendimento, as mães ou os responsáveis foram entrevistados, para o que foi elaborado um instrumento contendo informações sobre: identi-

ficação do entrevistado; dados antropométricos da criança; composição familiar; condições socioeconômicas; caracterização do domicílio; caracterização da criança; dados sobre atendimento na unidade básica de saúde e sobre o programa de suplementação alimentar.

Para a obtenção dos dados antropométricos foram utilizados os equipamentos do próprio serviço de saúde, devidamente calibrados, a saber: balança mecânica (horizontal: graduação de 10g e vertical: graduação de 100g) e antropômetro (horizontal e vertical ambos com graduação de 1mm).

Especificamente, para a caracterização sócio-sanitária do grupo de beneficiários do PSA, no formulário foram incluídas questões relativas à sua exposição a fatores de risco para a desnutrição infantil. Foram priorizados os fatores de risco que, por sua vez, basearam a delimitação dos critérios de inclusão de crianças no PSA, contidos nos documentos oficiais adotados pela UBS para a operacionalização deste programa, na época: Documento 1: Uso do critério de risco na seleção de crianças para ingresso no programa de leite fluído, de 1989¹², Documento 2: Resolução da SS-489, de 1994, Norma Técnica que redefine critérios e beneficiários de programas de suplementação alimentar nas unidades básicas de saúde do estado de São Paulo¹³ e Documento 3: Decreto n. 41.612, de 1997, que estabelece novas diretrizes para a execução do Programa Campo/Cidade - Leite e dá providências correlatas¹⁴.

A saber, os referidos fatores de risco relacionam-se a: determinada faixa etária, período do desmame, peso ao nascer, frequência de internações hospitalares e situação no gráfico de peso para idade, apontados como fatores de riscos biológicos e, institucionalização da criança, condições de moradia, renda e estrutura familiar, apontados como fatores de riscos sociais.

O formulário preenchido durante o trabalho de foi previamente testado com 14 mães ou responsáveis e 15 crianças (dois eram irmãos), em um dia de atendimento de troca de cartela do PSA, em outra UBS de Botucatu, seguindo os

mesmos passos descritos acima, o que possibilitou a devida adequação deste instrumento.

O prontuário da criança e a ficha controle específica do PSA serviram de fontes secundárias para a coleta de informações sobre a criança por ocasião de seu nascimento e de sua inscrição no PSA da UBS do Jardim Peabiru.

Após sistematização, os dados foram processados utilizando o programa Epi Info, versão 6.0. O processamento dos dados antropométricos foi realizado com o auxílio do módulo Epinut, versão 2.0, destinado a classificar as medidas das crianças em relação às curvas de crescimento desenvolvidas pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS) e pelo *Centers for Diseases Control* (CDC) e adotadas como padrão de referência pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para possibilitar o dimensionamento da composição do grupo em estudo, quanto aos critérios de seleção, respectivamente, procurou-se dividir os dados de caracterização em dois grandes agrupamentos: critérios biológicos e critérios sociais.

Critérios biológicos

Os dados relativos ao sexo e à idade foram obtidos nas fontes secundárias já citadas e, especificamente sobre a idade, as informações foram atualizadas no momento da entrevista junto às mães ou aos responsáveis.

- *Sexo*: o sexo não é considerado pelos três documentos oficiais utilizados neste estudo, entretanto, a título de caracterização do grupo de beneficiários do PSA, esta variável foi incluída. O grupo estudado caracterizou-se por uma distribuição equilibrada entre ambos os sexos (Tabela 1).

- *Idade*: os três documentos de referência consideram a infância como um período significativo para a ocorrência da desnutrição e, como critério para a cobertura do PSA, estabelecem prioridade à faixa etária de 6 até 24 meses de idade.

A amplitude de idade foi de 1 a 45,5 meses, com média de 20,5 meses e desvio-padrão de 11,6 meses.

Na Tabela 1 nota-se que, praticamente, a metade das crianças foi inscrita no PSA precocemente, com menos de seis meses de idade. Oficialmente, somente em situações especiais, quando não há a possibilidade da prática do aleitamento materno exclusivo, é que se pode inscrever a criança antes dos 6 meses de idade, o que pode ter motivado esse considerável índice de inscrição precoce. Por outro lado, não existiram inscrições de crianças com 24 meses ou mais, atendendo às priorizações recomendadas pelos 3 documentos.

Correspondendo às normas do PSA estabelecidas pelos gestores centrais e locais para a permanência de beneficiários nesse programa, a maior parte das crianças estava na faixa etária de 6 a 24 meses de idade. Entretanto, muito embora não tenham sido constatadas inscrições de crianças na faixa etária de 24 meses ou mais, ao atentar para a idade das crianças em acompanhamento pelo PSA, identificaram-se algumas delas com mais de 24 meses de idade, época definida pelas normas vigentes para que as crianças recebam alta desse programa.

Pode-se considerar que, no cotidiano de sua prática, o PSA tem extrapolado as recomendações, no que se refere à inscrição de crianças abaixo de 6 meses de idade e à permanência das mesmas como beneficiárias após 24 meses de idade. Esses achados apontam para a necessidade da formulação de outras ações básicas de saúde e nutrição, voltadas aos grupos menores de 6 meses, com a priorização da promoção ao aleitamento materno e, também, acima de 24 meses, valorizando o acompanhamento do

Tabela 1. Distribuição dos beneficiários do PSA* da UBS** do Jardim Peabiru quanto aos critérios biológicos. Botucatu, 2000. quanto aos critérios biológicos.

Critérios Biológicos	Variáveis	n	%
Sexo (n=290)	Feminino	137	47,2
	Masculino	153	52,8
Idade na inscrição (n=290)	<6 meses	138	47,6
	Entre 6 a 24 meses	152	52,4
	>24 meses	0	0
Idade em acompanhamento (n=290)	<6 meses	26	9,0
	Entre 6 a 24 meses	184	63,5
	>24 meses	80	27,5
Aleitamento materno (desmame) (n=290)	<1 mês	28	9,7
	Entre 2 e 6 meses	121	41,7
	>6 meses	34	11,7
	Aleitamento misto	42	14,5
	Sem informação	65	22,4
Peso ao nascer (n=290)	Baixo peso ao nascer	48	16,6
	Peso insuficiente	92	31,7
	Peso adequado ao nascer	143	49,3
	Sem informação	7	2,4
Internação hospitalar (n=290)	Nenhuma internação	217	74,8
	Uma internação	55	19,0
	Duas ou mais internações	18	6,2

*PSA: Programa de Suplementação Alimentar; **UBS: Unidade Básica de Saúde.

crescimento e desenvolvimento e a abordagem nutricional, principalmente, para viabilizar a detecção precoce de situações de risco nutricional e para possibilitar a proposição de outros tipos de intervenção, preventivas e de recuperação, no enfrentamento da desnutrição.

- *Aleitamento materno*: como um fator de risco para a desnutrição infantil, o desmame precoce é destacado somente nos dois primeiros documentos, porém, todos os três textos preconizam o início da suplementação alimentar, após a criança ter completado seis meses de idade, baseados na indicação do aleitamento materno exclusivo até este período. O primeiro documento estabelece como critério que favorece a inscrição da criança no PSA o fato dela ter sido amamentada por menos de um mês.

Quanto ao aleitamento materno, do total de crianças estudadas, foi possível obter informações somente de 225 (77,6%). Na Tabela 1 é possível verificar que 149 (51,4%) crianças estudadas quanto a esse aspecto foram completamente desmamadas antes dos 6 meses de idade, período no qual é recomendado o aleitamento materno exclusivo, inclusive, para prevenção da desnutrição energético-protéica¹⁶. Os dados sobre a época do desmame foram obtidos das fichas-controle do PSA, registrados por membro da equipe de enfermagem, segundo informações fornecidas pelas mães ou responsáveis nos atendimentos de rotina, sendo possível recuperar somente os dados referentes à época do desmame completo (cessação do aleitamento materno). A coleta dessas informações e seus registros deram-se de uma forma sistemática, praticamente na

época de sua ocorrência, e com a aplicação do formulário, foi possível atualizar essas informações. Entretanto, há de considerar que esses dados possam estar sujeitos ao viés de esquecimento pelos informantes, principalmente, em relação às crianças que já estavam completamente desmamadas ao serem inscritas no PSA e, entre essas, as mais velhas.

Em pesquisa realizada sobre a situação do aleitamento materno na área urbana em Botucatu, que cobriu 91,8% da população de crianças menores de um ano, foi encontrada uma proporção elevada de crianças amamentadas aos 30 dias de vida (91,8%), porém, aos 6 meses de idade, 52,4% haviam sido desmamadas, demonstrando que a prática do aleitamento materno necessita de incentivo, neste município¹⁷.

A título de complementação e a par dos possíveis vieses de esquecimento pelos informantes, no momento do preenchimento do formulário desta pesquisa, também foram colhidos dados sobre os motivos referidos para que o desmame completo ocorresse. Destacaram-se, para todas as faixas etárias, os atributos ao próprio leite materno, tanto pela quantidade como pela qualidade, relativos à síndrome da insuficiência percebida de leite¹⁶ referenciados como: “não tinha leite”, “pouco leite”, “leite fraco”, “leite não sustentava”, “leite secou”, “preferiu substituí-lo por mamadeira”, “preferiu substituí-lo por outro alimento”. Tais motivos sugerem que a opção pelo desmame e pelo abandono do aleitamento materno pode estar reforçada pela possibilidade da inclusão e permanência dessas crianças no PSA.

Quanto ao desmame precoce, observou-se uma grande parte do grupo estudado exposta ao risco de desnutrição, o que, certamente, favoreceu a sua inclusão no programa. Esses dados reforçam a necessidade de intervir, especificamente, nos grupos mais jovens (abaixo dos seis meses), com o intuito da proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Desse modo, dadas a amplitude de fatores envolvidos na ocorrência do desmame precoce e as possibilidades de intervenção efetiva, ações de educação

e aconselhamento em amamentação deveriam ser viabilizadas no acompanhamento das gestantes e dos lactentes pelas UBS, bem como treinamento de profissionais de saúde para tal, além de outras práticas facilitadoras do aleitamento materno que deveriam, também, ser desencadeadas na assistência ao parto e puerpério¹⁸.

- *Peso ao nascer*: somente o primeiro documento destaca o baixo peso ao nascer como um fator de risco para a desnutrição infantil, o qual estabelece, entre os seus critérios, a possibilidade maior de inscrever a criança que apresentou ao nascimento o peso inferior ou igual a 2 500 gramas.

Os dados sobre o peso ao nascer foram obtidos das fichas-controle do PSA, os quais foram registrados por membro da equipe de enfermagem, no momento da inscrição das crianças nesse programa, segundo informações contidas nas cópias das fichas de recém nascido vivo, que ficam nos seus prontuários.

Das 283 crianças para as quais se obteve o peso ao nascimento, aproximadamente a metade apresentou peso adequado ao nascer (peso > 3 000g), o que situa a outra metade como exposta ao risco de desnutrição, tanto por ocasião de seu nascimento, como no transcorrer de sua vida pós-natal, principalmente, no seu primeiro ano de vida, uma vez que o baixo peso ao nascer (peso ≤ 2 500g) e o peso insuficiente (peso entre 2 501 e 3 000) são, comprovadamente, fatores relacionados à morbimortalidade infantil, como também a problemas no crescimento e desenvolvimento da criança^{2,16,19}. Quanto ao critério de inclusão no PSA, acima descrito, a Tabela 1 revela que apenas 16,6% desta amostra corresponderiam ao mesmo.

Estes achados, como os outros já destacados, vêm ao encontro da necessidade de valorizar ações integradas de acompanhamento das famílias pertencentes à UBS, entre outras, voltadas à promoção da gestação, parto e puerpério saudáveis.

- *Internação hospitalar*: a internação da criança por qualquer motivo ou período, como um fator de risco para a desnutrição infantil, foi

referenciada apenas no primeiro documento, que estabelece como critério a favor da inscrição da criança no PSA, a frequência de internação hospitalar igual a duas vezes ou mais.

Não foi possível recuperar, nos prontuários e nas fichas-controle do PSA, dados consistentes sobre as internações hospitalares das crianças estudadas. Entretanto, com a intenção de dimensionar a exposição desse grupo ao risco de desnutrição, quanto ao fator acima descrito, essas informações foram obtidas na entrevista junto às mães ou responsáveis, baseando essa opção no fato de serem eventos que, por sua gravidade, são marcantes e mais difíceis de serem esquecidos. É válido ressaltar que, na impossibilidade de precisar com os entrevistados, se essas internações hospitalares ocorreram antes ou depois das inscrições das crianças no PSA, foi considerado o período desde o nascimento das mesmas até a entrevista.

A Tabela 1 apresenta a frequência de internação hospitalar das crianças estudadas, indicando que um quarto delas estava exposto ao risco de desnutrição, ao considerar esse aspecto. Contudo, somente uma pequena parcela corresponderia a esse critério estabelecido para a inscrição no PSA.

Para complementar essas informações, as causas referidas dessas internações foram levantadas, sendo aquelas relacionadas ao aparelho respiratório as mais referidas, destacando-se a pneumonia. O número de referências às internações relacionadas ao aparelho gastrointestinal foi considerável, sendo que, nesse agrupamento, a diarreia foi causa mais referida. Os distúrbios nutricionais, entre eles a desnutrição, como motivo básico para a internação, também foi mencionado.

Considerando que a maior parte dessas crianças foi matriculada na UBS no seu primeiro mês de vida, 193 (68,2%), os dados anteriores revelam que as ações básicas de saúde, em geral, e as ações específicas do PSA, não são suficientes para impedir o agravamento dos estados de saúde e nutricional de algumas crianças acompanhadas. Mais uma vez, evidencia-se a importância da

valorização das ações integradas de promoção à saúde da população, bem como de ações específicas de prevenção e atuação precoce frente aos agravos mais comuns que afetam as crianças.

- *Antropometria da criança*: dos três documentos, somente o último publicado não cita os aspectos antropométricos para a seleção dos beneficiários do PSA, sendo que os dois primeiros recomendam utilizar o índice do peso para a idade e apontam como ponto de corte o percentil 10 do padrão de referência "Santo André, Classe IV" e "NCHS", abaixo do qual as crianças identificadas poderiam ser inscritas e, da mesma forma, acima do qual as crianças que não estivessem ganhando peso adequadamente, em três observações consecutivas, com os menores intervalos possíveis.

Nesta pesquisa foram consideradas as informações sobre peso e idade em três momentos: nascimento, inscrição da criança e aplicação do formulário.

Analisando os dados relativos à época da inscrição das crianças no PSA (Tabela 2), é possível perceber que a situação das crianças abaixo do percentil 10 do índice peso para a idade, não tem sido considerada como critério primordial para a seleção dos beneficiários do PSA, podendo-se inferir que as crianças situadas acima desse percentil foram inscritas por apresentarem ganho de peso insatisfatório, nulo ou negativo (obtido em avaliações periódicas) ou levando-se em consideração outros critérios biológicos e/ou sociais.

O índice peso para idade fornece uma informação genérica sobre a condição nutricional da criança e a comparação entre os índices peso para a idade, em diferentes momentos, é um método bastante grosseiro de avaliação do estado nutricional dos indivíduos, pois classifica como desnutridos indivíduos com baixa estatura, superestimando a prevalência da desnutrição atual. Sua recomendação para a utilização em UBS ocorre, principalmente, por sua facilidade de operacionalização e por fornecer subsídios para uma adequada triagem populacional de crianças com déficits do peso para idade e peso para a estatura (sensibilidade alta)^{20,21}.

A par dos tamanhos diferentes das amostras da população estudada, em cada época (Tabela 2), pôde-se constatar que menos de um quarto do grupo de beneficiários estava exposto ao risco de desnutrição, na época da inscrição, proporção que se apresentou ainda menor, por ocasião da realização da presente pesquisa, e menor ainda ao nascimento. Por outro lado, os dados disponíveis não permitiram confirmar se esse grupo estava exposto ao risco de desnutrição, ao considerar o critério da evolução nutricional desfavorável. Portanto, faz-se necessário um maior investimento institucional em ações efetivas de

acompanhamento e avaliação do estado nutricional das crianças inscritas, como estratégia fundamental para o desenvolvimento do PSA.

- *Crítérios sociais*: como ocorreu com os dados sobre as internações hospitalares, a obtenção dos dados relativos aos critérios sociais, abaixo apresentados, somente foi possível com a realização da entrevista com as mães ou responsáveis. Assim, o dimensionamento da exposição do grupo de beneficiários ao risco de desnutrição, quanto a esses critérios, diz respeito a essa época (Tabelas 3 e 4).

Tabela 2. Distribuição dos beneficiários do PSA* da UBS** do Jardim Peabiru segundo situação em relação ao percentil 10 de peso para idade, nos três momentos. Botucatu, 2000.

Situação em relação ao P10	Peso/Idade					
	Nascimento		Inscrição		Formulário	
	n	%	n	%	n	%
Abaixo de P10	51	17,6	62	21,4	48	16,6
Acima de P10	232	80,0	210	72,4	241	83,1
Sem informação	7	2,4	18	6,2	1	0,3
Total	290	100,0	290	100,0	290	100,0

*PSA: Programa de Suplementação Alimentar; **UBS: Unidade Básica de Saúde.

Tabela 3. Distribuição dos beneficiários do PSA* da UBS** do Jardim Peabiru quanto aos critérios sociais - tipo de moradia. Botucatu, 2000.

Critérios Sociais	Variáveis	n	%
Tipo de moradia - barraco (n=290)	Alvenaria	232	80,0
	Madeira	49	16,9
	Alvenaria e madeira	9	3,1
Tipo de moradia - fossa (n=290)	Rede de esgoto ligada internamente à casa	249	85,9
	fossa	41	14,1
Tipo de moradia - outros (n=290)	Rede de água ligada à casa	278	95,8
	Coleta sistemática de lixo	284	97,9
	Rede elétrica ligada à casa	288	99,3
	Domicílio próprio/financiamento	108	37,2
	Domicílios alugados	103	35,5
	Domicílios cedidos	77	26,6
	Domicílios invadidos	2	0,7
	Um cômodo	127	43,8
	Dois ou mais cômodos	163	56,2
	Fogão a gás	286	98,6
	Televisão	240	83,1
	Rádio	229	79,0
	Geladeira	218	75,2
	Freezer	15	5,0
Vídeo-cassete	15	5,0	
Telefone fixo	3	1,0	

*PSA: Programa de Suplementação Alimentar; **UBS: Unidade Básica de Saúde.

- *Tipo de moradia*: enquanto fatores de risco para a desnutrição, aspectos relacionados à moradia, que se referem, exclusivamente, ao tipo de construção (alvenaria ou barraco) e à disponibilidade de rede de esgoto ligada àquela (privada ou fossa), foram considerados apenas pelo primeiro documento, que estabelece como critério que favorece a inscrição no PSA, o fato de a criança morar em barraco ou ter fossa na moradia.

Considerando os dados sobre moradia (barraco e fossa) (Tabela 3), observa-se um pequeno percentual de crianças expostas ao risco para desnutrição. Essa tabela também sintetiza outros dados quanto à moradia, que foram coletados para complementação da caracterização da população estudada, os quais revelaram condições favoráveis de vida e saúde para a maioria das crianças, inclusive, superando as estatísticas referentes ao Brasil urbano como um todo, e mesmo à região Sudeste²². Entretanto, faz-se necessário destacar que o uso desses bens e serviços depende do pagamento das taxas públicas e privadas de energia elétrica, de água, de gás e outras, o que pode não ocorrer, devido ao baixo poder aquisitivo desta população, como se apresenta e se discute a seguir.

- *Renda*: a baixa renda familiar, como um fator de risco para a ocorrência da desnutrição, é citada apenas no último documento, que estabelece como critério para a inscrição da criança no PSA, o ponto de corte de dois salários mínimos de renda familiar. Eram prioritariamente inscritas as crianças de famílias cujos chefes estivessem desempregados ou aquelas cujas mães fossem arrimos de família.

As famílias deste estudo apresentaram renda mensal média de 3 salários mínimos com desvio-padrão de 2,3 salários mínimos. Entretanto, mais de um terço das crianças pertencia a famílias com renda mensal de até 2 salários mínimos (Tabela 4). Acrescenta-se que, entre todas as famílias estudadas, 18 (6,2%) crianças não contaram com renda familiar alguma durante o último mês que antecedeu o trabalho de campo.

Quanto aos chefes das famílias estudadas (considerou-se chefe de família o membro apontado pelo informante como tal), e suas respectivas situações de trabalho, os dados apresentados na Tabela 4 mostram, também, que pequena parcela estava desempregada e que uma parcela ainda menor das crianças tinha a mãe como arrimo de família.

Tabela 4. Distribuição dos beneficiários do PSA* da UBS** do Jardim Peabiru quanto aos critérios sociais - aspectos familiares e creches. Botucatu, 2000.

Crítérios Sociais	Variáveis	n	%
Renda familiar e outros (n=290)	≤ dois salários mínimos	108	37,2
	Desemprego chefe de família	41	14,2
	Mãe arrimo de família	22	7,4
Escolaridade do chefe de família (n=290)	Analfabetismo	31	10,7
	<ensino fundamental	232	80,0
Complementação da renda familiar (n=290)	Outros benefícios	39	13,5
Presença de pai ou de mãe (n=290)	Ausência do pai e/ou da mãe	60	20,7
Escolaridade da mãe (n=282)	Analfabetismo	20	7,1
	<ensino fundamental	237	84,0
Situação em relação aos irmãos (n=205)	Número irmãos > ou = dois	115	39,6
	Gemelar	6	2,0
	Espaço interpartal < dois anos	82	28,3
	Irmão(ã) inscrito(a) no PSA	56	19,3
	Irmão(ã) <5 anos falecido(a)	32	11,0
Creche (n=290)	Frequência à creche	47	16,2

*PSA: Programa de Suplementação Alimentar; **UBS: Unidade Básica de Saúde.

Para complementar a caracterização socioeconômica das famílias, a escolaridade dos chefes de família foi levantada, constatando-se que a maior parte não completou o ensino fundamental, havendo um pequeno percentual de analfabetos entre os mesmos.

Ainda em relação à renda, das 290 famílias estudadas, além do benefício recebido por meio do PSA, algumas delas contavam com apoio complementar, como: pensão alimentícia para a criança, salário desemprego, pensão por falecimento de parente, doação de cestas básicas, pagamento do aluguel da moradia por terceiros, ajuda financeira de parentes, indenização por acidente de trabalho e auxílio reclusão.

Mesmo com uma média da renda familiar maior que o limite proposto pelo critério de inscrição no PSA, os outros aspectos do poder aquisitivo dessas famílias indicam que parte do grupo de beneficiários estava exposta ao risco para a desnutrição infantil, no período do trabalho de campo desta pesquisa.

- *Falta do pai ou da mãe*: a ausência do pai e/ou da mãe, como um fator de risco para a desnutrição infantil, também foi citada apenas no primeiro documento, que apresenta a falta de qualquer um dos pais ou de ambos como critério que contribui favoravelmente para a inscrição da criança no PSA.

Conforme consta na Tabela 4, 60 (20,7%) crianças atenderam ao critério de inclusão no PSA acima descrito. A questão que se coloca é que para essas crianças a ausência dos pais, com destaque às mães, poderia afetar o vínculo necessário na relação e nos cuidados com as mesmas, se não houvesse substituição adequada desses papéis, o que vem sendo apontado pela literatura específica como um importante fator de risco para a desnutrição infantil²³.

- *Escolaridade da mãe*: citada somente no primeiro documento como um fator de risco para a desnutrição infantil, a baixa escolaridade da mãe influencia na possibilidade da inscrição da criança no PSA, se essa for igual ou inferior ao primário

completo (antiga denominação para os primeiros quatro anos do ensino fundamental).

Das 282 (84,0%) mães que criavam seus filhos, uma grande parcela apresentava ensino fundamental incompleto, havendo, inclusive, algumas analfabetas, sendo que, em média, esta amostra frequentou a rede oficial de ensino por 4,5 anos, com desvio-padrão de 2,6 anos (Tabela 4).

O grau de escolaridade das mães tem sido apontado como um dos fatores sociais que mais influenciam os índices de morbimortalidade infantil, tanto como fator isolado, quanto somado à falta de condições ambientais, de oferta de serviços de saúde e de renda familiar, às deficiências nutricionais e ao baixo peso ao nascer. O nível de instrução da mãe funciona como elemento decisivo para a percepção mais efetiva, não apenas por parte dela, mas também pela família, de necessidade de saneamento, de cuidados de higiene, bem como da necessidade de recorrer aos serviços de saúde²⁴.

Quanto ao grau de escolaridade da mãe, a maior parte do grupo de beneficiários apresentou-se exposta ao risco de desnutrição.

- *Fatores relacionados aos irmãos*: o primeiro documento cita, como fatores de risco para a desnutrição infantil, alguns aspectos dos irmãos das crianças, considerando-os como critérios que contribuem positivamente para a inscrição destas no PSA. São eles: ter um número de irmãos igual ou maior a dois; ser gemelar; ter nascido antes de dois anos do último filho; ter irmão(ã) inscrito(a) no programa; irmão(ã) falecido(a) com idade menor de cinco anos.

Das crianças estudadas, 85 (29,3%) eram filhos únicos e não poderiam corresponder a esses critérios de inscrição no PSA. O número de irmãos e o espaço interpertal destacaram-se como fatores de exposição do grupo de beneficiários ao risco para a desnutrição infantil (Tabela 4).

- *Creche*: pelo primeiro documento, o fato de a criança frequentar creche exclui a possibilidade da inscrição/permanência da mesma no

PSA, se não preencher as condições pelo critério biológico, no que se refere especificamente à antropometria.

A creche apresenta-se como uma alternativa às possibilidades precárias das famílias carentes, no que se refere ao consumo de alimentos e à melhora no quadro nutricional das crianças. Nesses locais, as crianças devem se alimentar, como também receber cuidados de higiene, sono, repouso, estimulação e recreação, entre outros, o que, provavelmente, fundamentou a adoção desse critério de exclusão no referido documento²⁵.

A Tabela 4 mostra que algumas crianças estavam freqüentando creches, sendo levantado um tempo médio de 10,2 meses, com desvio-padrão de 8,1 meses de freqüência às mesmas. Quanto à situação no gráfico, em relação ao percentil 10 de peso para idade, critério biológico provável de inscrição, certamente, 8 (3,8%) dessas crianças foram inscritas arbitrariamente, pois se encontravam acima do ponto de corte, demonstrando falhas na combinação desses critérios no funcionamento do programa.

As observações aqui contidas, especialmente no item Critérios Sociais, de um modo geral, corroboram a necessidade de estabelecer trabalho interdisciplinar, que envolva equipes preparadas para a abordagem clínica e nutricional do crescimento e desenvolvimento, aliada à abordagem psicossocial e econômica das crianças e famílias beneficiárias do PSA, para as ações necessárias de enfrentamento dos problemas, com o fortalecimento dos fatores de proteção dessas crianças e suas famílias.

Conforme apontado anteriormente, muito embora o PSA seja implementado atualmente no município, tendo por referência os critérios de inclusão contidos no último documento referido neste estudo¹⁴, no cotidiano de sua prática nas UBS, os técnicos desses serviços lançam mão da combinação com outros critérios para esse propósito, de modo aleatório e sem adotar a atenção integral acima proposta. Portanto, mantendo-se as mesmas condições no transcorrer dos anos,

dificilmente o perfil da clientela tenha se modificado, caracterizando-se ainda por sua heterogeneidade quanto aos aspectos socioeconômicos e sanitários.

CONCLUSÃO

Foi possível caracterizar a população estudada em seus aspectos socioeconômicos e sanitários, identificando certos fatores de risco para a desnutrição aos quais estava exposta. Também, foi possível apreender como se configurava o grupo de beneficiários quanto às normas institucionais estabelecidas, principalmente, quanto aos critérios de inclusão nesse programa. Embora o caráter preventivo/assistencialista seja claramente identificável, não há uma definição objetiva de critérios para a delimitação de beneficiários do PSA, variando a ocorrência da utilização de critérios entre os biológicos e os sociais, como se havia pressuposto. Pôde-se constatar, também, que ocorrem algumas situações que não condizem com o estabelecido pelos documentos oficiais adotados.

Como conseqüência da adoção dos diferentes critérios para a delimitação do grupo de beneficiários do PSA, a população do estudo variou quanto à exposição aos fatores de risco para a desnutrição, com maior freqüência dos seguintes: idade entre 6 e 24 meses; desmame precoce; baixo peso e peso insuficiente ao nascer; baixa renda familiar, baixa escolaridade dos chefes de família e das mães, ter dois irmãos ou mais e espaço interpartal menor de 2 anos. Entretanto, não se pôde confirmar o pressuposto de ser um grupo com alto risco para ocorrência da desnutrição, pois os dados revelaram crianças e famílias com características positivas para manutenção do estado nutricional, enquanto outras apresentaram inúmeros problemas e carências, revelando um estado precário de condições para o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Na introdução deste artigo foi apontada a freqüência histórica da proposição pelas esferas

governamentais de programas que se relacionam à saúde e à nutrição da população infantil mais empobrecida, por vezes, com vigências simultâneas. Este estudo focalizou um período em que havia a sobreposição de propostas do estado e do município, permanecendo até o presente, como política municipal de suplementação alimentar, a última proposta estadual estudada¹⁴. Posteriormente ao referido período outros programas federais foram propostos para serem implementados pelo município, como o Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais, proposto em 1999, já extinto, e o Programa Bolsa Família, que foi criado em 2003, a partir da unificação dos programas federais de transferência de renda já existentes (Bolsa Escola, Bolsa-Alimentação, Cartão-Alimentação e Auxílio Gás), passando a co-existir com o PSA. No Programa Bolsa Família, a concessão de benefícios às famílias é acompanhada de condicionalidades, isto é, exige-se, como contrapartida, que os filhos e as pessoas não alfabetizadas freqüentem a escola e os serviços de saúde, pretendendo, em última instância, romper o círculo da miséria, em favor da inclusão social, em contraponto com os demais programas que adotam a suplementação alimentar (doação de alimentos) como benefício²⁶.

Face aos resultados desta pesquisa e à situação acima descrita, vislumbram-se os potenciais problemas que podem ocorrer na viabilização e avaliação dessas políticas no contexto dos municípios que as implementam, haja vista a diversidade de enfoque e outros aspectos envolvidos com a operacionalização das mesmas.

Finaliza-se este artigo com a recomendação para que haja investimento institucional local (municipal e da própria UBS) na reestruturação da proposta normativa do PSA, no sentido de atualizar e padronizar os critérios de inclusão das crianças beneficiárias, com o registro claro dos critérios considerados para a inscrição e, também, a aplicação de métodos avaliativos periódicos, com adequada capacitação da equipe de saúde, bem como com o envolvimento maior da população usuária nesse processo. Essas medidas

poderiam, inclusive, facilitar o desenvolvimento integrado e racional dos outros programas sociais vigentes no município, voltados à mesma parcela da sociedade.

A G R A D E C I M E N T O

Ao prof. dr. Adriano Dias (FMB-Unesp) pela valiosa contribuição na elaboração deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Saúde. Medición del cambio del estado nutricional: directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables. Ginebra; 1983.
2. Ferrari AA. Fatores de risco para desnutrição energético-proteica como base para programas de prevenção na comunidade. In: Saraiva AL. Desnutrição urbana no Brasil: em um período de transição. São Paulo: Cortez; 1997. p.111-26.
3. Valente FLS. Em busca de uma educação nutricional crítica. In: Valente FLS, organizador. Fome e desnutrição: determinantes sociais. São Paulo: Cortez; 1989. p.66-94.
4. Stefanini MLR. Fome e política. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde. 1994. (Coleção Monografias, Série: Políticas Públicas em Saúde).
5. Schilling PR. Supplementar feeding programs: a critical analysis. Rev Saúde Pública. 1990; 24(5):412-9.
6. Ghassemi H. Supplementary feeding in programs in developing countries: lessons of the eighties - Part I: findings of the report. Asia Pacific J Clin Nutr. 1992; 1:131-52.
7. Pamplona VL. O significado do programa de suplementação alimentar para os servidores de uma unidade básica de saúde do município de Botucatu [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.
8. Schroeder DG, Martoreli R, Rivera JA, Ruel MT, Habicht JP. Age differences in the impact of nutritional supplementation on growth. J Nutr. 1995; 125(4Suppl):1051-9.
9. Puccini RF, Goihman S, Nóbrega FJ. Avaliação do programa de recuperação de desnutridos do

- município do Embú, na região metropolitana de São Paulo. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*. 1996; 72(2): 71-9.
10. Castro IRR. Efetividade da suplementação alimentar na recuperação nutricional de crianças: avaliação do programa "Leite é Saúde" (PLS) no município do Rio de Janeiro [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.
 11. Ciampone MH, Pamplona VL, Penttengill MAM, Chubaci RYS. Representações sociais da equipe de enfermagem sobre a criança desnutrida e sua família. *Rev Latino-Am Enf*. 1999; 7(3):17-24.
 12. Giarola LC. Uso do critério de risco na seleção de crianças para ingresso no programa de leite fluído: análise do 2o pré-teste. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 1989.
 13. São Paulo (Estado). Resolução SS - 489 de 6 de setembro de 1994. Norma Técnica que redefine critérios e beneficiários de programas de suplementação alimentar nas unidades básicas de saúde do estado de São Paulo. *Diário Oficial do Estado*. 1994 set 7; Seção 1:1.
 14. São Paulo (Estado). Decreto lei n. 41.612. Novas diretrizes para a execução do Programa Campo/Cidade - Leite e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado*. 1997; mar 8; Seção 1:1.
 15. Tonete VLP. Representações sociais dos usuários sobre programas de suplementação alimentar em unidades básicas de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
 16. Organização Mundial de Saúde. Alimentação infantil: bases fisiológicas. São Paulo: James Akre Editor; 1994.
 17. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SY. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de uma metodologia simplificada. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(5): 430-6.
 18. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática *J Pediatr*. 2004; 80(5):123-30.
 19. Mariotoni GGB, Barros Filho AA, Wacked WB, et al. O recém-nascido de baixo peso: morbidade e mortalidade hospitalares, maternidade de Campinas, 1994. *Rev Paul Pediatr*. 1996; 14(3):101-6.
 20. Monteiro CA. Critérios antropométricos no diagnóstico do estado nutricional e na orientação da atividade de recuperação a nível ambulatorial. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1984.
 21. Nogueira-de-Almeida CA, Ricco RG, Nogueira MPC, Del Ciampo LA, Mucillo G. Avaliação do uso do percentil 10 de peso para idade como ponto de corte para detecção de crianças sob risco nutricional. *J Pediatr*. 1999; 75(5):345-9.
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios - PNAD: síntese de indicadores - 1995. Rio de Janeiro: IBGE; 1996.
 23. Nóbrega FJ, Campos ALR. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe-filho. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 1992. v.4.
 25. Alderete JMS, Douek PC. A criança e a creche. In: Marcondes E, (coordenador). *Pediatria básica: pediatria geral e neonatal*. 9.ed. São Paulo: Sarvier; 2002. Tomo I. p.608-10.
 26. Ananias P, Betto F. Um projeto de nação [Internet]. 2004. [Acesso 24 jun 2005]. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br>

Recebido em: 11/4/2005
 Versão final reapresentada em: 18/1/2006
 Aprovado em: 31/3/2006