

Alimentação e Nutrição lança boletim

Estamos colocando em circulação a primeira edição do Boletim da Vigilância Nutricional, informativo da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Esta publicação tem o propósito de divulgar informações epidemiológicas nutricionais, das condições dos alimentos utilizados e consumidos pela população e experiências bem-sucedidas no âmbito da alimentação e nutrição do país.

Para o monitoramento e avaliação da situação alimentar e nutricional, estamos dando prioridade e um novo enfoque ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Res-

gatando sua proposta original, este deve ser entendido como um sistema estratégico de análise conjunta dos dados provenientes dos diversos sistemas de informação de base nacional, como, por exemplo, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema da Atenção Básica (Siab), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (Sinan) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). O Brasil tem mostrado capacidade técnica, financeira e operacional para a realização de pesquisas, devendo essas informações serem analisadas e relacionadas ao contexto em que se inserem.

Alguns indicadores de maior interesse incluem a disponibilidade de alimentos, aspectos qualitativos e quantitativos da alimentação consumida, práticas de amamentação e alimentação complementar pós-desmame, distribuição do peso ao nascer, prevalência de desnutrição, sobrepeso, obesidade, anemias, hipovitaminose A, deficiências de iodo e outras carências de micronutrientes.

Apenas com a colaboração de todos, a publicação periódica deste boletim se tornará uma realidade, e este será um instrumento de apoio à concretização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas.

Denise Costa Coitinho
Coordenadora da Coordenação Geral da
Política de Alimentação e Nutrição

Nesta Edição

- O Programa Bolsa-Alimentação atenderá a 3,5 milhões de pessoas em todo o país. Trata-se de nova prática de políticas públicas no âmbito da alimentação e nutrição, pois canaliza potencialidades para melhoria das ações de saúde. **Pág. 2**
- Relatório sobre dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc),

- de 1998, aponta que o peso médio dos bebês que nascem no Brasil é de 3.246g. O baixo peso ao nascer no país se encontra dentro dos valores considerados favoráveis, sendo comparáveis aos níveis indicados para os Estados Unidos da América. **Pág. 3**
- A Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, com o apoio da

- equipe local de Saúde Indígena, identificou as causas de desnutrição que prejudicam as etnias Kaingang e Guarani na Reserva de Guarita no RS. **Págs. 4 a 6**
- O MS elaborou o perfil dos coordenadores municipais das ações de combate às carências nutricionais. Segundo informações, 73% dos profissionais são enfermeiros. **Pág. 8**

Bolsa-Alimentação e cidadania

A realidade social requer novos enfoques para superar a situação atual e construir a situação desejada. É o caso de expressivos segmentos populacionais que não satisfazem a mais imperiosa das necessidades, que é a de se alimentar e a evidência de que a desnutrição continua presente no nosso cotidiano. Daí a importância do Programa Bolsa-Alimentação, como uma alternativa para reduzir esses problemas, que irá atender 3,5 milhões de beneficiários.



Trata-se de nova prática de implementação de políticas públicas no campo da alimentação e nutrição. Caracteriza-se pela simplificação operacional, cujo alcance não deve ser medido somente pelos benefícios nutricionais, mas, sobretudo, por canalizar potencialidades para o incremento das ações de saúde. Assim, pela sua forte capacidade indutora de participação, representa um instrumento de construção da cidadania, conduzindo a que os bolsistas se transformem em atores sociais efetivos.

O Bolsa-Alimentação não é um instrumento de dependência. É um programa que fortalece a concepção ampla de cidadania, visando estabelecer relações de parceria com a sociedade organizada e um relacionamento sem paternalismo e se converte numa responsabilidade compartilhada. Então, estimula uma ação cidadã que não apenas cobra, mas também incentiva a solidariedade, articulando três vertentes importantes: família, comunidade e governo local. Ação cidadã que leva o participante a perceber que o apoio financeiro proporcionado pela bolsa não é um favor do estado, mas sim o cumprimento de uma agenda de compromissos, compreendendo ações de saúde e nutrição que beneficiam gestantes, nutrizes e crianças menores de seis anos.

Portanto, o Programa Bolsa-Alimentação contribui para a melhoria do estado nutricional e de saúde, repercute favoravelmente na atividade econômica local e valoriza a cidadania. Todavia, este programa não está imune a riscos, devendo a sua execução ser mediada por um processo de avaliação permanente, em que se faça ouvir a voz dos mais necessitados.

Prof. Bertoldo Kruse Grande de Arruda
Vice-presidente do IMIP

Brasil tem índice de peso ao

Análise de indicadores nacionais

Este estudo analisa o baixo peso ao nascer (BPN) no Brasil, com base nos dados divulgados pelo DATASUS para 1998.

Definições: a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como baixo peso ao nascer o peso inferior a 2500 g apresentado por crianças nascidas vivas, de parto não

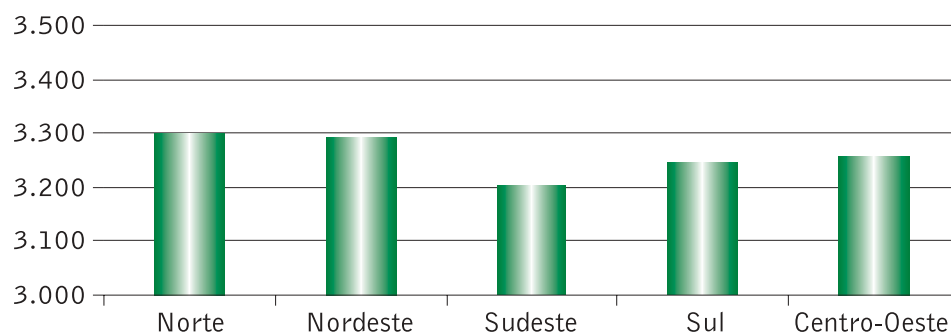
gemelar, pesadas nas primeiras 72 horas após o nascimento. Nesta definição não se inclui o peso ao nascer inferior a 1500 g que é denominado "peso muito baixo". O cálculo do indicador é feito pela divisão dos nascidos com baixo peso pelo número de nascidos vivos x 100.

Peso ao nascer por regiões – Brasil – 1998

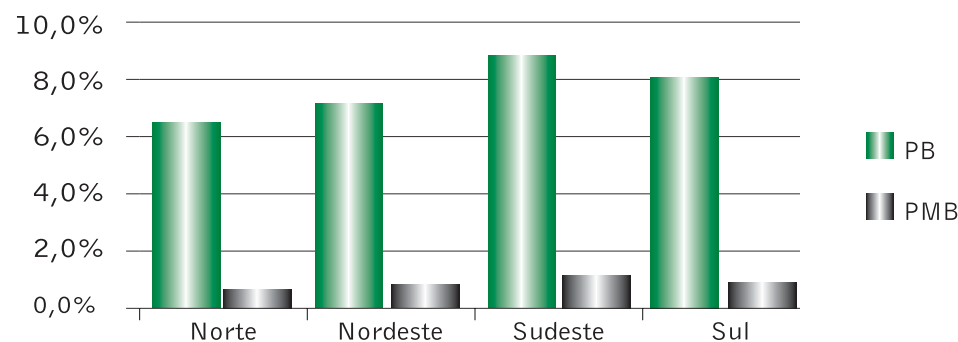
Região	Pesados	Ignor.	%Ignor	<1.500g	<2.500g	Média	DP	PMB	PB
N	262.875	3.457	1,3%	1.708	16.994	3.300	527	0,6%	6,5%
NE	812.775	20.386	2,5%	6.677	58.089	3.292	546	0,8%	7,1%
SE	1.291.815	13.772	1,1%	14.953	113.736	3.205	564	1,2%	8,8%
S	457.238	1.601	0,4%	4.340	36.881	3.246	557	0,9%	8,1%
CO	237.565	963	0,4%	1.968	17.296	3.257	537	0,8%	7,3%
Brasil	3.062.268	40.179	1,3%	29.646	242.996	3.246	553	1,0%	7,9%

DP = desvio-padrão; PMB = peso muito baixo < 1.500g; PB = peso baixo < 2.500g

Peso médio ao nascer por regiões – Brasil – 1998



Taxas de peso baixo ao nascer por regiões – Brasil – 1998



nascer comparado ao dos EUA

Análise dos dados do peso ao nascer no país

Segundo os dados divulgados pelo DATASUS, o sudeste apresenta os piores resultados para o indicador baixo peso ao nascer, contrariamente ao que se esperaria, considerando o nível de desenvolvimento da região. O sul tem um valor muito próximo à média do país, enquanto as demais regiões situam-se abaixo desta. Esta situação pode ser atribuída à menor cobertura institucional disponível nas regiões Norte e Nordeste. Segundo dados do IBGE para

1996, a taxa de partos realizados em serviços de saúde foi de 75% nessas duas regiões. Conclui-se que o peso ao nascer nas regiões Norte e Nordeste refere-se a populações privilegiadas, ao menos em relação ao acesso a serviços de saúde. Por outro lado, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a cobertura institucional para partos é de 100% conferindo maior validade ao indicador.

Uma outra hipótese é a possibilidade de que uma cobertura

mais ampla da assistência pré-natal possa elevar a sobrevivência de prematuros, aumentando o numerador do cálculo do BPN. Para confirmá-la seria necessário analisar os dados de natimortalidade e de mortalidade perinatal.

Vale ressaltar que no Brasil os recém-nascidos de partos gemelares também são incluídos no cálculo do indicador, o que prejudica sua comparação com os valores encontrados em outros países.

Peso ao nascer – Comparação com outros países

País	Peso muito baixo	Peso baixo	Fonte
BRASIL	1,0%	7,9%	Este relatório
Brasil (S,SE,CO)	1,1%	8,5%	Este relatório
Argentina		7%	Unicef
Chile		5%	Unicef
Colômbia		9%	Unicef
Cuba		7%	Unicef
Burkina Faso (1990)	...	21,0%	Unicef
Guiné Bissau (1990)	...	20,0%	Unicef
Ruanda (1990)	...	17,0%	Unicef
EUA (1996): País	1,4%	7,4%	CDC
Raça branca	1,1%	6,3%	CDC
Raça negra	3,0%	13,0%	CDC

Feita esta reserva, verifica-se que os valores do Baixo Peso ao Nascer nos países africanos considerados são quase três vezes maiores que os do Brasil e que estes são aproximados aos dos Estados Unidos da América (EUA). No entanto, para efeito de comparação, deve-se considerar apenas os valores das regiões brasileiras que

mantêm cobertura completa (Sul, Sudeste e Centro-Oeste). Verifica-se, então, que a taxa de "peso muito baixo" nessas regiões é igual à dos EUA para a raça branca, e que a taxa de baixo peso é ligeiramente superior à do total dos EUA. Dentre os países sul-americanos, o Chile apresenta o melhor desempenho para o BPN.

Pode-se, pois, concluir que, de acordo com os dados analisados e com as limitações referidas, os níveis dos indicadores de BPN no Brasil podem ser considerados favoráveis quando comparados com os valores obtidos pelos EUA.

*Gertrudes Mendonça – Epidemiologista e Estatística
Consultora da Coordenação Geral da
Política de Alimentação e Nutrição*

Alimentação e Nutrição visita gua

A reserva de Guarita, localizada no Rio Grande do Sul, no município de Redentora, onde se encontram indígenas de etnias Kaingáng e Guarani, atualmente presenciou um sério problema de saúde pública. De dezembro de 2000 a março de 2001, foram identificados 12 óbitos infantis cuja causa relatada foi a desnutrição.

A equipe de saúde indígena do município faz, diariamente, trabalho de vigilância nas aldeias, principalmente entre as crianças. Os técnicos haviam identificado entre as famílias indígenas um total de 68 crianças desnutridas. As idades variaram entre 1,4 meses e 35,3 meses.

Algumas causas dessa situação foram identificadas durante o trabalho realizado na reserva.

Objetivo

Averiguação da situação nutricional, de saúde e social das famílias indígenas da Reserva de Guarita.

Atividades Desenvolvidas

Com o apoio da enfermagem e dos agentes de saúde indígena, no sentido de auxiliarem durante os trabalhos.. Este consistiu em:

- identificação dos aspectos sociais da comunidade;
- realização de exame de hemoglobina; e
- anamnese alimentar qualitativa e antropometria das crianças.



Divulgação - MS

Resultados

Aspecto social

Para se ter uma maior percepção da situação de saúde da comunidade, foram questionados em relação aos tipos de ações que são desenvolvidas na área. Com isso, obteve-se as seguintes situações:

- possuem equipe de saúde indígena (ESI) e agente indígena de saúde (AIS);
- não recebem ICCN (Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais);
- o estado fornecia leite, cesta básica e multimistura;
- recebem merenda escolar;
- recebem auxílio natalidade;
- falta saneamento;
- falta conhecimento à comunidade, no que se refere à necessidade de boas condições ambientais e sua relação com a saúde; e
- contaminação ambiental com fezes de animais.

ranis e kaingángs no Rio Grande do Sul



Aspecto nutricional

– antropometria

Cabe ressaltar que somente foram pesadas as crianças que já se encontravam na lista de desnutridas das equipes de saúde. A hemoglobina se manteve abaixo da média na maioria dos casos, conforme os dados apresentados a seguir.

A distribuição observada na população inquirida apresenta um considerável desvio em relação ao que se poderia esperar numa população-padrão (barras sombreadas), onde se aplicaram as taxas normais ao total da população observada.

Aspecto Clínico

A anemia por deficiência de ferro é, provavelmente, o problema nutricional mais comum em todo o mundo. Atinge uma alta porcentagem das crianças pequenas. A criança recém-nascida enfrenta alto risco de ter seu crescimento e seu desenvolvimento comprometidos.

A anemia é agravada por determinadas doenças, especialmente pela infecção por ancilóstomos. Em muitos países ficou comprovado que a desvermifugação de escolares reduziu a prevalência e a gravidade da anemia.

As crianças analisadas, apesar de terem seu peso adequado para altura na maioria dos casos, mostram uma elevada prevalência de anemia.

Anamnese Qualitativa

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o leite materno seja dado exclusivamente até o sexto mês de vida da criança, sendo este o momento em que o leite materno por si não é mais suficiente para promover o crescimento ideal das crianças.

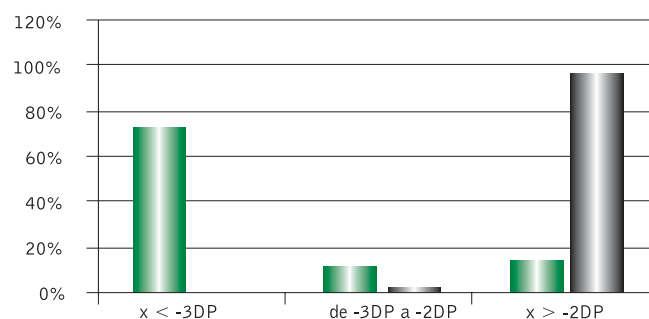
Percebeu-se também que há uma introdução precoce de alimentos, quase 50% já tiveram a introdução de alimentos até os quatro meses, sendo que este é mais um fator de agravo nutricional.

As mães foram questionadas a respeito da possibilidade de cultivar alimentos, considerando o fato da grande disponibilidade de terra existente ao redor das famílias.

Verificou-se que do total de famílias, mais de 18% não exercem agricultura de subsistência. As famílias que possuem algum tipo de agricultura relataram encontrar dificuldades de obtenção de sementes e ferramentas agrícolas, sendo este um fator dificultador do rendimento da produção, e levando a uma alimentação monótona e não suficiente para alimentar toda a família.

Gráfico 1

E/I segundo z-score – Desnutrição crônica
Distribuição observada e teórica



■ Observado

■ Teórico

Gráfico 2

P/E segundo z-score – Desnutrição aguda
Distribuição observada e teórica

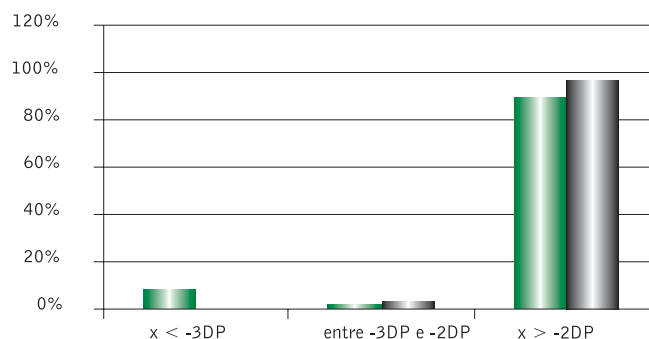


Gráfico 3
Distribuição de P/E por idade segundo percentil

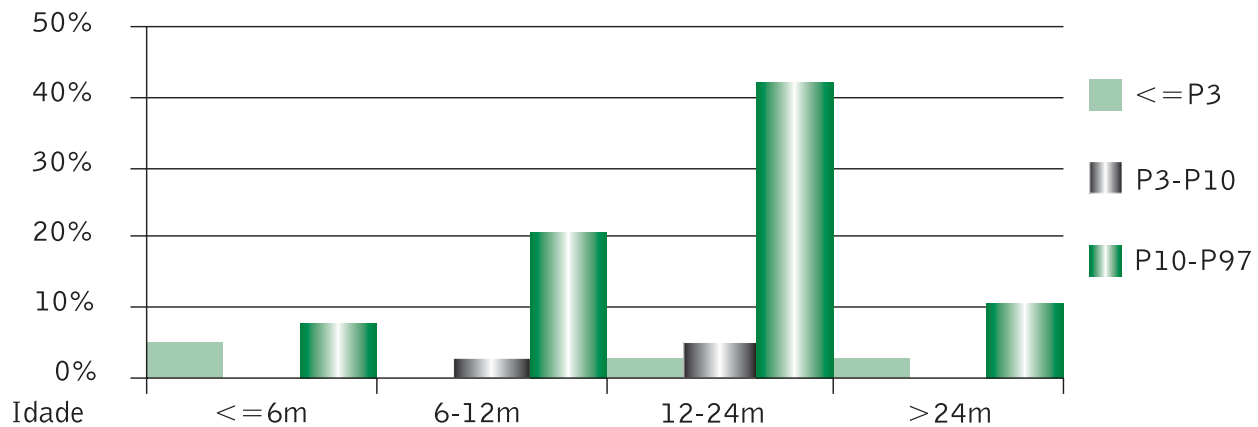


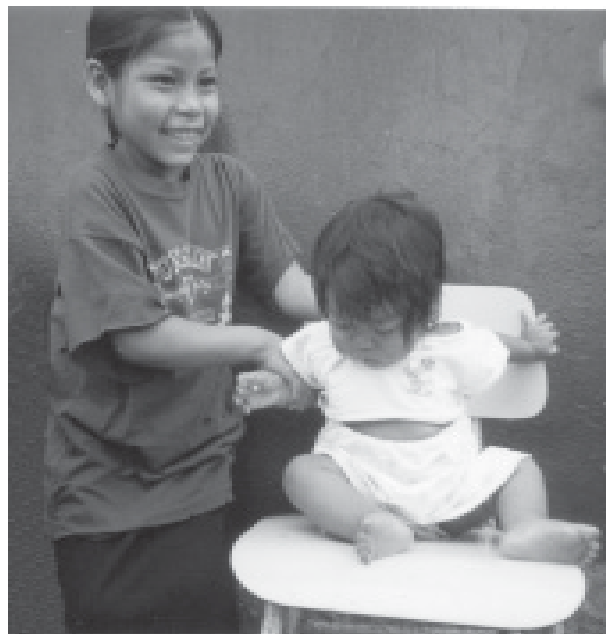
Tabela 1
Níveis de hemoglobina por idade

Idade/meses		6 a 12m	12 a 24m	>24m	Total (freq)
Hb	<= 9.5 g/dl	5	10	3	18
	9.5-11 g/dl	3	5	2	10
	> 11 g/dl	1	4	0	5

DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

As crianças da amostra foram selecionadas por já se classificarem como desnutridas, segundo a equipe de Saúde Indígena da cidade. Além disso, a amostra analisada é muito reduzida. Waterlow et al. (1977) recomenda pelo menos 200 crianças de cada sexo e para cada faixa etária para se poder produzir indicador de crescimento.

Dessas crianças consideradas desnutridas, 7.9% apresentam-se abaixo de -3DP de P/E, representando, possivelmente, um elevado grau de déficit estatural. No entanto, deve-se levar em consideração a dificuldade de comparação das populações indígenas com a população de referência.



Divulgação – MS

Apesar da população estudada ser de crianças previamente consideradas desnutridas, percebe-se que, quando comparadas à população de referência (gráfico 1), a primeira apresentou um desvio bastante pequeno, o que não ocorre quando se faz a mesma comparação de E/I.

Em relação à classificação por percentil, percebe-se que 10.5% se apresentam abaixo do P3 e 7.9% entre o P3 e o P10, mostrando, apesar da amostra ser reduzida, uma maior concentração das crianças abaixo do P3. Sendo que, quando se observa a distribuição por idade da criança, nota-se que, para crianças abaixo do P3, houve maior concentração neste percentil de crianças de até 6 meses de idade, revelando a deficiência no processo de amamentação.

Saúde Indígena

Os dados descritos acima podem ser interpretados baseando-se em duas possibilidades:

– Entre as crianças desnutridas há um elevado número de crianças (85.3%) que já nos primeiros anos de vida apresentam desnutrição energético-protéica crônica. Em relação à P/E, essas mesmas crianças apresentam um menor grau de desnutrição atual, sendo representado por 10.5% do total. Portanto, os resultados sugerem que a população inquirida padece mais de desnutrição crônica que de desnutrição aguda.

– Outra hipótese seria o fato de que as populações indígenas não devam ser avaliadas comparadas às curvas de crescimento da população de referência por apresentarem pa-

drões de crescimento diferenciado.

Apesar de as crianças analisadas se encontrarem em sua maioria com o peso adequado para a estatura, os níveis de hemoglobina se mostraram bastante abaixo do padrão, revelando uma deficiência de ferro importante, sendo esta deficiência de causas múltiplas, como verminoses, monotonia alimentar, dificuldade de acesso aos alimentos, introdução precoce de alimentos e de água contaminada em prejuízo ao aleitamento materno e à saúde em geral.

A desnutrição observada na região é multifatorial. Sendo, para tanto, necessário um esforço transdisciplinar no sentido de se modificar os fatores causais da desnutrição.

Elaine Martins Pasquim

Nutricionista da Coordenação Geral da
Política de Alimentação e Nutrição



Divulgação – MS

Qualidade do Sal no Domicílio

Este projeto teve seu início no Estado de Tocantins, nos meses de novembro e dezembro de 2000, no distrito de Taquarussú (município de Palmas), englobando a zona urbana e rural. O objetivo principal foi fazer a validação das fichas e do material instrutivo, para o Projeto Piloto para Avaliação da Qualidade do Sal no Domicílio. Neste período, foram realizadas duas reuniões de avaliação do teste piloto do distrito de Taquarussú.

A incorporação dessa atividade não atrapalhou a rotina diária do agente comunitário de saúde. A aceitação, por parte dos agentes e da população, foi muito boa. A relação entre os agentes comunitários e a comunidade melhorou muito, pois os profissionais entram na residência e verificam também outros aspectos importantes para promoção da saúde familiar.

Nos 641 domicílios visitados, encontrou-se 8% (51 amostras) do sal sem iodo. Das amostras inadequadas, 51% delas foram encontradas na zona rural e 98% é exclusiva para consumo animal (embalagem de 25kg). No campo, o consumo de sal animal é de 70%, sendo que em 93% não havia iodo nenhum. Na maioria dos casos de sal refinado com teor de iodo igual a zero, o produto estava mal acondicionado.

Pontos Positivos

- 1) Melhor relação social entre o agente comunitário de saúde e a população;
- 2) Grande aceitação pela comunidade das orientações fornecidas pelos agentes;
- 3) Baixo custo para a execução do projeto;
- 4) Mudança imediata de atitude (não consumo de sal para alimentação animal; armazenamento adequado e orientações sobre a falta de iodo no organismo) da população após a visita do agente comunitário;

5) As orientações podem também ser feitas nas associações de moradores, creches, escolas, centros comunitários e nas reuniões periódicas do Programa de Saúde da Família junto à comunidade.

Ponto Negativo

- 1) Após as reuniões para avaliação do projeto piloto foi destacado como ponto negativo o período de inverno, que dificultará o acesso aos domicílios localizados na zona rural do Estado de Tocantins.

Gracy Heijblom

Nutricionista da Coordenação Geral da
Política de Alimentação e Nutrição

Perfil dos coordenadores das ações de combate às carências nutricionais nos municípios brasileiros

Objetivo

Diagnosticar o perfil dos coordenadores municipais das ações de combate às carências nutricionais, a fim de obter um levantamento qualitativo com relação à formação dos mesmos.

Material e método

Foram solicitadas aos municípios, por meio de questionários, as seguintes informações sobre os coordenadores municipais das ações de combate às carências nutricionais: grau de escolaridade, formação profissional e tempo de gerenciamento das ações no município.

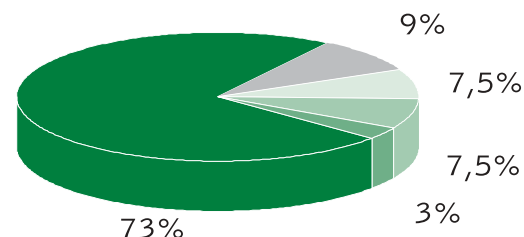
Resultados Obtidos

Segundo dados coletados em 2.622 municípios brasileiros, pertencentes a 25 estados, em média, 86% dos coordenadores municipais possuem nível de escolaridade superior. Destes, 73% são enfermeiros, 9% nutricionistas, 7,5% assistentes sociais, 3% médicos e 7,5% possuem outras profissões.

Seis estados (AC, AM, DF, MA, PA, PB) apresentaram 100% dos coordenadores

Formação Profissional dos Coordenadores Municipais em Nível Superior das Ações de Combate às Carências Nutricionais nos Municípios Brasileiros, 2000

- Enfermeiro
- Nutricionista
- Assistente Social
- Médico
- Outros (nível superior)



Fonte: CGPAN/DAB/MS

municipais com nível superior. Com relação à presença do profissional nutricionista na coordenação das ações de combate às carências nutricionais, a unidade federativa que apresentou maior proporção foi o Distrito Federal (44%) e a menor proporção foi na Paraíba (1,4%). O tempo médio de gerenciamento das ações por parte desses profissionais foi de 1 ano e 6 meses.

Conclusões

A porcentagem de nutricionistas nas coordenações das ações de combate às carências nutricionais nos municípios brasileiros é muito tímida (9%), estando estas sob a responsabilidade, na sua grande maioria, de profissionais enfermeiros (73%).

Michele Lessa
Nutricionista da Coordenação Geral da
Política de Alimentação e Nutrição

Daniela Cristina da Silva Duarte
Nutricionista

Acontece



Bolsa-Alimentação

O presidente Fernando Henrique e o ministro José Serra lançaram, no dia 17 de outubro de 2001, o Programa Bolsa-Alimentação, em São José da Tapera (AL). O programa pretende complementar a renda das famílias que tenham rendimento per capita inferior a 0,5 salário mínimo. A meta é melhorar a saúde e nutrição de crianças de 06 meses a 06 anos, além de gestantes e nutrizes em risco nutricional. Atualmente, o programa já está pagando a beneficiários de 27 municípios e todos os Estados da Federação estão treinados por técnicos do Ministério da Saúde.

54ª Assembléia Mundial de Saúde

A delegação brasileira obteve vitórias expressivas na Assembléia, Genebra, de 14 a 22 de maio de 2001, tendo aprovado a proposta brasileira sobre nutrição infantil. A partir de agora, a OMS passará a recomendar o prazo de 6 meses para que os bebês sejam alimentados só com o leite materno, sem água, chás ou outros alimentos. O ministro José Serra conclamou os países membros da OMS a dar maior ênfase à nutrição de crianças menores de 5 anos, reconhecendo, pela primeira vez, a alimentação e nutrição adequadas como direito humano fundamental.

Boletim Vigilância Nutricional – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição

Expediente – Publicação semestral da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde – SEPN 511, bloco C, Ed. Bittar IV, 4º andar, – Telefone: (61) 448 8226 – Fax: (61) 448 8228 – CEP 70.750-543 – Brasília-DF – Edição: Elaine Martins Pasquim – Jornalista Responsável: Davis Sena Filho MTb 2164/11/77/DF – Editoração: Robson Alves Santos – Colaboradores: Denise Coitinho, Bertoldo Kruse, Gracy Heijblom, Michele Lessa, Gertrudes Mendonça, Tereza Bessa – Tiragem: 6.000 exemplares – Produzido na Editora MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE/MS – OS 0542/2001 – Endereço: SIA - Trecho 4, Lotes 540/610, Brasília-DF, CEP 71200-040, Telefone: (61) 233 1774, Fax: (61) 233 9558, E-mail: editora.ms@saude.gov.br