



Ameaça à saúde

Nas últimas décadas, os índices de desnutrição infantil foram reduzidos no Brasil, mas a situação atual ainda exige atenção permanente à segurança alimentar e nutricional das crianças

A desnutrição infantil é um problema de dimensões alarmantes em boa parte do mundo. Associada à pobreza e à desigualdade, é um expressivo fator de mortalidade de crianças nos países em desenvolvimento, apesar dos esforços realizados nas últimas décadas para reduzir esse índice. Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2000, 49% das mortes de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento estão relacionadas à desnutrição. Ela também aumenta o risco de uma série de doenças e pode afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo. Além disso, crianças desnutridas têm mais chance de apresentar complicações de saúde na idade adulta. Por isso, a segurança alimentar e nutricional é uma questão básica da saúde para a infância.

No Brasil, não existe um retrato abrangente e atualizado da desnutrição específica na primeira infância. O último levantamento divulgado a res-

peito do tema foi a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996. Em comparação com dois estudos semelhantes realizados nas décadas de 1970 e 1980, a PNDS confirma a tendência histórica de queda dos índices de desnutrição em crianças menores de 5 anos (veja Tabela 1). A proporção de crianças com baixo peso para a idade, principal indicador utilizado no Brasil, era de 18,4% em 1974, caiu para 7%

Tabela 1

Desnutrição infantil no Brasil (1974-1996)			
	1974	1989	1996
Baixo peso para a idade	18,4%	7,0%	5,7%
Baixa estatura para a idade (desnutrição crônica)	32,0%	15,4%	10,5%
Baixo peso para a estatura (desnutrição aguda)	5,0%	2,0%	2,3%

Fontes: Estudo Nacional da Despesa Familiar (Endef), 1974/1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), 1989; Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), 1996.

Tabela 2

Proporção de crianças com baixo peso para a idade nas áreas cobertas pelo Pacs e pelo PSF (1999-2004)		
	Crianças menores de 1 ano	Crianças entre 1 e 2 anos
1999	10,1%	19,8%
2000	8,2%	17,5%
2001	7,0%	14,6%
2002	6,1%	13,0%
2003	4,8%	10,1%
2004	3,6%	7,7%

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) do Ministério da Saúde.

em 1989 e chegou a 5,7% em 1996. Esta última porcentagem é muito menor que a média estimada pela OMS para a Ásia (32,8%) e a África (27,9%) na mesma época, e também menor que a média da América Latina (8,3%), porém é maior que os índices apresentados pelos países desenvolvidos, que são próximos de 1%.

A redução alcançada entre as décadas de 1970 e 1990 verifica-se também nos outros dois indicadores usados para mensurar a desnutrição infantil: a proporção de crianças com baixa estatura para a idade e com baixo peso para a estatura. A relação entre estatura e idade é um indicador do his-

tórico nutricional da criança. Serve, portanto, para identificar os casos de desnutrição crônica e é um dado importante para planejar políticas de médio e de longo prazo. Já a relação entre peso e estatura indica o estado nutricional atual da criança, por isso, revela casos de desnutrição aguda, que precisam de intervenção imediata.

Um estudo mais recente, realizado pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), demonstra que a desnutrição infantil se mantém em queda no País nos primeiros anos desta década. O estudo utilizou dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), desenvolvido pela área de informática do Ministério da Saúde. As informações referem-se à população atendida pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e pelo Programa Saúde da Família (PSF). Dentro desse universo, que corresponde a cerca de 40% da população brasileira, foram consideradas as crianças menores de 2 anos, que representam o grupo mais vulnerável à desnutrição. Entre 1999 e 2004, a porcentagem de crianças com baixo peso para a idade caiu de 10,1% para 3,6%, no primeiro ano de vida, e de 19,8% para 7,7%, no segundo ano (veja Tabela 2).

O desafio do Semi-Árido

Na região que apresenta um dos mais sérios quadros de miséria do País, a desnutrição infantil é um problema grave para mais de um terço dos municípios

O Semi-Árido brasileiro é um dos principais focos de desnutrição infantil no País. Nessa região, que ocupa 86% da área dos Estados do Nordeste, mais o norte de Minas Gerais e o norte do Espírito Santo, o quadro de miséria e vulnerabilidade da infância reflete-se em sua situação nutricional.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), do Ministério da Saúde, revelam que no primeiro

semestre de 2004, das crianças menores de 2 anos atendidas pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e pelo Programa Saúde da Família (PSF), 8,3% estavam com baixo peso para a idade.

É uma taxa muito superior à de outras partes do País. Na Região Sul, essa proporção era de 2,3% no mesmo período.

De acordo com os dados do Siab, em 484 dos 1.444 municípios do Se-

mi-Árido (34,3% do total), o índice de crianças menores de 2 anos de idade com baixo peso para a idade é superior a 10%, situação considerada de alta vulnerabilidade.

Esses municípios foram mapeados pelo UNICEF em 2005. Os índices ultrapassam 25% em alguns deles, como Olho D'Água (25,5%), na Paraíba; Águas Vermelhas (26,1%), em Minas Gerais; Oliveira dos Brejinhos (26,9%), na Bahia; Miguel Alves

DIAGNÓSTICO NECESSÁRIO

A diminuição do número de casos de desnutrição infantil não significa que o problema esteja sob controle no País. As estatísticas disponíveis ainda são preocupantes, especialmente as que se referem a crianças com baixo peso para a idade e com baixa estatura para a idade. Como signatário do documento *Um mundo para as crianças* (2002), em que as Nações Unidas (ONU) definiram metas para a infância e a adolescência a ser alcançadas até 2015, o Brasil se comprometeu a reduzir em no mínimo um terço a desnutrição de crianças menores de 5 anos, com especial atenção às crianças menores de 2 anos, e reduzir em no mínimo um terço a taxa de baixo peso ao nascer.

No Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, elaborado em 2003 pelo governo brasileiro a partir do documento da ONU, essa meta se traduz no objetivo de reduzir a porcentagem de crianças com baixo peso para a idade (5,7% em 1996) para 3,7% até 2007, além de diminuir a incidência de baixo peso ao nascer de 7,7% para 5,7%. Para isso, é fundamental ter um novo diagnóstico do problema em âmbito nacional, que permi-

(28,9%), no Piauí; Manari (29,4%), em Pernambuco; e Santo Amaro do Maranhão (29,4%).

Apenas 14,5% dos municípios apresentam taxas inferiores a 4%, situação considerada boa.

A necessidade de intervenção para reverter esse e outros indicadores sociais que colocam em risco as crianças da região levou à assinatura, em 2004, do Pacto Nacional Um mundo para a criança e o adolescente do Semi-Árido, articulado pelo UNICEF.

Por meio do pacto, o governo federal, os governos dos onze Estados que compõem o Semi-Árido e entidades da sociedade civil comprometeram-se

a desenvolver ações para melhorar a vida das crianças da região.

Uma das iniciativas, implementada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em parceria com o Ministério da Saúde e quinze universidades, é a pesquisa Chamada Nutricional, levantamento de informações sobre as crianças de até 5 anos para conhecer melhor as dimensões da desnutrição infantil no Semi-Árido e amparar políticas públicas nessa área. O trabalho foi iniciado em agosto de 2005.

Outra ação resultante do pacto foi a ampliação do Selo UNICEF Município Aprovado para todo o Semi-Árido, em

Tabela 3

Prevalência da desnutrição infantil por região (1996)					
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Baixo peso para a idade	3,0%	8,3%	7,7%	4,8%	2,0%
Baixa estatura para a idade (desnutrição crônica)	8,2%	17,9%	16,2%	5,3%	5,1%
Baixo peso para a estatura (desnutrição aguda)	2,9%	2,8%	1,2%	2,5%	0,9%

Fonte: PNDS, 1996.

ta não apenas monitorar o cumprimento das metas traçadas pelo governo, mas também direcionar as ações de combate à desnutrição infantil no País.

O Ministério da Saúde estabeleceu uma parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para incluir um módulo sobre o estado nutricional da população na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003. Os dados referentes à infância têm divulgação prevista para 2006. Também em 2006, o ministério planeja fazer uma nova pesquisa nos moldes da PNDS.

Um dos pontos que merecem atenção é a forma como os casos de desnutrição infantil estão distri-

buídos. Trata-se de um programa criado pelo UNICEF cujo objetivo é estimular a adoção de políticas municipais voltadas para a infância.

O programa acompanha e avalia os municípios participantes segundo três eixos de objetivos: impacto social, gestão de políticas públicas e participação social. Na edição 2006, iniciada em 2005, 1.176 municípios assumiram o compromisso que foi proposto pelo UNICEF.

Até o final de 2006, os que alcançarem os melhores resultados receberão o selo (*veja mais informações no texto Garantia de qualidade, ao final deste capítulo*).

Na região do Semi-Árido, a proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas é quase quatro vezes maior que nos Estados do Sul

buídos pelo País. Em 1996, segundo a PNDS, o problema era mais sério no Nordeste e no Norte do Brasil (veja Tabela 3). Na região do Semi-Árido, que abrange municípios de todos os Estados do Nordeste, além do norte de Minas Gerais e do Espírito Santo, a proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas é quase quatro vezes maior que nos Estados do Sul (veja texto *O desafio do Semi-Árido, neste capítulo*). Há diferenças também conforme o local de moradia das famílias. Na PNDS, a porcentagem de crianças com baixo peso para a idade nas áreas rurais (9,2%) era o dobro da relativa às áreas urbanas (4,6%). Não há dados nacionais sobre a prevalência da desnutrição infantil por

raça – que seriam importantes para planejar ações na área. Entre 2004 e 2005, por exemplo, teve destaque na imprensa a morte de crianças indígenas em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul por desnutrição (veja texto *Índios em situação de alto risco*).

FOME OCULTA

Há mais um ponto a ser considerado ao avaliar a situação nutricional da infância. Os indicadores de peso, altura e idade servem apenas para medir a desnutrição proteico-calórica, a mais importante das deficiências nutricionais, porém existem outras que representam riscos sérios para as crianças, como anemia ferropriva (carência de ferro), carência de vitamina A e carência de iodo. A falta desses micronutrientes é chamada de fome oculta, porque, apesar de causar danos sérios à saúde, não se trata de um problema visível. Baixos níveis de ferro podem provocar des-

Índios em situação de alto risco

Morte de crianças em Mato Grosso do Sul e em Mato Grosso chama a atenção para a gravidade da desnutrição infantil em comunidades indígenas

Em 2004 e 2005, ganharam destaque na imprensa brasileira notícias sobre mortes de crianças indígenas associadas à desnutrição, ocorridas em Mato Grosso do Sul e em Mato Grosso. Os casos envolviam principalmente os Guarani-Kaiowás, na reserva de Dourados (MS), e Xavante (MT). Só no primeiro quadrimestre de 2005, foram registradas 21 mortes de crianças menores de 5 anos em Mato Grosso do Sul e seis em Mato Grosso, todas relacionadas à desnutrição. Esses episódios chamaram a atenção para a gravidade da situação nutricional em que vivem as crianças indígenas no Brasil, dado que não tem

sido considerado nas últimas pesquisas nacionais sobre desnutrição infantil.

Uma comissão externa instaurada em 2005 na Câmara dos Deputados para averiguar as mortes ocorridas nos dois Estados identificou que o problema não se restringe aos casos noticiados nos dois últimos anos. Entre 2001 e 2002, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) já havia registrado 32 mortes de crianças indígenas por desnutrição em Mato Grosso do Sul. De acordo com a Funasa, entre 2003 e 2004, os índices de desnutrição infantil nas comunidades indígenas do Estado reduzi-

ram-se de 15% para 12%, o que ainda representa mais que o dobro da média nacional. Em termos geográficos, a questão não é pontual. Há registros de mortes de crianças indígenas por desnutrição em outras regiões do país, como o nordeste de Minas Gerais e o vale do Javari, no Amazonas.

A situação alarmante das aldeias de Mato Grosso do Sul motivou uma série de medidas emergenciais para reduzir o problema no Estado. Uma das iniciativas adotadas pela Funasa foi a distribuição de megadoses de vitamina A para crianças menores de 5 anos, em parceria com

de falta de apetite até comprometimento do desenvolvimento intelectual e psicomotor da criança. A carência de vitamina A afeta a visão, podendo até causar cegueira total, e debilita o sistema imunológico, aumentando o risco de mortes por diarreia e outras doenças. O iodo evita vários problemas de saúde, como retardo do crescimento, comprometimento do desenvolvimento cerebral, e cretinismo, doença que provoca retardo mental severo e irreversível. Durante a gravidez, a falta de iodo pode causar abortos, má-formação do feto e nascimento de crianças prematuras ou com retardo mental grave.

Outros micronutrientes fundamentais para a criança são o zinco e o ácido fólico. O zinco tem eficácia reconhecida no combate à diarreia, pois diminui a duração, a intensidade e o risco de reincidência da doença. Também ajuda a prevenir outros problemas de saúde, como a pneumonia, e é importante para garantir o crescimento e o desenvolvimento normais da criança. O ácido fóli-

co, vitamina do complexo B, é essencial para a formação do bebê no período de gestação. A deficiência desse micronutriente no início da gravidez pode provocar má-formação do tubo neural, estrutura que dá origem ao cérebro e à medula espinhal da criança. Essa má-formação pode resultar em defeitos congênitos graves, como anencefalia (falha no desenvolvimento do cérebro) e espinha bífida (defeito na coluna vertebral). Nas crianças, a falta de ácido fólico pode provocar diminuição do crescimento e anemia megaloblástica, entre outros problemas.

Não existe um levantamento sistemático de dados sobre as deficiências de micronutrien-

A falta de micronutrientes como vitamina A, ferro e iodo, também chamada de fome oculta, pode causar danos sérios à saúde

o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o UNICEF.

Para ampliar o acesso à água potável nas aldeias da região de Dourados, o UNICEF distribuiu 9 mil filtros de barro e hipoclorito de sódio a 2,5%, além de capacitar as famílias a usá-los. Essa ação contou com a contribuição da Funasa, de prefeituras locais e das lideranças indígenas. Graças ao grande esforço da Funasa e ao envolvimento de outras entidades, em agosto, setembro e outubro de 2005 não morreu nenhuma criança em Dourados. É preciso, porém, que o trabalho tenha continuidade.

A solução do problema exige políticas permanentes de atenção à saúde e à nutrição das crianças. Um

passo importante foi dado em 1999, quando a Funasa começou a estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O subsistema é composto de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), unidades organizacionais distribuídas pelo País de forma a permitir atendimento descentralizado e contínuo das comunidades indígenas. Uma peça-chave do sistema são os agentes indígenas de saúde, indicados pela comunidade e vinculados aos postos de saúde de cada Dsei. Embora a rede de assistência e os recursos recebidos pelos Dseis ainda sejam insuficientes, essa nova estrutura representa um avanço nas políticas de saúde para os povos indígenas.

Há outro fator, porém, que deve ser considerado para reduzir a desnu-

trição infantil entre os índios. Para essa parcela da população, a miséria e a insegurança alimentar, duas grandes causas de desnutrição, estão diretamente relacionadas à falta ou à inadequação de terras para produzir alimentos. Comunidades historicamente auto-sustentáveis tornaram-se vulneráveis à medida que seu território foi reduzido. Por isso, a questão fundiária é fundamental para a saúde nutricional dos índios.

A comissão externa da Câmara dos Deputados que investigou as mortes de crianças indígenas concluiu que a insuficiência do território ocupado pelos Guarani-Kaiowás é uma das causas principais do problema. Mais de 10,5 mil índios dessa etnia vivem em uma área de 3,5 mil hectares, onde deveriam viver no máximo trezentas pessoas.

tes em nível nacional. Em geral, elas chamam a atenção quando provocam conseqüências graves para a saúde das crianças. Na década de 1980, o aumento do número de casos de xerofthalmia (ressecamento da córnea e das conjuntivas), doença causada pela falta de vitamina

A desnutrição e as demais deficiências nutricionais têm relação estreita com a pobreza, responsável pelas principais causas do problema

A, levou o governo brasileiro a distribuir megadoses de vitamina A nas regiões de risco. Esse problema foi reduzido, e hoje o maior foco de preocupação é a carência de ferro. Nos últimos quinze anos, diversos trabalhos realizados em nível local chamam a atenção para a prevalência da anemia, que afeta grande proporção das crianças brasileiras e está se agravando nos lugares estudados.

A pesquisa Magnitude, Distribuição Espacial e Tendência da Anemia em Pré-Escolares da Paraíba (2002)¹ demonstra que, entre 1982 e 1992, a prevalência da anemia entre crianças pré-escolares aumentou de 19,3% para 36,4%. Outro estudo, Tendência Secular da Anemia na Infância na Cidade de São Paulo (2000)², identificou tendência semelhante entre as crianças menores de 5 anos na capital paulista. De 1984 a 1996, a prevalência da anemia cresceu de 35,6% para 46,9%. Os dados mais abrangentes foram colhidos em uma pesquisa nacional conduzida pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM), que avaliou, entre 1996 e 1999, 8 mil crianças menores de 3 anos matriculadas em creches públicas de vinte capitais. Cerca de metade (49,8%) tinha anemia, sendo que a pior situação foi encontrada no Recife – 80,7% de crianças anêmicas.

Suplementação de micronutrientes

O governo brasileiro mantém políticas de suplementação de ferro e outros micronutrientes. Uma portaria do Ministério da Saúde determina que, desde junho de 2004, todas as farinhas de trigo e milho produzidas no País têm de ser fortificadas com ferro e ácido fólico.

Em maio de 2005, foram criados o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Vitamina A Mais). O primeiro consiste em enviar suplementos aos municípios para que sejam distribuídos a crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes e mulheres até o terceiro mês após o parto. O segundo adota mecanismo semelhante para beneficiar crianças menores de 5 anos nos Estados do Nordeste, na região do vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, e na região do vale do Ribeira, em São Paulo. A meta dos dois programas era atender 5 milhões de crianças em 2005.

Em relação ao iodo, a principal iniciativa no Brasil é a fortificação do sal, estratégia adotada com sucesso em vários outros países. A iodação do sal, empregada no País desde a década de 1950 em áreas de risco, passou a abranger todo o território nacional em 1995. Hoje, o Ministério da Saúde estima que 95% do sal consumido no País seja iodado.

Em 2000, o Projeto ThyroMobil, iniciativa internacional de pesquisa sobre deficiências de iodo, avaliou, com apoio do UNICEF, a situação das crianças de 6 a 12 anos em dezessete municípios brasileiros localizados em regiões de risco. A prevalência de bócio, indicador da carência de iodo, foi de 1,4% – proporção bem inferior ao limite estabelecido pela OMS, de 5%.

Mas a mesma pesquisa verificou que ainda se encontrava sal para consumo humano sem presença suficiente de iodo em alguns Estados, especialmente Maranhão, Mato Grosso e Tocantins. Em contrapartida, 47,4% das amostras

1. Participaram do estudo: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). A pesquisa foi publicada na *Revista de Saúde Pública*, 2002.

2. Participaram do estudo: Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (Nupens/USP). A pesquisa foi publicada na *Revista de Saúde Pública*, 2000.

tenham níveis de iodo acima do desejável (50 ppm), o que demonstra a necessidade de melhor monitoramento da iodação do sal no País.

ALIMENTAÇÃO PRECÁRIA

A desnutrição e as demais deficiências nutricionais têm relação estreita com a pobreza, responsável pelas principais causas do problema. O primeiro deles é a alimentação insuficiente ou inadequada. A falta de comida ainda é uma realidade para muitas famílias no Brasil. Para tentar mudar essa situação, a principal ação do governo federal é o programa Bolsa Família, que unificou em 2003 os programas de transferência de renda existentes no País, estabelecendo condicionalidades. Dessa forma, exigem-se determinados compromissos dos participantes em troca do benefício.

Até agosto de 2005, 7,5 milhões de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza recebiam o benefício mensal do programa, principalmente nas regiões Nordeste e Norte, onde a desnutrição infantil é mais acentuada. A meta é atingir o total de 11,2 milhões de famílias pobres até o final de 2006. Não existem ainda avaliações da contribuição do Bolsa Família para a segurança alimentar das crianças, mas em 2005 iniciou-se um primeiro estudo de campo a respeito do impacto do programa sobre as condições de vida das famílias.

Além das iniciativas de ampliar o acesso da população aos alimentos, como o Bolsa Família, outra linha de ação do governo federal é apoiar a agricultura familiar. Trata-se de uma frente importante para combater a desnutrição infantil, porque o problema se concentra sobretudo nas áreas rurais. O Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), criado em 1995, concede crédito e apoio técnico a pequenos produtores rurais. Em 2004, foram assinados contratos com 1,57 milhão de pessoas e concedidos 5,6 bilhões de reais em financiamento.

Governos locais e organizações não-governamentais também têm adotado outra estratégia para contornar a deficiência alimentar das famílias pobres: a suplementação alimentar. O exemplo mais conhecido é a multimistura, farinha preparada com alimen-

tos de fácil acesso em cada região, como sementes, farelos de cereais e casca de ovo. Usada desde 1985 pela Pastoral da Criança, a multimistura foi adotada em outras iniciativas e ganhou evidência entre as ações de combate à desnutrição infantil. Mas hoje vem sendo questionada e reavaliada. A própria Pastoral, a partir de 1994, passou a substituir o conceito de multimistura pela noção de alimentação enriquecida, enfatizando o valor de qualquer alimento adquirido em nível local com alto valor nutritivo, bom pala-

Alimentar-se apenas de leite materno nos seis primeiros meses de vida ajuda a reduzir o risco de desnutrição e anemia das crianças, entre outros problemas de saúde

dar e baixo custo, como a manga, ótima fonte de vitamina A. Hoje, a multimistura é distribuída para menos de 10% das famílias atendidas pela entidade.

Para melhorar a alimentação das crianças no Brasil, é preciso ainda ampliar as taxas de aleitamento materno, que, conforme a recomendação internacional, deve ser exclusivo até os 6 meses de idade e se prolongar até os 2 anos ou mais. Alimentar-se apenas de leite materno nos seis primeiros meses de vida ajuda a reduzir o risco de desnutrição e anemia das crianças, entre outros problemas de saúde. Embora o governo federal mantenha o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno desde a década de 1980, a taxa de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês ainda é muito baixa no País: 9,7%, segundo o último levantamento nacional, feito pelo Ministério da Saúde em 1999.

Para ajudar a reverter essa situação, há hoje no País campanhas de esclarecimento e outras estratégias. Uma delas, criada pelo UNICEF e pela OMS em 1990, é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que procura envolver os estabelecimentos de saúde em esforços para evitar o desmame precoce. Até outubro de 2005, dos 4,5 mil hospitais que potencialmente fazem parte do universo do programa, 328 haviam recebido o título de Hospital Amigo da Criança.

DESNUTRIÇÃO E DOENÇAS

Além da insuficiência alimentar, outro fator de desnutrição infantil diretamente ligado à pobreza é a exposição a doenças infecciosas. Desnutrição e infecções recorrentes em geral estão associadas, formando um círculo vicioso de alto risco para a infância. Quando contrai uma doença como diarreia, há mais probabilidade de a criança ficar desnutrida. Assim, sua imunidade pode ser reduzida e ela fica mais vulnerável à mesma doença, gerando um processo difícil de ser rompido. Por isso, o combate à desnutrição depende muito da atenção à saúde da criança, que envolve desde acesso ao saneamento básico até orientação adequada das famílias e atendimento hospitalar.

Entre os programas que visam a prevenir as doenças que levam à desnutrição, destacam-se o Pacs e o PSF, desenvolvidos pelo governo federal em parceria com as prefeituras. O PSF forma equipes compostas de pelo menos um médi-

Desnutrição e infecções recorrentes em geral estão associadas, formando um círculo vicioso de alto risco para a infância

co, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde para prestar assistência permanente às comunidades em que atuam, orientando sobre prevenção e resolvendo problemas de saúde que não dependem de internação hospitalar. Iniciado em 1994, o programa se expandiu gradativamente. Em maio de 2005, cerca de 22 mil equipes atuavam no País atendendo 72,4 milhões de pessoas.

Outra iniciativa relevante é o trabalho da Pastoral da Criança, que atua em bolsões de pobreza e está presente em 70% dos municípios brasileiros, acompanhando em média mais de 1,8 milhão de crianças menores de 6 anos e mais de 80 mil gestantes. Os líderes

comunitários da Pastoral cumprem o papel de organizar a demanda do serviço de saúde, ensinando às famílias medidas que podem ser adotadas em casa e encaminhando os casos que precisam de atendimento especializado. Assim, as mães aprendem a identificar os sinais de uma pneumonia ou a tratar uma diarreia sem precisar levar o filho ao hospital. Os líderes também fazem um monitoramento regular da saúde das crianças, adotando medidas básicas (como pesar todas as crianças mensalmente) para identificar o risco de desnutrição e possibilitar a intervenção antes de o problema se agravar.

ATENÇÃO À CRIANÇA DESNUTRIDA

Todas as estratégias citadas são importantes para prevenir a desnutrição infantil, mas têm poder limitado de resolver os casos em que o quadro de desnutrição já está instalado. Nessas situações, dependendo da gravidade, é preciso que a criança seja encaminhada a um ambulatório ou hospital. Assim o problema pode ser tratado e se impede que ele volte a aparecer, rompendo o círculo vicioso formado pela desnutrição e pelas doenças recorrentes. É difícil avaliar se o sistema de saúde e os profissionais da área no Brasil estão preparados para lidar com esses casos. Um dos requisitos necessários para o atendimento eficiente é o trabalho multiprofissional envolvendo médico, nutricionista e assistente social, de forma a abordar os diferentes aspectos da questão.

Uma alternativa ao tratamento dos casos de desnutrição infantil nos hospitais é criar unidades especializadas para o atendimento. Uma referência nacional é o Centro de Recuperação e Educação Nutricional (Cren), em São Paulo: atende crianças desnutridas em regime de semi-internato ou ambulatorial e realiza trabalhos diretamente nas comunidades, com as crianças e suas famílias. Formato semelhante é adotado em experiências em Fortaleza, Salvador, Eunápolis (BA), Limeira (SP), Pedras de Fogo (PB) e São Lourenço (MG).

Garantia de qualidade

Desde sua criação, o Selo UNICEF Município Aprovado ajudou a reduzir a taxa de mortalidade infantil e a ampliar o percentual de crianças vacinadas e a freqüência em creches e pré-escolas

Toim, Zé e Manu são mamulengos, bonecos típicos do Semi-Árido, que ganham vida em um grande movimento pela saúde, educação, proteção e participação de milhares de crianças e adolescentes. Eles nasceram no primeiro semestre de 2005 no Semi-Árido brasileiro e já trabalham duro. Orientam os 1.176 municípios da região sobre políticas públicas e ações para garantir os direitos das crianças e dos adolescentes que vivem ali. Lembram a todos que cada um tem de fazer a sua parte para melhorar as condições de vida de meninos e meninas, e convidam a comunidade a participar de uma grande mobilização, na qual quem ganha é o município.

As cidades percorridas por Toim, Zé e Manu estão inscritas no Selo UNICEF Município Aprovado. Criado em 1999, no Ceará, o projeto foi ampliado em 2005 para todo o Semi-Árido. Ao se inscrever, os municípios comprometem-se a trabalhar para melhorar a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes e obter resultados, como redução da mortalidade infantil, pré-natal de qualidade a todas as gestantes e boa nutrição para todas as crianças menores de 2 anos. Ao todo, são nove objetivos de impacto social, quinze de gestão e quatro de participação social, acompanhados de perto pelo UNICEF.

Itabaiana, no Semi-Árido sergipano, é um dos municípios inscritos. Um de seus desafios é reduzir a desnutrição, pois, segundo dados de 2003, 9% de suas crianças de até 2 anos estão des-

nutridas, quando a média nacional é de 5,7%. Ao inscrever-se no Selo, Itabaiana passou a fazer parte de uma iniciativa de mobilização, reconhecimento e monitoramento dos municípios da região para que se implementem políticas e ações que ajudem a garantir os direitos das crianças e dos adolescentes. Ao final de dois anos, se obtiver bons resultados nos indicadores sociais, Itabaiana – e todos os inscritos – receberá o Selo UNICEF Município Aprovado.

UNIÃO DE ESFORÇOS

Atingir os objetivos não é tarefa apenas dos órgãos públicos, mas de todo o município. Unem forças a prefeitura, o Ministério Público, os Conselhos dos Direitos e Tutelares, as organizações não-governamentais, as escolas, os postos de saúde, as famílias, as crianças e os adolescentes.

“Promover a participação das crianças, dos adolescentes e das suas famílias, assim como dos profissionais que trabalham diretamente com o público infanto-juvenil, é nosso maior desafio”, diz Maria Cândida Bispo de França, articuladora do município de Itabaiana. “A incorporação deles ao processo vai facilitar muito nossa caminhada para a aquisição do Selo.”

Os indicadores que revelam o andamento da política pública para a criança e o adolescente são comunicados de maneira simples e lúdica. Desse



Cidades inscritas
no Selo UNICEF
Município
Aprovado
comprometem-se
a trabalhar para
melhorar a
qualidade de vida
das crianças e dos
adolescentes



modo, toda a comunidade pode acompanhar o desempenho do município, cobrar resultados e ajudar a alcançar os objetivos. Para cumprir as metas, os municípios devem contar também com o apoio dos governos dos Estados que compõem o Pacto Nacional Um mundo para a criança e o adolescente do Semi-Árido. Segundo esse documento, os governos estaduais e federal e as organizações da sociedade civil comprometem-se a implementar medidas que melhorem as condições de vida das crianças e dos adolescentes da região.

No Semi-Árido brasileiro, são registrados os piores indicadores sociais referentes à infância e à adolescência. Mais de 8 milhões de crianças e adolescentes são pobres e vivem em famílias com renda per capita inferior a 150 reais por mês. Mais de 4 milhões dessas crianças moram em casas sem abastecimento de água e rede de saneamento básico. Todos os anos, a cada mil crianças que nascem ali, 65 não completam sequer o primeiro ano de vida. O Selo UNICEF Município Aprovado vem contribuindo para mudar esse cenário.

No Ceará, de 1999 a 2004, a iniciativa ajudou a reduzir a taxa de mortalidade infantil de 39 para 20 por mil e aumentar o percentual de crianças vacinadas de 63% para 95%. Desde o início do projeto, em 1999, onze

municípios já conquistaram o Selo UNICEF nas três edições realizadas (2000, 2002 e 2004): Beberibe, Brejo Santos, Croatá, Horizonte, Icapuí, Itapiúna, Jucás, Maracanaú, Sobral, Tamboril e Tejuçuoca.