

AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS BENEFICIADAS PELO PROGRAMA ESTADUAL “LEITE DAS CRIANÇAS” NO MUNICÍPIO DE CAFELANDIA/PR

BERTO, Nanci Rouse Teruel¹
FARIÑA, Luciana Oliveira de²
BERTUZZO, Andreia³
SKOWRONSKI Patricia Paula⁴
PORFIRIO, Gabriela Yasmin⁵

RESUMO

O Programa Paranaense Leite das Crianças consiste na distribuição gratuita de um litro de leite enriquecido para as crianças de 6 a 36 meses e apresenta normas que devem ser seguidas tanto pelo poder público quanto pelos beneficiários. Por ser uma política pública deve ser monitorada frequentemente para averiguar sua efetividade e identificar o potencial para novas ações. Nesse sentido o objetivo deste artigo foi apresentar a avaliação nutricional das crianças e a percepção que os responsáveis pelas crianças têm sobre o programa no município de Cafelândia. Observa-se que 98% reconhecem a facilidade em se cadastrar e 33% reconhecem que a pesagem mensal é um critério para permanecerem no programa, 49% consideram o leite distribuído melhor que o comprado no mercado por possuir mais vitaminas. Observou-se também que em setembro de 2016, 86,4% das crianças se encontravam com peso adequado para a idade e 11,4% com peso elevado para a idade e em 2017 o peso adequado para a idade também prevalecia. Mesmo com as estratégias desenvolvidas pelo município para avaliar as crianças não conseguiram atingir 100% dos beneficiários e parece que esta é uma realidade estadual, tanto que esta preocupação está relatada nas atas da comissão técnica do programa. Ressalta-se aqui que o profissional nutricionista é habilitado para monitorar as políticas públicas relacionadas à alimentação infantil, haja vista a necessidade constante acompanhamento de ações como: avaliação nutricional, aleitamento materno e introdução da alimentação complementar importantes para minimizar e até evitar males no desenvolvimento das crianças brasileiras.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação nutricional. criança. leite. programa estadual. nutricionista.

EVALUATION OF CHILDREN BENEFITED BY THE STATE PROGRAM "MILK OF CHILDREN" IN THE MUNICIPALITY OF CAFELANDIA-PR

ABSTRACT

The Paranaense Milk Program for Children consists of the free distribution of one liter of enriched milk for children from 6 to 36 months and presents standards that must be followed by both the public and the beneficiaries. Because it is a public policy it should be monitored frequently to ascertain its effectiveness and identify the potential for new actions. In this sense, the objective of this article was to present the nutritional assessment of the children and the perception that the responsible ones have about the program in the municipality of Cafelândia. It is observed that 98% recognize the ease of registering and 33% recognize that the monthly weighing is a criterion for remaining in the program, 49% consider the milk distributed better than the one bought in the market for having more vitamins. It was also observed that in September 2016, 86.4% of the children had adequate weight for age and 11.4% had a high weight for age and in 2017 the age-appropriate weight also prevailed. Even with the strategies developed by the municipality to evaluate the children have failed to reach 100% of the beneficiaries and it seems that this is a state reality, so much so that this concern is reported in the minutes of the program's technical committee. It should be emphasized that the nutritionist is qualified to monitor public policies related to infant feeding, given the need for constant follow-up of actions such as: nutritional assessment, breastfeeding and introduction of complementary feeding important to minimize and even prevent maladies in the development of children.

KEYWORDS: nutritional assessment. child. milk. state program. nutritionist.

¹ Mestre em Desenvolvimento Rural Sustentável – UNIOESTE. Coordenadora de Nutrição da FAG. nanci@fag.edu.br

² Docente do Mestrado em Desenvolvimento Rural Sustentável e do Mestrado em Ciências Farmacêuticas – UNIOESTE. luleal32@yahoo.com.br

³ Nutricionista, andreiabertuzzonutri@gmail.com

⁴ Nutricionista do Município de Cafelândia, pattsk@hotmail.com

⁵ Acadêmica de Nutrição – Centro Universitário FAG gabrielaferraz097@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de proporções continentais, seja no que refere ao território, à produção agrícola ou mesmo ao total de riquezas geradas no país. Entretanto, observam-se ainda níveis de fome e pobreza reveladores das profundas contradições presentes em nosso território. Essa configuração confirma um dos traços mais marcantes de nossa sociedade: o Brasil não é um país pobre, mas sim profundamente desigual (PERRONI, 2009).

Historicamente, o problema da fome já estava na agenda política brasileira desde Josué de Castro, que afirmava que a fome e a má alimentação não são fenômenos naturais, mas sociais e, portanto, somente por meio de ações sociais e coletivas como a implantação progressiva de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional pode-se transformar em realidade o direito humano universal à alimentação (PINHEIRO, 2010).

Assim, os governos têm proposto e fortalecido vários programas que favorecem o acesso à saúde e a redução da pobreza dentro da população e um exemplo deste tipo de programa é realizado no estado do Paraná: o Programa Leite das Crianças - PLC. Mesmo considerada uma política pública assistencialista por alguns autores, o programa merece destaque por ter o objetivo de diminuir as desigualdades sociais e a fome das crianças do estado.

O PLC foi implantado pelo Decreto nº 1.279, do dia 14 de maio de 2003, e em 25 de janeiro de 2010 foi transformado em política pública do estado. O Decreto Estadual nº 3.000/2015 o regulamentou, e estabeleceu que o programa englobasse ações das Secretarias da Agricultura e Abastecimento (SEAB), Educação (SEED), Família e Desenvolvimento Social (SEDS) e Saúde (SESA).

O programa consiste na distribuição gratuita de 1,0 (um) litro de leite pasteurizado e enriquecido com vitaminas e minerais para as crianças e 6 a 36 meses e mães gestantes e nutrizes de famílias previamente registradas no Cadastro Único de Programas Sociais – CADUNICO com renda média per capita comprovadamente não excedente a meio salário mínimo regional. O produto deve ser retirado três vezes por semana nas escolas da rede estadual de ensino as quais disponibilizam uma sala ou ambiente para recebimento e entrega, devem ser equipadas com freezers para acondicionamento adequado do produto (PARANÁ, 2013).

Segundo as normas do programa as crianças beneficiárias devem receber acompanhamento periódico de seu estado nutricional, por meio das Unidades de Saúde de Referência espalhadas pelo estado, cujos dados deverão ser coletados dos relatórios preenchidos pelos profissionais de saúde e remetidos as Regionais da Secretaria da Saúde, que também deve realizar e acompanhar ações de vigilância sanitária nas usinas, nos meios de transporte utilizados para distribuição do leite e nos

locais de entrega do produto, com vistas ao controle das condições higiênico sanitárias de manuseio do leite (PARANÁ, 2013).

O leite é um fluído biológico complexo, com quantidades consideráveis de proteínas de alto valor nutricional, carboidratos, gorduras, vitaminas e sais dissolvidos, suspensos ou em emulsão em grande quantidade de água. Destaque para o ácido linoleico conjugado, lactose, vitaminas especialmente as do complexo B, com ênfase para a B2 e B12 e minerais como o cálcio e fósforo e, no leite integral, vitaminas A e D (BELOTI, 2015; MATTANNA, 2015; OLIVEIRA, 2013).

Além disso, contribui diariamente com cerca de dois terços do cálcio necessário, característica muito importante já que no Brasil a ingestão deste mineral está muito abaixo dos valores considerados ideais, portanto o consumo deve ser estimulado principalmente nos grupos de maior risco como medida de saúde preventiva (COZZOLINO, 2009).

Há muito tempo o leite e seus derivados são reconhecidos como componentes importantes de uma dieta balanceada e representam muito mais que somente a soma de seus nutrientes, pois a ingestão contribui para a saúde por toda a vida. De acordo com a Academia Americana de Pediatria, a adequação nutricional de dietas para crianças deve ser realizada através do consumo de ampla variedade de alimentos, e deve-se fornecer energia suficiente para dar suporte ao seu crescimento e desenvolvimento e para alcançar ou manter o peso corporal desejável e o leite é um alimento que oferece esses componentes, além de ser uma grande fonte de hidratação (CAMPOS, 2011).

Os primeiros anos de vida de um indivíduo correspondem a uma fase caracterizada por crescimento acelerado e importantes transformações no processo de desenvolvimento, representando um período de vulnerabilidade aos agravos sociais, econômicos e ambientais, trazendo prejuízo em curto e longo prazo. Condutas inadequadas quanto à alimentação e carências nutricionais nesse período podem influenciar os riscos de morbimortalidade e o desenvolvimento infantil (OLIVEIRA, 2006).

Para Cunha *et al* (2015), é preciso focar no intervalo entre a concepção e o fim do segundo ano de vida da criança (os primeiros mil dias), período que seria como uma fase de oportunidades para melhorar a saúde do indivíduo, importante para ações e condutas que sejam capazes de garantir uma nutrição e um desenvolvimento adequado, que terão repercussões por toda a vida.

Cabe ressaltar, que alguns micronutrientes são essenciais para o estímulo do crescimento físico, da maturidade sexual, do desenvolvimento neuromotor e para a plenitude e funcionamento do sistema imune. Singh (2004) afirma que a genética de uma criança para o crescimento e desenvolvimento físico e mental pode também ser comprometida, como consequência da deficiência de micronutrientes.

Os benefícios da alimentação adequada no início da vida não são apenas físicos, Victora *et al* (2008 *apud* ZORZETO, 2011) analisaram o desempenho escolar de 7.945 crianças da Índia, da Guatemala, das Filipinas, do Brasil e da África do Sul e concluíram que as mesmas crianças que no parto tinham menos de 2,5 quilos, peso inferior ao desejável, conseguiram bom desenvolvimento intelectual quando, com dieta adequada, alcançaram o ritmo normal de crescimento e recuperaram o peso ideal para a idade até o segundo ano de vida.

Mezzomo (2014) demonstrou dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares realizada no Brasil que revelaram que o déficit de peso em 2008 e 2009 em crianças menores de cinco anos foi de 6%, com ênfase no primeiro ano de vida (8,9%). Nas crianças de cinco a nove anos, o déficit de peso acometia 4,1% e o déficit de altura atingia 6,8% desta população. Além disso, a prevalência de crianças com anemia e deficiência de vitamina A foi de 20,9% e 17,4%, respectivamente.

De acordo com o programa, as crianças beneficiárias devem receber acompanhamento periódico de seu estado nutricional, por meio das Unidades de Saúde de Referência espalhadas pelo estado, cujos dados deverão ser coletados dos relatórios preenchidos pelos profissionais de saúde e remetidos as Regionais da Secretaria da Saúde (PARANÁ, 2013).

Segundo Fernandes *et al* (2006), a melhor forma de avaliar o estado nutricional de crianças é utilizando a avaliação antropométrica. Tal investigação permite analisar o desenvolvimento físico, de modo não invasivo, simples, rápido, com baixo custo. Além disso, é considerada de alta sensibilidade quanto às repercussões das condições nutricionais.

A curva de crescimento proposta pela OMS é um instrumento técnico importante para medir, acompanhar e analisar o crescimento de todas as crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, independente da etnia, nível socioeconômico ou padrão alimentar. Assim, desnutrição, sobre peso, obesidade e condições associadas ao crescimento e à nutrição da criança podem ser identificadas e orientadas precocemente (SISVAN, 2004).

O Município de Cafelândia localizado na Mesorregião Oeste do Paraná possui área territorial de 271,724 km², população estimada em 2016 de 16.896 habitantes, apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM, 2010) de 0,748 e participa ativamente do PLC desde 2004 (IBGE, 2014).

É indispensável que políticas públicas sejam implantadas e, principalmente, monitoradas constantemente para reconhecer sua efetividade e identificar o potencial para novas ações, neste sentido, o objetivo deste artigo é demonstrar a avaliação nutricional e a percepção do Programa Estadual Leite das Crianças relatada pelos responsáveis pelas crianças atendidas no município de Cafelândia.

2. METODOLOGIA

A metodologia empregada nessa pesquisa a classifica como exploratória, onde a preocupação é retratar a complexidade de uma situação particular, focalizando o problema em seu aspecto total onde o pesquisador usa fontes para coleta de dados que são colhidos em vários momentos da pesquisa e em situações diversas, com diferentes tipos de sujeito (OLIVEIRA, 2008).

Didaticamente pode-se dividir o trabalho em quatro etapas: a etapa inicial onde se realizou o levantamento bibliográfico com pesquisas por meio de livros e periódicos nacionais dispostos em acervo virtual, e em bases de dados, onde foram selecionados e consultados artigos publicados originais e de revisão sobre o tema.

Conforme explica Gil (2008), quando se inicia uma investigação a mesma deve estar embasada em pesquisas bibliográficas no intuito de saber se há publicações com respostas às questões propostas.

A etapa seguinte foi a coleta de dados antropométricos e aplicação de um questionário estruturado para esse fim para os responsáveis pelas crianças beneficiadas pelo programa que ocorreu entre julho de 2016 e outubro de 2017.

As entrevistas com os responsáveis pelas crianças beneficiadas pelo programa ocorreram no momento em que aguardavam a avaliação nutricional das crianças. No inicio foi explicado que se tratava de uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética sob o número do CAAE - 55591716.0.0000.5219 e Parecer nº 1579706 e após o aceite de participação foi solicitada a sua assinatura do termo de consentimento (TCLE) e iniciou - se as entrevistas.

O peso em crianças maiores de dois anos foi aferido utilizando uma balança eletrônica digital da marca TechLine, e em crianças menores de dois anos foi utilizada uma balança pediátrica digital da marca Welmy. Para aferição do comprimento das crianças, foi utilizada uma régua antropométrica de madeira com escala, da marca Taylor. Para a classificação do diagnóstico nutricional foi utilizado o P/I com base no padrão de referência da OMS para crianças de 06 a 36 meses e classificados segundo as Normas Técnicas do SISVAN (2011).

Dados posteriores foram cedidos pela Secretaria de Saúde do município de Cafelândia e pela Secretaria da Agricultura e Abastecimento – PR, ou seja, foram obtidos por meio de pesquisa documental, que segundo Gil (2008), é um tipo de pesquisa apoiada em documentos sem tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos de pesquisa.

Para análise dos dados foi definida uma abordagem quantitativa, que segundo Prodanov e Freitas (2013) “considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las”.

Para Manzato e Santos (2016), o levantamento de dados por meio de questionários requer cuidado especial, não é apenas coletar respostas, mas saber como analisá-las estatisticamente para validação dos resultados.

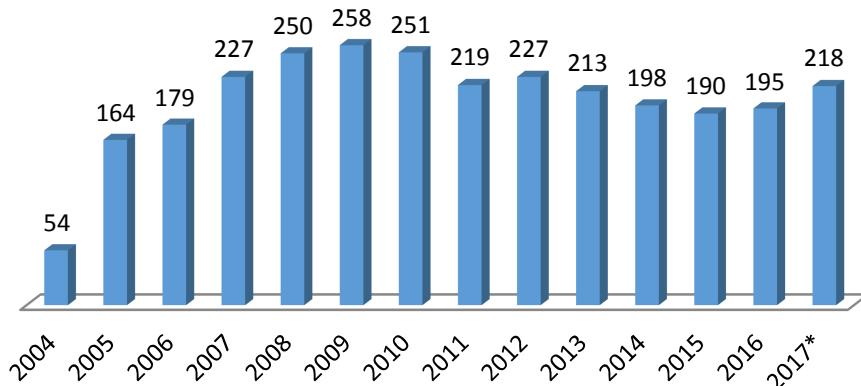
A última etapa teve como base uma abordagem qualitativa desenvolvendo a sistematização dos resultados, e a análise e discussão com definição e mensuração dos indicadores.

3. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O município de Cafelândia participa ativamente do PLC desde 2004 tem atendido um número considerável de crianças, com algumas variações.

O gráfico abaixo apresenta o número de crianças beneficiadas pelo PLC de 2004 a 2017 no município de Cafelândia-PR, onde é possível observar uma diminuição gradativa até 2016 com aumento nos primeiros meses de 2017, com auge de alcance em 2009.

Gráfico 1 - Número de crianças beneficiadas pelo Programa Leite das Crianças no município de Cafelândia de 2004 a 2017



Fonte: Dados cedidos pela SEAB. *Dados de 2017 entre janeiro e junho.

Segundo Alves e Cavenagui (2013), dados internacionais apresentam que as taxas vitais caem, juntamente com o aumento da renda, como estabelece a teoria da transição demográfica. O desenvolvimento e a transição demográfica são fenômenos da modernidade, onde um impulsiona o outro. O avanço das forças produtivas e a erradicação da pobreza colaboram para que haja redução da natalidade, criando uma oportunidade de melhoria da qualidade de vida.

De acordo com relatos do responsável pelo Programa no município, acredita-se que a diminuição teria ocorrido devido a possível melhora situação financeira das famílias colaborando para que elas saíssem do estado de vulnerabilidade social se emancipando de programas

assistenciais e demais benefícios ou foram possivelmente excluídas pelo não cumprimento da pesagem mensal, proposta pelo programa.

As normas gerais para desenvolvimento e execução do Programa Leite das Crianças destacam que “toda criança entre 06 e 36 meses de idade, pertencente a famílias com renda média per capita de meio salário mínimo regional, tem direito a receber o benefício do Programa Leite das Crianças” (PARANÁ, 2013).

Para que isto ocorra, o responsável pela criança deve comparecer ao Centro de Referência de Assistência à Saúde (CRAS) para a realização do Cadastro Único (CADUNICO) para programas sociais. O cadastro é encaminhado às entidades indicadoras de beneficiários, que fará a inclusão da criança no Sistema Informatizado de Controle do Programa Leite das Crianças (PARANÁ, 2009). Neste estudo quando perguntado aos responsáveis pelas crianças se houve dificuldade para serem credenciados ao programa, todos (98) 100% responderam que não.

E quando perguntado aos responsáveis se sabiam relatar quais os critérios para permanecerem no programa o mais citado foi “pesar a criança todo o mês” com 33% das respostas, 27% “não faltar para retirar o leite”, 15% “assinar a lista de presença” e 13 % “levar a carteirinha”. Apesar de alguns reconhecerem a pesagem mensal como condicionalidade do programa, os responsáveis pela prefeitura relatam ter muita dificuldade em fazer um acompanhamento adequado com as crianças, e quase sempre precisam realizar campanhas e estratégias para esse acompanhamento.

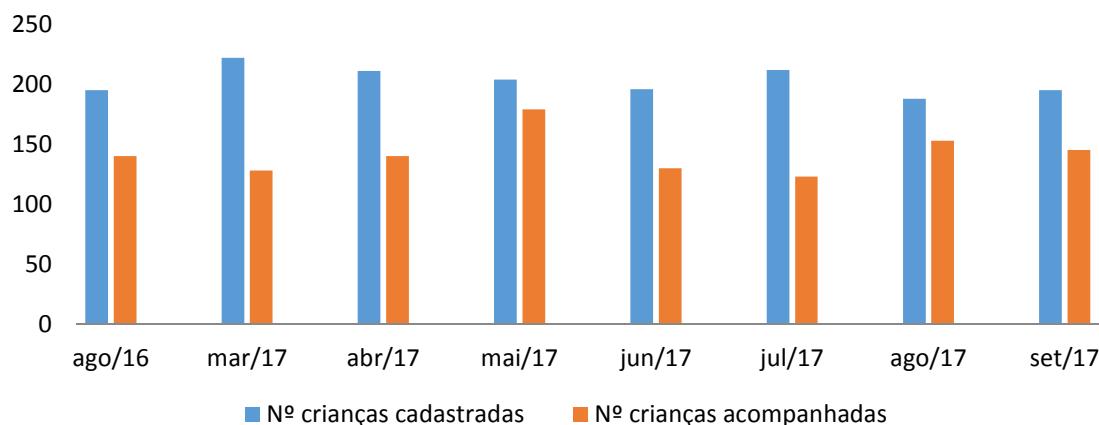
Uma das estratégias por parte do município foi disponibilizar além das quatro Unidades Básicas de Saúde que atendem à população, mais três locais alternativos para a realização da avaliação nutricional, sendo dois Colégios Estaduais e a Pastoral da Criança, em pelo menos quatro vezes no mês, em horários diferenciados para os responsáveis que estiverem impossibilitados de ir até uma Unidade Básica de Saúde por algum motivo, não deixem de participar e fazer o acompanhamento.

Outros procedimentos regulares inseridos foram: registro desta avaliação (pesagem) na caderneta de saúde da criança, constando carimbo e assinatura do responsável e a apresentação obrigatória da mesma para a retirada do leite e aliar uma suspensão temporária do benefício no caso de falta à avaliação nutricional, e ainda no caso de três suspensões temporárias, o risco de interrupção definitiva do benefício, condicionalidades já presentes na regulamentação do PLC conforme citado mais a frente no texto.

Foi relatado pela nutricionista responsável pelo PLC no município que a partir de março de 2017 houve um compromisso de enviar para a 10ª Regional de Saúde de Cascavel os dados das pesagens, mas dificilmente atingem o 100 % de crianças, mesmo com todas as facilidades relatadas anteriormente.

Observa-se no gráfico abaixo o número de crianças acompanhadas de março à outubro de 2017 no município de Cafelândia-PR.

Gráfico 2- Número de crianças cadastradas e acompanhadas no PLC de município de Cafelândia no período em Agosto de 2016 e de Março à Outubro de 2017.



Fonte: Dados cedidos pela Secretaria de Saúde de Cafelândia.

Observa-se que o máximo de alcance na avaliação foi no mês de maio quando se conseguiu avaliar 87 % das crianças, portanto ao que parece, essa dificuldade na participação na pesagem não é só do município de Cafelândia, uma vez que o tema foi por duas vezes pauta das reuniões da CTPLC, primeiro em 21/07/2015 e depois em 20/11/2015 conforme apresentado a seguir:

A CTPLC ficou, deveras preocupada em relação à solicitação que foi encaminhada para as CTR/PLCs para que enviassem, a partir dos Municípios e Regionais da SESA, relatório atualizado da Avaliação Nutricional das crianças beneficiadas pelo PLC, conforme determina o Decreto 5.569, demais normas do PLC e por cobrança do CES, conforme acordado na reunião do dia 25/06/2015. Caso a CTPLC não seja atendida, encaminhará para a CGPLC para as devidas orientações (ATA 008/2015 - CTPLC).

Na sequência foi apresentado um resumo mensal das ações do PLC, referentes a outubro/15, base técnica de setembro/15, onde mais uma vez não aparece dados da avaliação nutricional das crianças para o que a CTPL/SESA assumiu compromisso de agilizar para o próximo resumo mensal (ATA 010/2015 - CTPLC).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a valorização do estado nutricional do indivíduo e o registro adequado dos dados em planilhas corroboram com a importância da nutrição como coadjuvante das ações básicas de saúde, ou seja, destaca a informação que deve estar voltada para a ação, visando à prevenção e a promoção da saúde e nutrição da população.

Na maioria dos programas relacionados à fome entre as condicionalidades está o acompanhamento nutricional, conforme o artigo 3º da lei de criação do Programa Fome Zero (BRASIL, 2004).

Art. 3º A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber de condicionalidades relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) em estabelecimento de ensino regular, sem prejuízo de outras previstas em regulamento.

As condicionalidades dos programas foram estabelecidas como um instrumento para firmar o compromisso dos beneficiários com as metas de superação da situação de vulnerabilidade e potencializar o exercício de direitos básicos, como o acesso aos serviços da rede de assistência social. No caso do Programa Bolsa Família (PBF), por exemplo, na área da saúde a exigência é que a família realize o acompanhamento do desenvolvimento e do calendário de vacinação em dia da criança com idade inferior a seis anos (BRASIL, 2005). No caso do PLC os artigos 3º e 4º citam que:

§ 3º O não comparecimento da mãe ou responsável para receber o benefício, conforme a logística de distribuição adotada pelo Comitê Gestor Municipal, por 03 (três) entregas consecutivas ou por 06 (seis) vezes intercaladas durante o mês, implicará na sua suspensão temporária no restante do mês. Os dias referentes ao período de suspensão do benefício deverão ser anulados na lista de beneficiários com um traço em vermelho.

§ 4º O não comparecimento da criança na Unidade Básica de Saúde para a avaliação nutricional implicará na suspensão temporária no mês seguinte. Os dias referentes ao período de suspensão do benefício deverão ser anulados na lista de 1 beneficiários com um traço em vermelho. A não assinatura da mãe ou responsável na listagem de beneficiários implicará na suspensão no mês seguinte.

O estado nutricional influencia diretamente as condições de crescimento, desenvolvimento e risco de morbimortalidade da população como um todo, e seu acompanhamento configuram-se como ferramenta essencial de gestão, subsidiando e planejando a execução e avaliação de ações em saúde (MONTEIRO *et al*, 2009).

No entanto, embora no Sistema Único de Saúde (SUS), os programas de atenção à saúde infantil terem sido desenhados a partir de modelos fragmentados de atenção, com o foco no diagnóstico e no tratamento das doenças, e mesmo com os esforços técnicos científicos atuais, o resultado destes programas tem impacto restrito nos dados epidemiológicos (CHIESA, 2009).

Um exemplo do citado acima, é que mesmo com a tendência de queda da desnutrição infantil observada nos últimos anos, ainda persistem situações que exigem atenção, sobretudo, em regiões e comunidades com contextos socioeconômicos desfavoráveis (GONCALVES, 2015).

Assim, quanto mais populações e/ou indivíduos forem avaliados do ponto de vista nutricional, e quanto mais seriados forem essas avaliações, mais intervenções precoces podem ser instituídas, certamente melhorando a qualidade de vida da população de uma forma geral, ou seja, não existe como diminuir a desnutrição se esta não for diagnosticada de maneira adequada (MELLO, 2002).

Conforme Carvalho *et al* (2008), a avaliação deve acontecer, pois independente do resultado, o acompanhamento do crescimento possui o benefício de fornecer uma resposta aos profissionais da área da saúde sobre o efeito de ações de programas voltados à população infantil, entretanto, uma monitorização eficaz necessita de um bom nível de registros, de cobertura adequada, periodicidade do atendimento, mensurações precisas das medidas antropométricas, profissionais preparados, instrução materna nas ações de saúde e nutrição, e efetiva intervenção.

A tabela abaixo apresenta os dados referentes às crianças beneficiárias do PLC em Cafelândia em agosto de 2016, as quais foram separadas por sexo e idade de acordo com os pontos de corte: Peso/Altura, Peso/Idade e Estatura/Idade, indicadores de crescimento indicados pelo Ministério da Saúde como indicativo de saúde e qualidade de vida foi avaliado nesta pesquisa 140 crianças, ou seja, aproximadamente 72% da média de crianças atendidas no ano de 2016 (195 crianças).

Tabela 1 - Dados referentes às crianças beneficiárias do PLC em Cafelândia – PR em setembro de 2016

	Feminino						Masculino						Total	
	6 – 12m		13 – 24m		25 – 36m		06 – 12m		13 – 24m		25 – 36m		n	%
Estatura x Idade														
Muito baixa estatura/Idade	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0
Baixa estatura/ Idade	1	1,5	4	6,0	0	0,0	0	0,0	2	2,7	2	2,7	9	6,4
Estatura adeq./Eutrofia	10	15,1	29	44	22	33,3	10	13,5	38	51,3	22	30	131	93,5
Peso x Estatura														
Magreza acentuada	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Magreza	0	0,0	1	1,5	1	1,5	0	0,0	1	1,3	0	0,0	3	2,1
Peso adequado/ Eutrofia	6	9,0	19	28,7	10	15,1	4	5,4	26	35,1	17	23	82	58,5
Risco de Sobrepeso	2	3,0	9	13,6	8	12,1	5	6,7	8	10,8	4	5,4	36	25,7
Sobrepeso	2	3,0	3	4,5	1	1,5	0	0,0	2	2,7	3	4,0	11	7,8
Obesidade	1	1,5	2	3,0	0	0,0	1	1,3	3	4,0	0	0,0	7	5
Peso x Idade														
Muito baixo peso / Idade	0	0,0	0	0,0	0	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Baixo peso/ Idade	1	1,5	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	3	2,1
Peso adequado/ Idade	8	12,1	29	44	19	29	9	13,8	37	56,9	19	29,2	121	86,4
Peso elevado / Idade	2	3,0	5	7,5	1	1,6	0	0,0	5	6,7	3	4,0	16	11,4

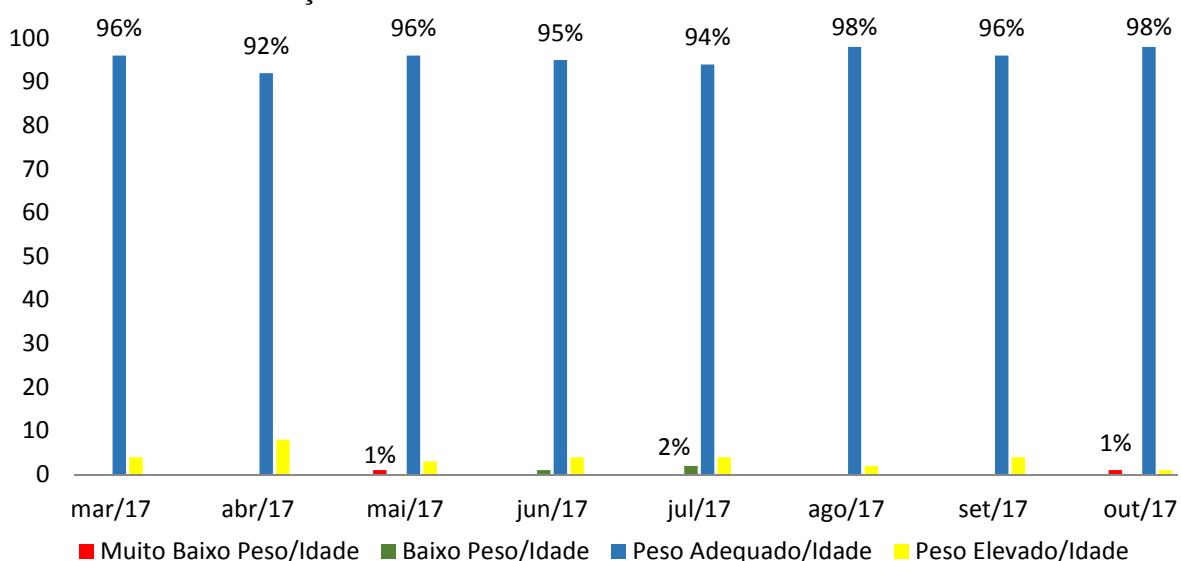
Fonte: Dados da Pesquisa

O Índice estatura para idade (E/I) expressa o crescimento linear da criança, é o que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança, é considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população. Já o Peso-para-estatura (P/E) dispensa a informação da idade; expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e estatura, é utilizado tanto para identificar o emagrecimento da criança, como o excesso de peso. E por fim o índice Peso-para-idade (P/I) utilizado nesta avaliação expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança, é muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança; porém, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos (BRASIL, 2011).

Nos dados coletados em agosto de 2016 observou-se também que a percentagem total de magreza é inferior a (3%) e (11,4%) encontram-se com peso elevado para a idade.

Já de Março à Outubro de 2017 os dados que foram cedidos pela Secretaria de Saúde do município de Cafelândia, são apresentados no gráfico abaixo e demonstram que o número de crianças com peso adequado para a idade é muito grande em todo o tempo analisado.

Gráfico 3 - Dados percentuais referentes ao Peso/Idade das crianças beneficiárias do PLC em Cafelândia – PR de março à outubro de 2017.



Fonte: Dados cedidos pela Secretaria de Saúde de Cafelândia

Em ambos os casos a maioria das crianças avaliadas encontrava-se nos dois primeiros anos de vida e para o Ministério da Saúde (2002), provavelmente, nessa faixa etária, ocorra uma maior procura das mães pelos serviços de saúde em função da maior morbidade observada nesse período e exista uma maior vigilância dos serviços de saúde, com programas voltados para as ações básicas, controle de doenças, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do crescimento.

Estudos recentes de Batista Filho e Coutinho (2008) mostram que o aumento de lactentes obesos pode ser resultado da forma incorreta de cessar o aleitamento materno, erros alimentares cometidos nos primeiros anos de vida, ocorrendo principalmente na área urbana, onde acontece a substituição da amamentação por alimentos industrializados com excesso de açúcares e gorduras em geral que são oferecidos em quantidades excedentes às necessárias para o desenvolvimento adequado da criança.

Segundo Marques (2004), crianças que receberam aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, apresentaram ganho adequado quando comparado aos padrões existentes,

sendo evidenciado nos primeiros quatro meses e desacelerando com o passar do tempo. Desta forma, o leite materno é considerado o alimento ideal para um desenvolvimento adequado nos primeiros seis meses de vida.

Silva e Almeida (2011) avaliaram 219 crianças atendidas pelo Projeto Viva Leite no município de Presidente Epitácio-SP, e encontraram 184 (84%) em estado de eutrofia, 18(8,2%) crianças encontravam-se com peso elevado para a idade, 7(3,1%) com baixo peso para a idade, e 10 (4,5%) em risco nutricional.

Um estudo realizado por Belinovski (2011), no município de Telêmaco Borba no Paraná, durante o ano de 2011, apresentou resultado positivo, apontando evolução no estado nutricional das crianças a partir do momento que começaram a receber o leite do Programa Leite das Crianças, havendo um aumento considerável de crianças eutróficas, diminuição no estado de magreza acentuada e magreza.

Em Minas Gerais, uma pesquisa realizada por Dias *et al* (2010) com crianças beneficiadas pelo programa PAA Leite, foi encontrada prevalência tanto para o déficit quanto para o excesso, para o índice de Peso para Altura foi observado 5% de baixo peso, 11% de excesso, avaliando o índice estatura/idade verificou-se 10% de baixa estatura, já pela avaliação do IMC/I, encontrou-se 6% baixo peso, 20% sobre peso e 10% obesidade.

Castro e Monteiro (2002), através do Programa Leite e Saúde, observaram uma melhora significativa na condição nutricional de crianças entre 06 e 36 meses. Notou-se também uma recuperação mais intensa que a deficiência nutricional que foi observada no ingresso das mesmas no programa, e que fatores como doenças crônicas, baixo peso ao nascer e quantidade de irmãos não prejudicaram a efetividade da intervenção.

Em São Paulo, Sá e Szarfarc (2009) observaram a diminuição na incidência de anemia ferropriva em crianças que consumiam o leite fortificado com 7,5mg/L de ferro quelato do Programa Viva Leite, nas quais, 35% das crianças que apresentavam anemia no início da pesquisa (seis meses antes), não apresentaram anemia no final.

Medeiros *et al* (2004) constatou que a alimentação de crianças com dieta isenta de leite de vaca e seus derivados apresenta déficits de nutrientes, especialmente de cálcio e fósforo, em relação as recomendações internacionais.

Em um estudo realizado por Kurihayashi *et al* (2015), foram encontradas importantes inadequações nos indicadores biológicos das vitaminas A e D e também a ingestão dessas vitaminas foram identificadas em crianças atendidas por um programa de suplementação alimentar. A ocorrência de inadequação de vitamina A ($< 1,05\mu\text{mol/L}$) ocorreu em uma a cada cinco crianças e, para a vitamina D, 8 a cada 10 crianças apresentaram insuficiência e 5 a cada 10 crianças,

deficiência. Estes dados indicam que possivelmente, a presença de diversos fatores além da utilização do alimento fortificado, contribuíram para isso e sinalizam a necessidade de reavaliação da conduta de fortificação.

Mezzomo e Nadal (2014), afirmam que programas que visem à saúde pública devem ser colocados em prática em todos os estados para garantir que as crianças brasileiras recebam não só o leite, mas também outros tipos de alimentos de qualidade e em quantidade adequada, de acordo com sua faixa etária, para garantir a segurança nutricional das mesmas.

Quando perguntado aos beneficiários o que acham sobre o leite distribuído no programa 48 (49%) relataram ser melhor que o comprado no mercado, e 49 (50%) ser igual ao comprado no mercado, somente um (1) beneficiário acha que o leite distribuído é pior que o comprado no mercado.

Entre aqueles 48(100%) que consideram que o leite distribuído pelo programa é melhor que o comprado 32 (67%) referem que possui mais vitaminas, 14 (29%) relatam por ser mais forte e 2(4%) dizem ser mais gostoso. O fato de considerarem mais forte e com mais vitaminas se deve provavelmente, ao fato de saberem que o leite distribuído no PLC recebe adição do PREMIX de vitaminas e minerais.

A informação que o produto apresenta “mais” quantidades de determinados nutrientes é o suficiente para o consumidor achá-lo seguro, mesmo sem entender seu significado. No entanto, há estudos sobre alimentos fortificados que apontam que muitos produtos declarados como fortificados apresentaram na rotulagem quantidades de nutrientes equivalentes aos produtos similares não fortificados, isso principalmente quando se referem aos nutrientes cujos requerimentos diários são mínimos, facilmente atingidos com alimentação equilibrada com frutas, legumes e verduras, portanto, o consumo desse tipo de alimento com o objetivo de alcançar melhor aporte nutricional, se realizado com produtos que não apresentam segurança em sua fortificação, pode não atender ao objetivo nutricional desejado pelo consumidor e aos objetivos da fortificação de alimentos (ABRANTES, 2013).

Importante ressaltar ainda, que as vitaminas podem ser influenciadas pelos efeitos do processamento, sendo que as perdas variam muito de acordo com as técnicas empregadas e o tipo de alimento (BERTIN, 2016).

Esse assunto parece ser também um questionamento dos Coordenadores técnicos do PLC que em reunião ordinária dia 11 de março de 2015, deram parecer favorável à realização de 150 análises para pesquisar os níveis de Ferro, vitaminas “A” e ”D” no leite pasteurizado integral - LPI, adquirido pelo PLC que daria uma dimensão dos resultados com a adição do PREMIX vitamínico

mineral que o PLC compra e repassa para as usinas adicionarem no leite, quando do processo de pasteurização (ATA PLC 11/03/2015).

O assunto foi novamente abordado na ata de 28/10/2015 autorizando a realização das análises pelo laboratório TECPAR utilizando recurso orçamentário disponibilizado para esse programa, entretanto, até o momento, nas atas posteriores o assunto não havia sido mais relatado.

A partir do segundo semestre de 2016 foi também adicionado ao leite do Programa o bisglicinato de zinco conforme ata da CTPLC:

Em seguida, a CTPLC acata a orientação da Comissão Estadual da Qualidade do Leite – CEQL, ao incluir no premix que é adicionado ao LPI, um novo nutriente, cuja formulação, para cada porção de 200mL de LPI deverá conter: Vitamina “A”=100,0mcg, Vitamina “D”=1,0mcg, Ferro Quelato= 1,4mg e Zinco Quelato=0,615mg e que seja utilizada pela CTPLC/SEAB para o novo procedimento licitatório.

E conforme registrado na Ata nº10/2015 da CTPLC foram realizados testes de degustação e os mesmos não apresentaram diferença no sabor característico do produto e poderia ser incluído:

Foi relatado o teste de degustação do LPI com a adição ao premix que será adicionado de Zinco Quelato (a partir da próxima licitação). A usina Ruhban de Piraquara foi escolhida, pela CEQL e adicionou esse novo produto, cedido pela empresa GRANOLAB (atual fornecedora de premix ao PLC) em 5.000 litros de LPI e que foram distribuídos nos dias 13, 14, 15, 16, 17 e 18/11/2015 nas escolas/pontos do Município de Pinhais. Não houve nenhum resultado informado de rejeição do LPI com esse novo premix. Nos dias 13 e 16/11/2015 foram realizados testes de degustação, comparando o LPI adicionado de premix atual e LPI com o novo premix, entre todos os funcionários do DESAN em na reunião semanal dos departamentos da SEAB com a Direção-geral da SEAB, onde se concluiu que não há diferença de sabor perceptível quando se adiciona o novo produto. Portanto, para a próxima licitação a SEAB já poderá comprar premix com a seguinte formulação: vitamina A, D, Ferro e Zinco quelados. O Zinco deverá constar na rotulagem do LPI, a partir do segundo trimestre/16.

Sabe-se que todos os elementos que agregam valor real ao produto são bem vindos pelo consumidor, desde que sejam efetivos em cumprirem sua função, pois frequentemente os produtos fortificados não tem qualquer eficácia e se destinam apenas a uma diferenciação promocional, mas não efetiva para o consumidor.

Ainda segundo as entrevistas 81% das crianças tiveram aleitamento materno por algum tempo, 17 % nunca foram amamentadas e 1% o responsável não sabia responder. Dentre as amamentadas 15 % das crianças foram amamentadas até o 05º mês, mas não foi questionado se exclusivamente, e ainda somente uma responsável relatou que a criança iniciou o uso do leite do programa a partir dos 04 meses de vida (1%), todas as demais(99%) relataram iniciar o uso do leite do PLC à partir do sexto mês, justamente a partir de quando o programa é liberado, portanto deve se considerar que tais crianças podem ter utilizado outro tipo de leite neste período intermediário,

provavelmente um leite em pó de formula infantil, ou ainda o próprio leite de vaca adquirido em comércio local.

O aleitamento materno é considerado exclusivo quando este é ofertado sem a presença de outros alimentos na dieta dos lactentes e ofertado sobre livre demanda. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que as crianças recebam leite materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses, e após esse período é necessário à introdução de alimentos complementares para suprir as necessidades que aumentam conforme seu desenvolvimento (OMS, 2002; OLIVEIRA, 2015).

Nascimento Simon *et al* (2009) observaram em estudo transversal envolvendo 566 crianças no município de São Paulo, que os resultados sugeriam que o aleitamento materno pode proteger as crianças contra o sobre peso e a obesidade.

Os bebês alimentados com leite de vaca recebem uma quantidade de proteínas e minerais muito superior àquela que verdadeiramente necessitam, podendo levar a uma sobrecarga renal que origina uma maior concentração da urina, algo que não aconteceria se ingerissem leite materno ou fórmulas infantis apropriadas. Quando a ingestão de líquidos é baixa e/ou quando as perdas de água extrarrenais são elevadas, a capacidade renal dos bebês em concentrar a urina poderá ser insuficiente para manter o equilíbrio hidroeletrolítico, com um consequente risco de desidratação. Por este motivo, deve evitarse alimentar bebês com leite de vaca em idades mais precoces (< 3 meses) (TURCK, 2013; MENDES, 2016).

A substituição do leite materno pelo leite de vaca antes dos seis meses de vida aumenta a probabilidade do desenvolvimento de alergias alimentares, mas quaisquer alimentos oferecidos aos lactentes precocemente podem desencadear reação alérgica, sendo os mais comuns o leite de vaca, soja, ovos, amendoim, castanhas, camarão e peixe (ASBAI, 2006).

Calza (2012) analisou a relação do desmame precoce com a prevalência das alergias e intolerâncias alimentares, prevalecendo à alergia do leite de vaca e a intolerância a lactose. Como muitas mães acreditam que o leite de vaca pode substituir o leite materno ou que não há problemas em oferecê-lo antes dos seis meses, pode haver uma relação entre a prevalência de alergias ao leite de vaca com a introdução precoce desse alimento.

O estudo de Graciete (2004) também explica o grande número de crianças que desenvolvem intolerância sendo principalmente ao leite de vaca, não só pelo alto poder antigênico, como também pela precocidade do seu uso, o leite de vaca é responsável por 20% das alergias alimentares. Em seu estudo foram aplicados questionários com as mães das crianças menores de um ano correspondendo a 2.319 crianças, a fim de avaliar os hábitos alimentares de crianças amamentadas e não amamentadas. Nas crianças com idade igual ou inferior a quatro meses e não amamentadas,

observou-se uma possibilidade 8,2 e 6,7 vezes maior de a criança ser alimentada, com papas de legumes, água, chás, sucos e papa de frutas, outro fator que além de influenciar no desmame precoce pode ainda causar intolerância alimentar.

A partir dos seis meses de idade o leite materno deixa de ser suficiente para satisfazer todas as necessidades do organismo do bebê, a partir de então, ele deve estar preparado para receber os alimentos e uma nova fase será iniciada (SCHINCAGLIA *et al*, 2015).

A prática de uma dieta de transição alimentar inadequada tem mostrado uma imagem de alimentação quantitativamente e qualitativamente imprópria, destacando o grande risco de causar sérios problemas nutricionais em idades posteriores, como anemia e deficiência de vitamina A ou o consumo excessivo de nutrientes, acarretando no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (SOUZA, 2014).

Ressalta-se aqui a necessidade de um número adequado de profissionais nutricionistas para monitorarem as políticas públicas relacionadas à alimentação das crianças, haja visto que há vários pontos a serem observados individualmente, a avaliação nutricional, a orientação sobre o aleitamento materno exclusivo e a introdução da alimentação complementar buscando minimizar e até evitar os males no desenvolvimento das crianças brasileiras.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Leite das crianças do estado do Paraná atua em dois eixos: o econômico e social, com o objetivo de diminuir a fome das crianças oferecendo um produto de qualidade e aumentar a renda de pequenos produtores de leite, que geralmente são agricultores familiares.

Os responsáveis não tiveram dificuldade em credenciar as crianças, e uma parte reconhecia a pesagem mensal como condicionalidade do Programa, mas, no município avaliado quase sempre realizavam campanhas e estratégias para esse acompanhamento o que demonstra uma valorização da avaliação nutricional da equipe de nutrição do município e a ação de enviar os dados mensalmente para a regional de Saúde pode ser considerada uma tentativa de reunir dados para uma melhor avaliação da efetividade do programa a nível estadual.

A maioria das crianças avaliadas se encontra em peso adequado para a idade, dado muito positivo para o município e pode servir de direcionamento para novas ações.

Observa-se que o programa estudado pode sim ter contribuído para a melhoria de vida da população de Cafelândia, mas algumas ações como a implantação de melhorias no registro de dados

das crianças atendidas tendo como sugestão criar um link para inclusão do PLC na avaliação mensal realizada para outros programas municipais que facilitaria o processo.

Além disso, a orientação nutricional continuada com valorização do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, a instrução sobre introdução da alimentação complementar e explicação sobre as informações dos rótulos de produtos alimentícios para os responsáveis pelas crianças seriam importantes, ressaltando que o profissional nutricionista é habilitado para estas ações buscando também monitorar as políticas públicas relacionadas à alimentação infantil.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, V.R.V;Tabai, K.C. Alimentos fortificados: análise das declarações em rótulos de leites em pó e alimentos em pó à base de soja fortificados com vitaminas e minerais. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*, Viçosa, v. 24, n.1, p. 053-072, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/viewFile/101/169>. Acesso em: 05 de agosto de 2017.

ALVES, J.E.D.; CAVENAGHI, S. O programa Bolsa Família e as taxas de fecundidade no Brasil. T. Campello and M. Côrtes Neri (orgs), **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, Ipea, capítulo 14: 233–245, 2013.

ASBAI - Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. **Alergia alimentar**. 2006. Disponível em: <http://www.asbai.org.br/secao.asp?s=81&id=306>. Acesso em: 03 de ago. 2017.

BATISTA FILHO, M.; SOUZA A. I.; MIGLIOLI, T. C.; SANTOS, M. C. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cad Saúde Pública** 2008; 24(supl2):s247-257.

BELINOVSKI, J. A. **O Programa Leite das Crianças como política pública no combate à desnutrição infantil no Município de Telêmaco Borba-PR**. 39 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) – Educação à Distância – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

BELOTTI, V. **Leite: Obtenção, Inspeção e Qualidade** - Londrina: Editora Planta, 2015.

BERTIN, R. L; SCHULZ, M. AMANTE, E. R. Estabilidade de vitaminas no processamento de alimentos: uma revisão. **B. CEPPA**, Curitiba, v. 34, n. 2, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/alimentos/article/view/53177/32560>. Acesso em: 05 ago 2017.

BRASIL. MDA, Plano Nacional de desenvolvimento rural sustentável e solidário.2013. Disponível em: <http://www.mda.gov.br/pndrss/principal.pdf>. Acesso em: 15 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Série Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CALZA, G. F. **Relação entre Desmame Precoce e Alergias Alimentares em Crianças Matriculadas em Duas Instituições Filantrópicas de Brasília.** Centro Universitário de Brasília – UNICEUB Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, Brasília, 2012.

CARVALHO, M. F.; DE LIRA, P. I. C.; ROMANI, S. A. M.; SANTOS, I. S. ARAÚJO, A. A. C.; BATISTA FILHO, V. M. B. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):675-685, mar, 2008.

CASTRO, I. R. R.; MONTEIRO, C. A. Avaliação do impacto do programa "Leite é Saúde" na recuperação de crianças desnutridas no Município do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.** Abr 2002, vol.5, no.1, p.52-62. ISSN 1415-790X.

CAMPOS, L. **Benefícios do uso de produtos lácteos no tratamento e prevenção da hipertensão e diabetes.** Campanha pan-americana de consumo de lácteos, 2011.

Disponível em: http://www.produccion-animal.com.ar/produccion_bovina_de_leche/leche_subproductos/07-Licinia_de_Campos.pdf. Acesso em set 2017.

CHIESA, A. M., et al Building health care technologies based on: health promotion. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 43, Supl. Esp. 2, p. 1352-1357, 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a36v43s2.pdf>. Acesso em: Ago 2017.

COZZOLINO SMF, Cominetti C. **Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição.** Editora Manole, Barueri, SP, 2009.

CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, I. S. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. **J Pediatr** v. 91 (6 Suppl 1) 2015.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento. Acesso em: abril de 2016.

DIAS, F. M.; MAGALHÃES, A. M.; SILVA M. E. A. **Impacto do PAA Leite no estado nutricional das crianças de Minas Gerais: um estudo baseado em propensity Score.** Departamento de Economia da Universidade Federal de Pernambuco (DECON/UFPE), 2010.

FERNANDES, I.T.; GALLO, P.R.; ADVÍNCULA, A.O. Avaliação antropométrica de pré-escolares do município de Mogiuaçú, São Paulo: subsídio para políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n.2, p.1-6, Abr./Jun. 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, J. B. **Amostragem:** conceitos básicos. 2009. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAVCsAA/amostragem>>. Acesso em: 06 ago 2017.

_____. **Vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos nutricionistas.** Curitiba, 2015. 167 f.; Disponível em: <http://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41891/R%20-%20D%20-%20JULIANA%20BERTOLIN%20GONCALVES.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 06 de ago 2017.

GRACIETE, O. V.; LUCIANA R. S.; TATIANA, O. V. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v. 80, n.5, 2004.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE-2014**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=932&z=t&o=24&i=P>> Acesso em: 28 de abr. 2016.

_____. **IBGE-2016**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=932&z=t&o=24&i=P>> Acesso em: 28 de abr. 2016.

KURIHAYASHI, A. Y.; AUGUSTO, R. A.; ESCALDELAÍ, F. D.; MARTINI L. A. Estado nutricional de vitaminas A e D em crianças participantes de programa de suplementação alimentar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(3):531-542, mar, 2015.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.

MEDEIROS, L. C. S.; SPERIDIÃO, P. G. L; SDEPANIAN,D. L.; NETO,U. F.; MORAIS,M. B. Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80 n. 5, 2004.

MATANNA, P. Desenvolvimento de queijão cremoso com baixo teor de lactose produzido por acidificação direta e coagulação enzimática. **Rev. Inst. Laticínios Cândido Tostes**, Juiz de Fora, v. 70, n. 2, p.64-77, mar/abr, 2015. Disponível em: <https://br.search.yahoo.com/yhs/search?hspart=skylikes&hsimp=yhs-newtab&p=Desenvolvimento%20de%20queij%C3%A3o%20cremoso%20com%20baixo%20teor%20de%20lactose%20produzido%20por%20acidifica%C3%A7%C3%A3o%20direta%20e%20coagula%C3%A7%C3%A3o%20enzim%C3%A1tica&type=comoima>. Acesso em: 19 ago 2017.

MANZATO, A.J.; SANTOS, A.B. **A Elaboração de Questionários na Pesquisa Quantitativa. Departamento de Ciência de Computação e Estatística – IBILCE – UNESP**.2016. Disponível em: http://guiadotcc.com.br/assets/uploads/arquivos/elaboracao_questionarios_pesquisa_quantitativa.pdf. Acesso em: 19 ago 2017.

MENDES, F. A. D. **Consumo de leite em diferentes etapas da vida:** benéfico ou prejudicial? Set-2016. Disponível em:<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/42006>. Acesso em: 19 ago 2017.

MELLO, E.D. O que significa a avaliação do estado nutricional. **J. Pediatr**, v.78, n.5, p.S357-S358, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805357.pdf> Acesso em: 19 ago 2017.

MEZZOMO, T. R.; NADAL, J. **A segurança alimentar e nutricional do público infanto-juvenil: o leite como componente**. Curitiba, v. 9, n. 2, p. 503 – 513, 2014.

MONTEIRO, C. A. *et al* Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/498.pdf>. Acesso em: 19 ago 2017.

NASCIMENTO SIMON, V.G.; SOUZA, J.M. P.; SOUZA, S. B.; **Aleitamento materno, alimentação complementar, sobre peso e obesidade em pré-escolares**. *Revista de Saúde Pública*, 2009. Disponível em: <http://w.redalyc.org/articulo.oa?id=67240174008>. Acesso em: 19 ago 2017.

OLIVEIRA, R. C; *et al* Uso de chupeta e desmame precoce: Uma revisão de literatura. **Rev. Saúde. Com.** v.11 n.22. p. 183-192, 2015.

OLIVEIRA, V.C. D. **Alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose:** abordagem nutricional, pesquisa qualitativa e percepções dos profissionais da área de saúde. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia do Leite e Derivados) -Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

OLIVEIRA, V.C; ASSIS A.M. O; PINHEIRO SMC; BARRETO M.L. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. **Rev. Saúde Pública** v. 40, p. 874-82, 2006.

PARANÁ. **Decreto Estadual nº 3000** de 07 de dezembro de 2015. Regulamenta o Programa Leite das Crianças. Diário Oficial nº 9592 de 08 de Dezembro de 2015. Curitiba. Disponível em: http://www.leitedascriancas.pr.gov.br/arquivos/File/Decreto_3000.pdf Acesso em: 08 de jan de 2017.

_____. **Deliberação nº 002/2012**. Estabelece as Normas que regem a Comissão Técnica Regional do Programa Leite das Crianças CTR-PLC. Disponível em: http://www.leitedascriancas.pr.gov.br/arquivos/File/Atas_Comissao_PLA/Deliberacao_n_002_2012.pdf. Acesso em: 08 de jan de 2017.

_____. **Deliberação nº 003/2012**. Aprova e estabelece as Normas que regem o Comitê Gestor Municipal do Programa Leite das Crianças CGM-PLC. Disponível em: http://www.leitedascriancas.pr.gov.br/arquivos/File/Deliberacao_003_2012_CTPLC.pdf. Acesso em: 08 de jan de 2017

_____. **Deliberação nº 004/2013**. Define os procedimentos operacionais a serem adotados para o Pagamento pela Qualidade. Disponível em: http://www.leitedascriancas.pr.gov.br/arquivos/File/legislacao/Deliberacao_n04_2013_CTPLC.pdf. Acesso em: 08 de jan de 2017

_____. **Deliberação nº 005/2013**. Normas Gerais para desenvolvimento e execução do Programa Leite das Crianças. Disponível em: http://www.leitedascriancas.pr.gov.br/arquivos/File/legislacao/Deliberacao_005_2013_CTPLC.pdf. Acesso em: 08 de jan de 2017

_____. **Deliberação nº 006/2013.** Altera as Deliberações nº 002/2012 e 003/2012 – CTPLC. Disponível em: http://www.leitedascriancas.pr.gov.br/arquivos/File/legislacao/Deliberacao_006_2013_CTPLC.pdf. Acesso em: 08 de jan de 2017.

_____. **Instrução normativa nº 01/2009 do Programa Leite das Crianças** – Redução da deficiência nutricional de crianças, gestantes e Nutrizes. Curitiba, 04 de fevereiro de 2009.

_____. **Lei nº 16.475**, de 22 de Abril de 2010 - Dá nova redação aos dispositivos que especifica, da Lei nº 16.385/2010, que instituiu o Programa Leite das Crianças. Publicado no Diário Oficial nº 8205 de 22 de Abril de 2010. Disponível em: <http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=55028&indice=1&totalRegistros=1>. Acesso em: 08 de jan de 2017

PERRONI, J; Competências e responsabilidades entre os entes federados: Uma leitura da legislação do programa Bolsa Família. **DILEMAS Revistas de Conflitos e Controle Social**. v. 2, n. 3 (2009). Disponivel em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7160/5739>. Acesso em Ago;2017.

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, M. F. C. C. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100018. Acesso em Ago/2017.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico:** Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico- Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo – ASPEUR, Universidade Feevale, 2013.

SÁ, A. C. E; SZARFARC, S. C. Prevalência de anemia em crianças, antes e durante a participação em programa de fortificação alimentar com ferro. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 115- 126. Ago, 2009.

SILVA, S. de A.; ALMEIDA, A. C. da S. Projeto Viva Leite no município de Presidente Epitácio: possibilidades de efetivação da Segurança Alimentar. **Seminário integrado** - v. 5, n.5, 2011.

SINGH M. Role of micronutrients for physical growth and mental development. Indian **Jornal pediat.** v. 71, p. 59-62, 2004.

SISVAN. VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Orientações Básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde**. Brasília – DF, 2004.

SCHINCAGLIA *et al* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 465-474, 2015.

SOUZA, Fabíola Isabel Suano de *et al* Alimentação complementar de lactentes no primeiro ano de vida: ênfase nas papas principais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.60, n.3, p.231-235, 2014. Disponível em: <http://anais.sbp.com.br/trabalhos-de-congressos-da-sbp/36CBPediatrica/0285-alimentacao-complementar-de-lactentes-no-primeiro.pdf>. Acesso em: 26 ago 2017.

TURCK, D. Cow's milk and goat's milk. **World Review of Nutrition and Dietetics**. v. 108, p. 56-62, 2013.

ZORZETTO, R. Mil dias que valem uma vida. n **Pesquisa Fapesp**, Janeiro, 2011. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2011/01/28/mil-dias-que-valem-uma-vida/>. Acesso em Ago,2017.