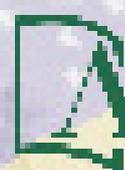


Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)



 **Atena**
Editora

Ano 2018

Luciana Pavowski Franco Silvestre
(Organizadora)

Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P769 Políticas públicas no Brasil [recurso eletrônico] : exploração e diagnóstico / Organizadora Luciana Pavowski Franco Silvestre – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2018. – (Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico; v. 1)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-060-5

DOI 10.22533/at.ed.605192201

1. Administração pública – Brasil. 2. Brasil – Política e governo.
3. Planejamento político. 4. Política pública – Brasil. I. Silvestre,
Luciana Pavowski Franco. II. Série.

CDD 320.60981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O e-book “Políticas Públicas no Brasil: Exploração e Diagnóstico” apresenta 131 artigos organizados em sete volumes com temáticas relacionadas às políticas de saúde, educação, assistência social, trabalho, democracia e políticas sociais, planejamento e gestão pública, bem como, contribuições do serviço social para a formação profissional e atuação nas referidas políticas.

A seleção dos artigos apresentados possibilitam aos leitores o acesso à pesquisas realizadas nas diversas regiões do país, apontando para os avanços e desafios postos no atual contexto social brasileiro, e permitindo ainda a identificação das relações e complementariedades existentes entre a atuação nos diferentes campos das políticas públicas.

Destaca-se a relevância da realização de pesquisas, que tenham como objeto de estudo as políticas públicas, bem como, a disseminação e leitura destas, visando um registro científico do que vem sendo construído coletivamente na sociedade brasileira e que deve ser preservado e fortalecido considerando-se as demandas de proteção social e de qualificação da atuação estatal em conjunto com a sociedade civil em prol da justiça social.

Boa leitura a todos e todas!

Dra. Luciana Pavowski Franco Silvestre

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
(DES)CAMINHOS PARA RECONVERSÃO DO PARADIGMA DO DESENVOLVIMENTO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS PARA ALÉM DA CRISE GLOBAL	
<i>Juliana Grangeiro Sales Bezerra</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922011	
CAPÍTULO 2	8
(RE) CONFIGURAÇÕES DO ESTADO BRASILEIRO NA CIVILIZAÇÃO DO CAPITAL: PERSPECTIVAS ANALÍTICAS DA CONTEMPORANEIDADE	
<i>Thaynah Barros de Araújo</i> <i>Bárbara Braz Moreira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922012	
CAPÍTULO 3	19
A DINÂMICA DA DESIGUALDADE: UM APORTE ACERCA DA VIOLÊNCIA PUBLICADA NOS SEMANÁRIOS MARANHENSES	
<i>Luís Flávio Coelho Gonçalves</i> <i>Adelaide Ferreira Coutinho</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922013	
CAPÍTULO 4	34
A JUVENTUDE EM CONFLITO COM A LEI E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO NO RIO GRANDE DO NORTE/RN	
<i>Viviane Rodrigues Ferreira</i> <i>Edinah Cristina Araújo de Carvalho</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922014	
CAPÍTULO 5	45
A JUVENTUDE NEGRA COMO PAUTA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: AS DIRETRIZES DO PLANO JUVENTUDE VIVA NO COMBATE AO RACISMO E À VIOLÊNCIA JUVENIL	
<i>Lorena Galvão Gaioso</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922015	
CAPÍTULO 6	53
A RUÍNA DO LULISMO E UMA PONTE PARA A BARBÁRIE	
<i>Wesley Helker Felício Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922016	
CAPÍTULO 7	65
A VIOLÊNCIA COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL: RETRATOS DO EXTERMÍNIO DA JUVENTUDE NEGRA DE FORTALEZA	
<i>Andreza Marília de Lima</i> <i>Deysiane Holanda de Oliveira</i> <i>Gilmarcos da Silva Nunes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922017	

CAPÍTULO 8	72
ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE POBREZA: O BRASIL NO PRISMA DA OBSERVAÇÃO	
<i>Alane Maria da Silva</i>	
<i>Marilene Bizerra da Costa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922018	
CAPÍTULO 9	83
CEM ANOS EM FRAGMENTOS DE POLÍTICAS CULTURAIS NO BRASIL	
<i>Renner Coelho Messias Alves</i>	
DOI 10.22533/at.ed.6051922019	
CAPÍTULO 10	94
CINEMA E EDUCAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA DESCONSTRUÇÃO DE ESTEREÓTIPOS ÉTNICO-RACIAIS NO BRASIL	
<i>Welington Júnior Jorge</i>	
<i>Izaque Pereira de Souza</i>	
<i>Aline Evelin Fabrício Macedo</i>	
<i>Ana Paula de Souza Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220110	
CAPÍTULO 11	105
DEMOCRACIA E CONSTRUÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO: AVANÇOS E RETROCESSOS	
<i>Francisco Mesquita de Oliveira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220111	
CAPÍTULO 12	117
GESTÃO SOCIAL E POLÍTICA PÚBLICA EM UM TERRITÓRIO MARCADO PELO CAPITAL: O CASO DO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ (RJ) E REGIÃO DA BAÍA DE SEPETIBA	
<i>Daniel Neto Francisco</i>	
<i>Carlos Alberto Sarmento do Nascimento</i>	
<i>Lucimar Ferraz de Andrade Macedo</i>	
<i>Lamounier Erthal Villela</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220112	
CAPÍTULO 13	130
JUDICIALIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS NAS POLITICAS PUBLICAS: AFINAL DO QUE SE TRATA?	
<i>Evânia Maria Oliveira Severiano</i>	
<i>Maria Luiza Fernandes Bezerra</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220113	
CAPÍTULO 14	141
LUTAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS: OS ÓRGÃOS DE COMUNICAÇÃO COMO PARCEIROS NA FORMULAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL	
<i>Fabrício Brito do Amaral</i>	
<i>Maria Fernanda Brito do Amara</i>	
<i>Deusiney Robson de Araujo Farias</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220114	

CAPÍTULO 15	148
MÍDIA, MEDO E A VIOLÊNCIA COMO “CASO DE POLÍCIA”	
<i>Maria de Fátima Pereira Lessa</i>	
<i>Ivone Maria Ferreira da Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220115	
CAPÍTULO 16	160
MOVIMENTOS SOCIAIS E RELIGIOSIDADE: A ATUAÇÃO DA PASTORAL SOCIAL DO BAIRRO DO ICUI-GUAJARÁ- ANANINDEUA/ PA	
<i>Sintia Luz</i>	
<i>Claudio Roberto Rodrigues Cruz</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220116	
CAPÍTULO 17	170
NO LIMÍAR DA MEMÓRIA: UM OLHAR ANTROPOLÓGICO SOBRE DISCURSOS DE VIOLÊNCIAS DAS CIÊNCIAS SOCIAIS NO BRASIL E O TECIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	
<i>Micheline Ramos de Oliveira</i>	
<i>Eduardo Guerini</i>	
<i>Aline Perussolo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220117	
CAPÍTULO 18	180
O ATIVISMO JUDICIAL E A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA: O SURGIMENTO DA PREOCUPAÇÃO COM A QUESTÃO SOCIAL	
<i>Priscilla Ribeiro Moraes Rêgo de Souza</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220118	
CAPÍTULO 19	190
O DIREITO À POSSE: A POPULAÇÃO INVISÍVEL NO LOTEAMENTO SANTA CECÍLIA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS/RS	
<i>Aline Cunha da Fonseca</i>	
<i>Cristine Jaques Ribeiro</i>	
<i>Nino Rafael Medeiros Kruger</i>	
<i>Tayna Corrêa de Oliveira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220119	
CAPÍTULO 20	200
O SISTEMA MINEIRO DE INCENTIVO E FOMENTO À CULTURA: CENÁRIOS POSSÍVEIS	
<i>Felipe Rodrigues Amado Leite</i>	
<i>Igor de Souza Soares</i>	
<i>Ívna Mascarenhas e Abreu</i>	
<i>Janaína Amaral Pereira da Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220120	
CAPÍTULO 21	222
“PARA O CENTRO TER VIDA ELE PRECISA TER GENTE”: RESISTÊNCIA E PERMANÊNCIA NA POLÍTICA DE REVITALIZAÇÃO DO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS MORADORES DA REGIÃO DA 7ª ETAPA	
<i>Carina de Santana Alves</i>	
<i>Josimara Aparecida Delgado</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220121	

CAPÍTULO 22	236
PLANO BRASIL SEM MISÉRIA: FIM DA EXTREMA POBREZA? “INCLUSÃO” DOS “EXCLUÍDOS”? UM NOVO PAÍS?	
<i>Alane Maria da Silva</i> <i>Marilene Bizerra da Costa</i> <i>Kelsiane de Medeiros Lima</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220122	
CAPÍTULO 23	247
POBREZA CONTEMPORÂNEA NAS MARGENS DE FORTALEZA-CE: TENDÊNCIA DE (HIPER) INDIVIDUALIZAÇÃO EM TERRITÓRIOS ESTIGMATIZADOS	
<i>Leila Maria Passos de Souza Bezerra</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220123	
CAPÍTULO 24	259
POLÍTICAS PÚBLICAS AMBIENTAIS NO BRASIL E A ABERTURA PARA UMA EDUCAÇÃO CONSCIENTIZADORA	
<i>Aline Evelin Fabrício de Macedo</i> <i>Ana Paula de Souza Santos</i> <i>Fujie Kawasaki</i> <i>Rafael Pereira</i> <i>Tatiana Kolly Wasilewski Rodrigues</i> <i>Wellington Júnior Jorge</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220124	
CAPÍTULO 25	269
POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DO TURISMO NO LITORAL PIAUIENSE	
<i>Francisco Coelho Mendes</i> <i>Magnólia Lima Verde Coelho Mendes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220125	
CAPÍTULO 26	281
POLÍTICAS PÚBLICAS NO MEIO RURAL: REFLEXÃO A PARTIR DA BIOGRAFIA DE PATATIVA DO ASSARÉ	
<i>Mônica Sales Barbosa</i> <i>Bryan Silva Andrade</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220126	
CAPÍTULO 27	293
PROGRAMA ACELERAÇÃO DE CRESCIMENTO (PAC) E URBANIZAÇÃO DE ASSENTAMENTOS PRECÁRIOS: ALGUNS INDICADORES DA INTERVENÇÃO URBANÍSTICA NA BACIA DA ESTRADA NOVA EM BELÉM (PA)	
<i>Welson de Sousa Cardoso</i> <i>Sandra Helena Ribeiro Cruz</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220127	

CAPÍTULO 28	304
REFORMA DO ESTADO, PARTICIPAÇÃO E GESTÃO SOCIAL: EFEITOS DA AÇÃO COMUNICATIVA NA POLÍTICA PÚBLICA DE DESENVOLVIMENTO RURAL DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA, MINAS GERAIS	
<i>Carla Beatriz Marques Rocha e Mucci</i>	
<i>Odemir Vieira Baeta</i>	
<i>Theressa Cristina Marques Aquino</i>	
<i>Rennan Lanna Martins Mafra</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220128	
CAPÍTULO 29	322
REFORMA OU REVOLUÇÃO NO MARCO DO ESTADO CAPITALISTA: APONTAMENTOS	
<i>Frednan Bezerra dos Santos</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220129	
CAPÍTULO 30	334
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: A CULTURA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA	
<i>Wanda Griep Hirai</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220130	
CAPÍTULO 31	346
TRÂNSITOS E TRANSGRESSÕES: TRANSFOBIA NOS PISTÕES DE SÃO LUÍS	
<i>Tuanny Soeiro Sousa</i>	
<i>Luama Alves</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220131	
CAPÍTULO 32	358
UM ESTADO SEMIDEMOCRÁTICO E SEUS CONSELHOS	
<i>Lúcia de Fátima Barbosa Magalhães Moraes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220132	
CAPÍTULO 33	370
UMA REFLEXÃO SOBRE A SEGURANÇA ALIMENTAR, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A DESNUTRIÇÃO INFANTIL	
<i>Janine Pereira da Silva</i>	
<i>Rosimeri Salotto Rocha</i>	
<i>Valmin Ramos-Silva</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220133	
CAPÍTULO 34	381
A POLÍTICA PÚBLICA DE RESERVA DE VAGAS PARA NEGROS NOS CONCURSOS PÚBLICOS FEDERAIS NO BRASIL: CONQUISTAS E DESAFIOS	
<i>Regyna Kleyde de Holanda Duarte</i>	
DOI 10.22533/at.ed.60519220134	
SOBRE A ORGANIZADORA	392

UMA REFLEXÃO SOBRE A SEGURANÇA ALIMENTAR, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Janine Pereira da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Vitória, ES, Brasil.

Rosimeri Salotto Rocha

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Vitória, ES, Brasil. Hospital Infantil Francisco de Assis (HIFA). Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil.

Valmin Ramos-Silva

Hospital Infantil Francisco de Assis (HIFA). Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil.

RESUMO: Os processos sociais de cuidados à criança doente resultaram na organização de hospitais para atendimento pediátrico, em especial, no tratamento da desnutrição. Nesse contexto, objetiva-se relatar uma série histórica de crianças hospitalizadas por desnutrição, com reflexão focada na segurança alimentar e nas políticas públicas. Esses dados serão úteis para compreensão da forma como estas crianças eram percebidas pelo poder público, sociedade e família; e como as melhorias das condições socioeconômicas e os programas associados com as políticas de acolhimento da criança, como a promoção do aleitamento materno e a vacinação, podem ter contribuído para redução

da desnutrição infantil na atualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Criança Hospitalizada. Desnutrição. Política de Saúde. Pobreza.

ABSTRACT: The social processes of caring for the sick child resulted in the organization of hospitals for pediatric care, especially in the treatment of malnutrition. In this context, the objective is to report a historical series of children hospitalized for malnutrition, with a focused on food security and public policies. These data will be useful for understanding how these children were perceived by the public power, society and family; and how improvements in socioeconomic conditions and programs associated with childcare policies, such as the promotion of breastfeeding and vaccination, may have contributed to reducing child malnutrition today.

KEYWORDS: Child, Hospitalized. Malnutrition. Health Policy. Poverty.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, os processos sociais de cuidados à criança doente resultaram na organização de hospitais para atendimento pediátrico, em especial, no tratamento da desnutrição. Na década de 1980 a desnutrição estava fortemente ligada à condição

socioeconômica e cultural vivenciada com muita frequência no cotidiano da população, em muitas regiões do país, representando importante causa de mortalidade infantil.

A associação da fome prolongada com o retardo do crescimento em crianças foi percebida nos anos 1800, mas a descrição da desnutrição, enquanto doença associada à deficiência de vitaminas, minerais e proteínas, ocorreu somente nos anos 30 e os primeiros registros, no Brasil, a partir da década de 1950. A pobreza e os determinantes sociais foram vinculados como causas principais de desnutrição, tornando-a problema de ordem social de grande impacto, uma vez que contribui para impedir que a criança atinja seu potencial genético, tendo impacto na morbimortalidade e refletindo, finalmente, na redução da produtividade econômica do país (GOLAPAN, 2000; de ONIS et al., 2000).

A desnutrição energético-proteica (DEP) pode ser definida como doença multifatorial de alta letalidade, capaz de promover diversas alterações fisiológicas na tentativa de adaptar o organismo à escassez de nutrientes (SARNI; MUNEKATA, 2002). O estudo desse tema é relevante, tendo em vista que o baixo ganho de peso pode revelar o estado geral de saúde e até mesmo o ambiente biopsicossocial habitado pela criança e que, se não valorizado e corrigido, pode acarretar importantes danos à saúde e manutenção de problemas sociais prévios (MARTINS et al. 2013). A questão nutricional, apesar de ambiguidades e contradições, consta da agenda política desde a década de 1930 (VASCONCELOS, 2001), e conta com importantes avanços na atualidade.

O *kwashiorkor*, uma forma grave da desnutrição, embora muito comum antes dos anos 80, ainda permanece de forma isolada em algumas regiões do Brasil. A doença se caracteriza por alterações de pele, alopecia e alterações na textura e coloração do cabelo, hepatomegalia, face de lua (edema), dermatite perianal e escoriações, devido a diarreia, anasarca, hipoalbuminemia e baixas concentrações de outras proteínas séricas. O aspecto físico da criança é de muita miséria e extrema penúria, apatia exagerada e com baixa resposta a estímulos, mesmo aos dolorosos, e ausência de apetite (CARRAZZA, 2003).

Outra forma de desnutrição é o marasmo, resultado da oferta de uma dieta inadequada e globalmente deficiente em calorias e proteínas. A internação geralmente ocorre não pela desnutrição, mas por complicações de uma doença infecciosa aguda como desidratação, insuficiência respiratória ou distúrbio metabólico grave. Essas duas formas representam os polos extremos da desnutrição e a origem pode ser tanto de um marasmo que descompensou por uma deficiência proteica decorrente de aumento da demanda metabólica ou de um *kwashiorkor* que passou a sofrer de deficiência energética importante. Esses extremos da doença estão marcadamente associados a alterações nas funções imunes e em todos os órgãos, além de interferir negativamente nos processos de crescimento e de desenvolvimento da criança (CARRAZZA, 2003).

No Estado do Espírito Santo merece destaque, no atendimento à criança hospitalizada, o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Vitória, ES,

fundado em 1933, e vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SESA). A opção em relatar a série histórica de crianças desnutridas nesse nível de organização micro, se deu em função do Hospital ser referência Estadual em Pediatria, podendo auxiliar no entendimento do macrocosmo da sociedade e, por sua vez, auxiliar na compreensão da forma como as crianças eram percebidas pelo poder público, sociedade e família, no início do século XX.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Método

Estudo descritivo, retrospectivo, com coleta de dados nos prontuários dos pacientes internados na Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Vitória, ES, Brasil. Foram incluídas crianças hospitalizadas entre os anos de 1983 e 2000. Este período foi escolhido em função da redução das internações por desnutrição primária a partir do ano 2000. Os pacientes foram avaliados e acompanhados por médicos residentes em pediatria durante a internação e supervisionados pelo mesmo preceptor da residência médica. O registro do exame clínico, laboratorial e da evolução clínica diária, foi feito em uma sequência padronizada, no prontuário da criança.

Foram coletadas informações referentes à idade, sexo, peso à internação e na alta, diagnóstico clínico e evolução final para alta, óbito, transferência para outro hospital ou por retirada do paciente sem alta médica, mediante assinatura de termo de responsabilidade. Não foi possível obter a estatura dos pacientes, em função de não ser uma prática corrente nos protocolos de atendimento à época do estudo. Por essa razão, a avaliação do estado nutricional foi realizada a partir do índice peso para idade (P/I), em z-score, com base no referencial da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006; de ONIS et al., 2007).

As variáveis do estudo foram organizadas no *software* Excel e analisados no *software* SPSS 21.0. Para a estatística descritiva os dados foram apresentados em média, mediana e desvio padrão da média e, quando indicado, foi utilizado estatística inferencial (qui-quadrado de *Pearson* e o teste t de *Student*), considerando-se como significativo os valores de $p < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

3 | RESULTADOS

Entre os anos de 1983 e 2000 foram colhidos os dados de 1249 crianças internadas, 721 (57,7%) do sexo masculino. A média de idade da amostra foi de 11,4

meses, mediana de 4 meses, variando de 1 a 160 meses. Do total, 870 (70,2%) eram procedentes da Região Metropolitana da Grande Vitória – ES, 304 (24,4%) de outros municípios do Espírito Santo e 67 (5,4%) dos estados da Bahia e de Minas Gerais.

O peso médio no momento da internação foi de $5,8 \pm 4,8$ kg e na alta hospitalar foi de $6,3 \pm 4,8$ kg, com diferença significativa ($p < 0,001$). A mediana de escore Z do peso para a idade (Z-P/I), calculada à internação entre os 1249 pacientes avaliados, foi de $-3,00 \pm 2,27$ (mínimo de -2,42 e máximo de 4,78). A mediana de escore Z-P/I, calculada na alta para 1175 pacientes, foi de $-2,33 \pm 2,06$, variando de -2,32 a 5,07 ($p < 0,001$).

A média anual de internação de desnutridos no período de 1983 a 2000 foi de 69,4 crianças, caindo para 56,8 internações a partir do ano de 1990, quando se observou redução gradativa das internações por desnutrição até o ano 2005, quando ocorreu o fechamento da Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do referido Hospital, por não justificar a sua manutenção pela falta de pacientes.

No momento da internação, 820 (65,6%) crianças foram diagnosticadas como desnutridas e na alta hospitalar este número reduziu para 624 (50%), com diferença significativa ($p < 0,001$), conforme demonstrado na Tabela 1.

Estado nutricional (OMS, 2006/2007)	Internação	Alta
	Frequência (%)	Frequência (%)
Eutrófico	422 (33,8%)	548 (43,9%)
Peso baixo para a idade	820 (65,6%)	624 (50,0%)
Peso elevado para a idade	02 (0,2%)	03 (0,2%)
Desconhecido	05 (0,4%)	74 (5,9%)
TOTAL	1249	1249

Tabela 1 – Avaliação nutricional dos pacientes internados na enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do Hospital Infantil N. S. da Glória entre os anos de 1983 e 2000 (n=1249)

OMS: Organização Mundial de Saúde. $p < 0,001$ - *Eutrofia e peso elevado para idade à internação corresponde a desnutrição com edema.

Na maioria dos pacientes foi identificado dois ou mais diagnósticos, sendo a gastroenterite e a sepse os mais prevalentes (Tabela 2), e como consequência ou complicação da desnutrição foi diagnosticada desidratação em 182 (14,6%) e distúrbios no equilíbrio acidobásico em 99 (7,9%).

Diagnóstico	Frequência (n)	Percentual (%)
Gastroenterite	702	56,2
Sepse	260	20,8
Pneumonia	202	16,2
Doença do Refluxo Gastroesofágico	190	15,2
Doenças infecto-parasitárias	178	14,3
Doenças hepato-biliares	152	12,2
Infecção do trato urinário	113	9,0
Distúrbios hematológicos diversos	109	8,7

Doenças gastrintestinais	87	7,0
Alergia alimentar	79	6,3
Distúrbios neurológicos	67	5,4
Outros diagnósticos	331	26,5

Tabela 2 – Diagnóstico clínico dos pacientes internados na enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do Hospital Infantil N. S. da Glória entre os anos de 1983 e 2000 (n=1249)

Quanto à evolução final, 1003 (80,3%) receberam alta hospitalar, 119 (9,5%) evoluíram para o óbito, 28 (2,2%) foram retirados do hospital sem alta médica, mediante assinatura de termo de responsabilidade, 12 (1,0%) foram transferidos e 87 (7,0%) tiveram evolução desconhecida. A mediana do tempo de internação (n=1193) foi de 16,0 dias, variando de 1 a 748 dias.

4 | DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em hospital público de referência estadual em pediatria onde existe um Programa de Residência Médica em Pediatria desde o ano de 1978. Apresenta como fragilidade a elaboração do diagnóstico nutricional com a utilização somente da variável peso. No entanto, apesar da existência de protocolo clínico para o tratamento do desnutrido grave, não havia na época a prática da aferição da estatura dos pacientes, sendo o diagnóstico de desnutrição feito somente com a utilização do peso, seguindo os critérios de Gomez et al. (1955).

A enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), até o ano de 2005, foi campo de estágio para Médicos Residentes em Pediatria, com a finalidade de conduzir exclusivamente os casos de desnutrição grave, significando que todas as crianças internadas na Enfermaria tinham diagnóstico de desnutrição primária. A partir do ano de 1990, iniciou a redução das internações por desnutrição primária e aumento dos casos de desnutrição secundária a doenças crônicas.

Ao longo das últimas décadas, houve redução da prevalência da desnutrição grave, porém as taxas de letalidade permanecem ainda altas (BEJON et al., 2008; MONTE, 2000; WAITZBERG et al., 2001). A partir dos anos 80 foram articuladas estratégias, pelo setor de saúde, na prevenção da desnutrição, em função da proposta da atenção primária à saúde para todos até o ano 2000, da Conferência Internacional de Alma-Ata (WHO, 1998). Segundo a WHO, são responsabilidades do setor de saúde, na alimentação e nutrição em nível nacional: a) definição e análise do problema nutricional; b) promoção e participação em estratégias e programas multissetoriais de alimentação e nutrição; e c) implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional (MONTE et al., 1997).

Uma das ações para melhorar a nutrição é o seu potencial enquanto instrumento

para prevenção e manejo das doenças infecciosas (PELLETIER, 1994). Sendo decisiva a adesão das famílias às campanhas de vacinação, em especial contra o sarampo. Durante o processo de infecção, o manejo dietético visa modificar o curso e o desfecho da doença, através da ingestão adequada de alimentos durante a infecção e a convalescença, particularmente nas crianças pequenas (MONTEIRO et al., 1993).

A desnutrição infantil de origem primária vem apresentando importante redução em sua prevalência no Brasil (MONTEIRO et al., 1993; IBGE, 2010). Atualmente, a maioria das internações no hospital por desnutrição é atribuída à desnutrição secundária a doenças agudas ou crônicas, observando-se também internações por excesso de peso e obesidade grave. Mas, independentemente da origem, a desnutrição apresenta efeitos deletérios agudos e crônicos à criança, dificultando o seu crescimento físico e desenvolvimento psíquico e intelectual, com impacto negativo no aprendizado escolar em curto prazo, podendo resultar em adultos com limitações biológicas e intelectuais, com reduzida capacidade de trabalho (de ONIS et al., 1993). Adicionalmente, crianças desnutridas apresentam mecanismos biológicos de defesa prejudicados, o que facilita o processo de adoecimento, com maior risco de morbidade e de mortalidade (de ONIS et al., 2000), explicando, desta forma, as complicações infecciosas observadas no grupo avaliado nesta pesquisa.

Neste contexto, a redução da desnutrição grave não justificou mais a manutenção da Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG para cuidar de pacientes desnutridos. No entanto, a partir do ano de 2003, para melhorar a atenção aos cuidados nutricionais às crianças internadas e em conformidade com a Portaria MS-272/98 (BRASIL, 1998) e a RDC-63/00 (BRASIL, 2000) foi instituída no Hospital a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) que ao longo do tempo instituiu protocolos de triagem, avaliação e seguimento nutricional de pacientes hospitalizados, com o acompanhamento nutricional de todos os pacientes internados, identificados durante a triagem nutricional, realizada de rotina.

Quase 70,0% das crianças internadas no hospital, durante o período do estudo, eram provenientes de municípios que hoje compõem a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), a saber: Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Viana, Guarapari e Fundão. Alguns desses municípios na década de 1980 faziam parte do perfil epidemiológico descrito na literatura, como de menor infraestrutura ambiental, sanitária, educacional e médica e por isto, de maior risco para a ocorrência de desnutrição para os indivíduos residentes nesses locais, em especial as crianças menores de cinco anos de idade (GOLAPAN, 2000). Os demais 30% procedentes de outros municípios do Espírito Santo e de Estados vizinhos, principalmente da Bahia e de Minas Gerais, eram encaminhados para o Hospital devido à falta de estrutura nos serviços de saúde destas Regiões.

A expansão industrial, em especial no município de Serra, estimulou a imigração de grande contingente de mão de obra pouco qualificada, procedente de municípios do Espírito Santo e de estados vizinhos, para ocupar regiões com baixa infraestrutura

ambiental, sanitária, de educação e cuidados médicos. O Quadro 1 (GUTEMBERG, 2008) indica a evolução populacional do Estado, da RMGV e de Serra, no período de 1970 a 2000, indicando um aumento populacional abrupto sem que serviços sociais básicos fossem oferecidos na mesma proporção. A imigração não planejada, aliada às condições socioeconômica da população, provavelmente contribuíram para que a maioria das crianças internadas no período do estudo fosse procedente da RMGV.

População	Ano				
	1970	1980	1991	1996	2000
Serra	17.286	82.581 (16,9%)	222.159 (9,4%)	270.373 (4,1%)	330.874 (4,5%)
RMGV	385.998	753.959 (2,4%)	1.137.316 (2,3%)	1.267.423 (1,5%)	1.438.596 (2,6%)
Espírito Santo	1.599.324	2.023.340 (6,9%)	2.600.618 (4,3%)	2.802.707 (1,1%)	3.097.232 (1,3%)

Quadro 1 – Evolução da População Residente da Serra, RMGV, ES e a Taxa de Crescimento Geométrico entre os anos de 1970 e 2000

Fonte: Modificado de Gutemberg Hespanha Brasil; Equipe Projeto Agenda21; Dinâmica Populacional da Serra; RMGV – Região Metropolitana da Grande Vitória.

Na época em que a Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG foi organizada para atender aos pacientes desnutridos graves, observava-se que todas as famílias eram pobres, com renda inferior à linha da pobreza e vivendo na pobreza extrema, na indigência e com alta insegurança alimentar. A frequência da pobreza no país indica redução substancial a partir da década de 1970 e estagnação ou declínios muito lentos nas décadas de 1980 e 1990 (SMITH, HADDAD, 2000).

A melhoria das condições sociais oriundas principalmente das áreas educacional, salarial e de saúde pode ter contribuído para a redução da desnutrição. Os Programas de Atenção Primária à Saúde e a prática, mesmo que parcial, do conjunto que compõem o Programa Fome Zero, associadas às condições de infraestrutura e de moradia observadas nos municípios que compõem a RMGV, mesmo com suas deficiências, também foram decisivas para a redução da desnutrição infantil. O declínio das taxas anuais de desnutrição foi observado em todo o país, com menor proporção em áreas rurais do norte e nordeste do Brasil, sendo essa redução atribuída, ainda, às mudanças positivas quanto à cobertura dos serviços básicos de saúde, escolaridade das mães e abastecimento de água potável, ações da puericultura (MONTE et al., 1997), estímulo ao aleitamento materno e adesão às campanhas de vacinação, que contribuíram para reduzir as doenças infectocontagiosas, em especial o sarampo que apresentava alto potencial para aumentar as demandas metabólicas e induzir ou descompensar desnutrição preexistente.

A magnitude, distribuição e evolução da pobreza, da desnutrição e da fome têm natureza distinta e determinam prioridades e alvos para políticas públicas. Ações governamentais de combate à pobreza devem ser prioridade, do mesmo modo é preciso privilegiar o aumento da renda dos mais pobres, por meio de melhor distribuição da renda, reativação da economia, criação de emprego e aprofundamento

da reforma agrária (MONTEIRO, 2003). Programas governamentais de transferência direta de renda como “bolsa-escola” e “bolsa-alimentação” e outras ações de combate à pobreza são importantes na luta contra a desnutrição, mas investimentos em educação, saneamento básico, cuidados à saúde, incluindo o monitoramento e tratamento precoce da desnutrição, são importantes para a erradicação desta doença (SMITH, HADDA, 2000; MONTEIRO et al., 2000; MONTEIRO, 2003).

Na década de 1980 os mecanismos fisiopatológicos da desnutrição não estavam totalmente esclarecidos. Além disso, não havia disponibilidade de dietas industrializadas como na atualidade, amplamente disponíveis e empregadas no tratamento de pacientes com distúrbios diversos do trato digestório, mas apesar disso foi possível dar alta hospitalar para mais de 80,0% das crianças internadas. Havia dúvida por parte da equipe de saúde para o manuseio da doença, mas pairava também, no imaginário dos pais a “certeza” de que a criança “estava passando fome no hospital”, quando em resposta clínica ao tratamento, se observada perda do edema e consequente perda de peso e emagrecimento visível, metas perseguidas pela equipe de saúde, como evidência clínica de melhoria do quadro de desnutrição grave.

A imagem de uma criança com a forma *kwashiorkor* da desnutrição e que evoluía com emagrecimento progressivo semelhante à forma marasmática, mesmo demonstrando aumento nas dimensões corporais e estabilidade clínica geral, não era impedimento para a decisão da família em retirar a criança do hospital, sem a alta médica. Outro fator de alto impacto para a retirada da criança era a gravidade do caso, onde a família não suportava visualizar o filho invadido por punções venosas, cateteres uretrais para o controle do débito urinário ou cateter orogástrico ou nasogástrico para monitorização de secreção gástrica ou oferta de dietas artesanais especiais.

Outra situação delicada é que muitos pacientes apresentavam quadro de sepsis grave originado por infecção do trato urinário, pneumonia, diarreia crônica, complicado por graves distúrbios da coagulação e por desequilíbrio eletrolítico e acidobásico, demandando a infusão de múltiplos medicamentos, hemoderivados e procedimentos invasivos de difícil aceitação pela própria equipe de saúde, na época. Diante disso, as famílias, em especial, a mãe, expressava a certeza de finitude daquela vida, preferindo que o desenlace ocorresse em casa, na presença e com a participação dos demais familiares e assim, assinando um termo de responsabilidade, a criança era retirada do hospital e não raro no dia seguinte retornavam para solicitar a declaração de óbito que normalmente era concedida.

A retirada da criança do hospital sem alta médica era um evento comum, em décadas passadas. Apesar dos riscos, essa prática representou um desfecho clínico pouco comentado ou mesmo ignorado pela literatura médica. Na última década, as causas mais comuns para a decisão de retirar a criança do hospital sem alta médica incluíam a melhora clínica, a doença de base, a insatisfação com os cuidados ministrados pela equipe de saúde ou por infraestrutura hospitalar, a necessidade de assistência a outros filhos, a longa distância entre o hospital e o domicílio, problemas

familiares e financeiros, além da crença na possibilidade de tratamento domiciliar (IBEKWE et al., 2009; ROODPEYMA, HOSEYN, 2010).

O maior risco relatado na literatura para a retirada da criança do hospital sem alta médica inclui a idade menor de 12 meses, a presença de diagnóstico de sepse ou outra forma de infecção, gastroenterite, doenças severas e de tratamento complexo, além de pais com baixa condição socioeconômica (IBEKWE et al., 2009; ROODPEYMA, HOSEYN, 2010), todos os critérios citados caracterizam os 12 pacientes retirados sem alta médica neste estudo.

De acordo com o Código de Ética Médica (BRASIL, 2009) o alvo de toda atenção do médico é a saúde e a vida do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, empregando todos os meios necessários em favor do paciente. Cabe ao médico respeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar e sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo no caso de iminente perigo, quando o médico não está obrigado a seguir a vontade do paciente. Estão incluídas nessa condição as crianças e os adolescentes, representados pelos seus responsáveis. Na ausência de “iminente perigo de vida” a vontade dos responsáveis quanto à “alta a pedido” também deve ser analisada com cautela, já que o pátrio poder não garante o direito absoluto quanto à vida da criança e na possibilidade de risco, por menor que seja a alta deve ser negada e o Conselho Tutelar ou o Juízo da Infância e da Juventude deve ser acionado. Assim, o termo de responsabilidade para a retirada da criança do hospital sem alta médica, que era uma prática no passado, na atualidade é uma afronta ao que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desnutrição grave representou um marco na história do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Vitória, ES, e como em outros hospitais do país, se caracterizou pelas formas de marasmo, *kwashiorkor* e *kwashiorkor-marasmo*, e contribuiu para aumentar a mortalidade infantil, especialmente devido a complicações infecciosas.

Apesar da inexistência de dietas industrializadas e específicas para o tratamento da desnutrição e de suas comorbidades, mais de 80,0% dos pacientes receberam alta com estado nutricional recuperado ou em fase de recuperação, indicando que os cuidados ministrados foram efetivos, apesar dos poucos recursos disponíveis durante o período do estudo.

A melhoria das condições socioeconômicas da Região, os programas que reforçam as políticas públicas de atenção à criança, as mudanças nos hábitos culturais e no estilo de vida das famílias, o estímulo ao aleitamento materno e a adesão às campanhas de vacinação podem ter impactado na redução da desnutrição grave

na infância. Do mesmo modo, o Estatuto da Criança e do Adolescente teve forte interferência para impedir a retirada da criança do hospital, sem alta médica.

REFERENCIAS

BEJON, P. et al. Fraction of all hospital admissions and deaths attributable to malnutrition among children in rural Kenya. **Am J Clin Nutr**, v. 88, n. 6, p. 1626-1631, dez. 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Regulamento técnico para a terapia de nutrição enteral. **Resolução RDC nº 63**, de 6 jul. 2000.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p.90-92.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jul. 1990.

BRASIL. Secretaria de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Regulamento técnico para a terapia de nutrição parenteral. **Portaria nº 272**, de 8 abr. 1998.

CARRAZZA, F. R. Desnutrição energético proteica. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. **Pediatria Básica**. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 324-40.

de ONIS, M. et al. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 10, p. 1222-1233. 2000.

de ONIS, M. et al. The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO global database on child growth. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 71, n. 6, p. 703-712. 1993.

de ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bull World Health Organ**, v. 85, n. 9, p. 660-667, set. 2007.

GOMEZ, F. et al. Malnutrition in infancy and childhood, with special reference to kwashiorkor. **Adv Pediatr**. v. 7. p. 131-169. 1955.

GOPALAN, S. Malnutrition: Causes, Consequences, and Solutions. **Nutrition**. v. 16, n. 7-8, p. 556-558, jul./ago., 2000.

GUTEMBERG, H. B. **Planejamento Estratégico Agenda 21 - 2007-2027**. Estudo Temático: Dinâmica Populacional, 2008.

IBEKWE, R. C. et al. Factors influencing discharge against medical advice among paediatric patients in Abakaliki, Southeastern Nigeria. **J Trop Pediatr**, v. 55, n. 1, p. 39-41, fev. 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009**. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MARTINS, T. S. A. et al. Implementação da avaliação do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças menores de 5 anos na USF Grajaú na cidade de Brumadinho - MG, pelo

internato rural da UFMG. **Rev Med Minas Gerais**, v. 23, n. 1, p. 27-32. 2013.

MONTE, C. M. G. et al. Designing educational messages to improve weaning food hygiene practices of families living in poverty. **Soc Sci Med**, v. 44, n. 10, p. 1453-1464, mai. 1997.

MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **J. pediatr. (Rio J.)**, v. 76 (Supl.3), p. 285-297. 2000.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 48, p. 7-20. 2003.

MONTEIRO, C. A. et al. ENDEF e PNSN: Para Onde Caminha o Crescimento Físico da Criança Brasileira? **Cad. Saúde Pública**, v. 9 (Supl. 1), p. 85-95, 1993.

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil (Monteiro CA, org.)**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 247-55.

PELLETIER, D. L. The potentiating effects of malnutrition on child mortality: epidemiologic evidence and policy implications. **Nutr Rev**, v. 52, n. 12, p. 409-415, dez.1994.

ROODPEYMA, S.; HOSEYN, S. A. E. Discharge of children from hospital against medical advice. **World J Pediatr**, v. 6, n. 4, p. 353-356, nov. 2010.

SARNI, R. O.; MUNEKATA, R. V. Terapia nutricional na desnutrição energético-proteica grave. In: LOPEZ, F. A.; SIGULEM, D. M.; TADDEI, J. A.; editores. **Fundamentos da terapia nutricional em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 115-32.

SMITH, L. C.; HADDAD, L. Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries. Washington, International Food Policy Research Institute, 2000 (**Food, Agriculture, and the Environment – Discussion Paper 30**), 2000.

VASCONCELOS, F. A. G. Origem e conformação do campo da nutrição em saúde pública em Pernambuco: uma análise histórico-estrutural. **Rev. Nutr.** v. 14 (Supl), p. 13-20. 2001.

WAITZBERG, D. L. et al. Hospital malnutrition: The Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 40000 patients. **Nutrition**, v.17, n. 7-8, p. 573-580, jul./ago. 2001.

World Health Organization. **Health for all in the 21st Century. EB101/8**. Geneva: WHO, 1998.

World Health Organization. **WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development**. Geneva: Department of Nutrition for Health Development/WHO, 2006 (WHO nonserial publication).

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-060-5

