SONIA TUCUNDUVA PHILIPPI

**CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR
COMO ATIVIDADE DE NUTRIÇÃO EM PROGRAMAS DE SAÚDE:**

**Análise de uma experiência na Secretaria
de Estado da Saúde de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo,
Departamento de Prática de Saúde Pública,
para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

**SÃO PAULO
1982**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais: Nadejda e Benedito B.Tucunduva pelo
exemplo de força de trabalho e luta
pela vida,que me transmitiram...

Arlindo,Caio e Tatiana com
todo o meu amor...

dedico o presente trabalho.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos são dirigidos a poucos,mas que deram o máximo de si próprios para a concretização deste trabalho:

- Ao meu orientador primeiro Prof.Reinaldo Ramos por ter me despertado para o enfoque multidisciplinar da Nutrição e ter me dado a oportunidade e o estímulo para iniciar este trabalho.
- Ao meu efetivo orientador Prof. Eurivaldo Sampaio de Almeida pelas orientações, discussões sobre o complexo tema desenvolvido, e o apoio para a conclusão do presente trabalho.
- As Nutricionistas Brígida H.V.Fernandes e Maria Lúcia R.Stefanini,pelo apoio e discussão em algumas fases do trabalho.
- À Bibliotecária Leda C.P.C. Camargo, da Faculdade de Saúde Pública,da USP, pela atenção e solicitude com que nos atendeu e pela sistematização das Referências Bibliográficas.
- Aos amigos Alcides Coelho, Airtton Fischman e Germano Bonow , o 1º do Estado de Santa Catarina e os demais do Estado do Rio Grande do Sul, pela gentileza e encaminhamento dos dados solicitados.
- Ao Tharsis Palhares pelo apoio demonstrado e pela gentileza e presteza com que nos forneceu os dados financeiros para composição do presente trabalho.
- Às colegas de trabalho: Zelita,Norma,Ophélia, pelo apoio constante e à Márcia pelo estímulo externado.
- À Maria José Menezes pela amizade, dedicação e colaboração nos trabalhos datilográficos.
- À Coordenadoria de Saúde da Comunidade ,órgão ao qual pertencço e que possibilitou pela vivência profissional como Nutricionista Supervisora da Área de Nutrição desenvolver o presente trabalho.

- À CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela oportunidade de conhecer maior número de estudos pertinentes ao assunto.
- À CPG-Comissão de Pós-Graduação, especialmente à Ana e Nielce pela atenção com que sempre nos distinguiram.
- À minha família: aos meus pais e meu irmão Sérgio pelo carinho demonstrado ;

à vovó Liuba um agradecimento especial pela tranquilidade necessária que me deu, para poder trabalhar nesta dissertação, cuidando dos seus bisnetos, com toda disposição e dedicação que lhe é peculiar;

ao meu marido, Arlindo, pelo carinho, apoio nas horas difíceis, estímulo e amor em todas as fases deste trabalho;

aos meus filhos, Caio e Tatiana que aceitaram as minhas ausências e que não viam a hora do "LIVRO" ficar pronto...

A todos, indistintamente, que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

RESUMO

SUMMARY

RESUMO

O presente trabalho é uma contribuição ao estudo da Atividade de Nutrição - Suplementação Alimentar em Programas de Saúde procurando analisar uma experiência na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, por ter se vivenciado o processo desde o diagnóstico até a implantação e o seu desenvolvimento durante o período de 1977 a 1981.

Conceitua a Suplementação Alimentar como forma de intervenção nutricional aos grupos vulneráveis de alto risco, bem como traz a discussão essa forma de intervenção no setor saúde e a opção para o Estado de São Paulo.

Na análise dos dados ressalta-se que a proporção da população estimada de crianças menores de um ano do Estado de São Paulo, que se inscreveram nos Programas para os anos de 1977 a 1981 foi de 61.3% e para as gestantes foi de 18.9%

A cobertura na Suplementação Alimentar para crianças menores de um ano, para o período, aumentou de 62.3% para 77.8%. Observa-se a tendência ao declínio ao se analisar a cobertura na Suplementação Alimentar para gestantes: 90.9% em 1977 e 65.1% em 1981.

Para o período observado iniciaram a Suplementação Alimentar na Secretaria da Saúde um total de 1.274.851 crianças menores de 1 ano, 41.183 crianças de 1 a 4 anos, 366.944 nutrizes e 515.998 gestantes.

Em função desta análise e a dos aspectos técnicos-operacionais da atividade de Suplementação Alimentar, para o período, concluiu-se sobretudo pela necessidade de melhor sistematizar, operacionalizar e avaliar estes aspec

tos na tentativa de assegurar a eficácia da Suplementação Alimentar nos Programas de Saúde em função dos grupos as sistidos, volumes de suplementos alimentares distribuídos, recursos dispendidos e objetivos propostos.

SUMMARY

This paper - is a contribution to the study of nutrition - supplementary feeding - in Health Programs. It analyses an experience with the Secretary of Health of the State of São Paulo, including an entire process of diagnosis, implantation, and subsequent development in Health Centers during the period between 1977 and 1981.

Supplementary feeding is here described as a form of nutritional intervention in vulnerable, high risk groups; this form of intervention is discussed as an option for health service in the State of São Paulo.

Through the observation and analysis of data available, it was found that in the State of São Paulo, the percentage of the population that applied for the Health Programs in 1977 - 1981, was 61.3% for children less than one year old and 18.9% for pregnant women.

The amount of people that had supplementary feeding for children less than one year old increased during the period from 62.3% to 77.8%.

A decreasing tendency in supplementary feeding for pregnant women can be observed between 1977 (90.9%) and 1981 (65.1%).

A total amount of 1,274,851 children less than one year old, 366,944 breast-feeding women and 515,998 pregnant women, have started their supplementary feeding Program in the State of São Paulo Secretary of Health during the time span of observation.

Considering this analysis and the technical operational aspects of supplementary feeding during the period of 1977 - 1981, one concluded mainly towards the necessity of improving systematization, operational procedures, and evaluations of all those aspects in order to achieve adequate results. To accomplish these results, supplementary feeding will then have to consider the influence of the population groups involved, amount of food distributed, financial and human resources used, and proposed objectives to be met.

INDICE

Í N D I C E

Página

1. - INTRODUÇÃO	1
1.1.-NUTRIÇÃO E SAÚDE	1
1.1.1. Desnutrição Proteico-Calórica	2
1.1.2. Baixo Peso ao Nascer	3
1.1.3. Aleitamento Materno	4
1.1.4. Mortalidade Infantil	4
1.1.5. Renda	5
1.2.-CONCEITO DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR	6
1.3.-NUTRIÇÃO NO SETOR SAÚDE	8
2. - OBJETIVOS	17
3. - DESENVOLVIMENTO	18
3.1.-ATIVIDADES DE NUTRIÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO	18
3.1.1. Período de 1944 a 1969	18
3.1.2. Período de 1970 a 1974	19
3.1.3. Período de 1975 a 1977. Política de Governo. Sistematização e implantação da atividade de Nutrição - Suplementação Alimentar-na Secre taria de Estado da Saúde de São Paulo	23

3.1.3.1 - Sistematização da Suplementação Alimen <u>tar</u> (S.A.) no Programa de Assistência à Criança (P.A.C.).....	26
3.1.3.2 - Sistematização da Suplementação Alimen <u>tar</u> (S.A.) no Programa de Assistência à Gestante (P.A.G.).....	33
4. - ANÁLISE	39
4.1.--ANÁLISE DA ATIVIDADE DE NUTRIÇÃO - SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR COM LEITE EM PÓ-NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO PERÍODO DE 1977 A 1981...	39
4.2.--ANÁLISE DA ATIVIDADE DE NUTRIÇÃO - SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR COM GESTAL - NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO PERÍODO DE 1977 A 1981.....	63
5. - CONCLUSÕES	77
6. - RECOMENDAÇÕES	82
7. - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
8.-- ANEXOS (1, 2 e 3)	

ÍNDICES DE TABELAS:

Página

Nº Tabela

- 1: Proporção da população estimada de crianças menores de um ano que se inscreveram no Programa de Assistência à Criança da Secretaria da Saúde- período de 1977 a 1981..... 40
- 2: Proporção da população estimada de crianças de 1 a 4 anos de idade que se inscreveram no Programa de Assistência à Criança no período de 1977 a 1981 41
- 3: Proporção das Crianças menores de um ano inscritas no Programa de Assistência à Criança e Nutrízes iniciadas na Suplementação Alimentar - período de 1977 a 198143
- 4: Proporção de nutrízes iniciadas na Suplementação Alimentar em função da população estimada de gestantes e das gestantes inscritas no Programa de Assistência à Gestante - Período de 1977 a 1981... 44
- 5: Proporção das crianças menores de um ano inscritas no Programa de Assistência à Criança e que iniciaram a atividade de Suplementação Alimentar no período de 1977 a 1981 46
- 6: Proporção da população estimada de crianças menores de um ano e crianças que iniciaram na atividade de Suplementação Alimentar - período de 1977 a 1981 46
- 7: Proporção de crianças de 1 a 4 anos inscritas no Programa de Assistência à Criança e que iniciaram a atividade de Suplementação Alimentar - período de 1977 a 1981 48

- 8: Proporção da população estimada de crianças de 1 a 4 anos e crianças que iniciaram a atividade de Suplementação Alimentar - período de 1977 a 1981.. 49
- 9: Proporção de crianças menores de um ano atendidas em Suplementação Alimentar em relação ao total de atendimentos de rotina (CMR + AER) período de 1977 a 1981 51
- 10: Cobertura na Suplementação Alimentar e cobertura vacinal para crianças menores de um ano
período de 1977 a 1981 53
- 11: Crianças menores de um ano, de 1 a 4 anos e nutrizes atendidas em Suplementação Alimentar para o período de 1977 a 1981 57
- 12: Proporção de crianças menores de um ano e nutrizes que iniciaram Suplementação Alimentar em relação ao número de crianças menores de um ano inscritas no Programa de Assistência à Criança no período de 1977 a 198159
- 13: Relação do número de latas de leite distribuídas aos CS(s) e crianças de 0 a 4 anos de idade atendidas em Suplementação Alimentar- período de 1977 a 1981 60
- 14: Recursos dispendidos com leite na Secretaria da Saúde no período de 1977 a 1981 62
- 15: Proporção da população estimada gestantes que se inscreveram no Programa de Assistência à Gestantes - período de 1977 a 198164
- 16: Proporção da população estimada de gestantes do Estado de São Paulo e gestantes que iniciaram na Atividade de Suplementação Alimentar - período de 1977 a 198166

17: Gestantes inscritas no Programa de Assistência à Gestante e que iniciaram a atividade de Suplementação Alimentar - período de 1977 a 1981.....	66
18: Proporção de Gestantes atendidas em Suplementação Alimentar em relação aos atendimentos de rotina (CMR e AER) do Programa de Assistência à Gestante no período de 1977 a 1981.....	71
19: Relação do número de pacotes de Gestal distribuídos e gestantes e nutrizes atendidas no período de 1977 a 1981	72
20: Recursos dispendidos com Gestal na Secretaria da Saúde para o período de 1977 a 1981	75
21: Orçamento da Secretaria da Saúde em termos de dotação realizada e os recursos dispendidos com leite e Gestal (Moeda Constante) para o período de 1977 a 1981.....	76

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 - NUTRIÇÃO E SAÚDE

Todo homem tem direito a uma alimentação adequada que lhe propicie uma boa saúde, existindo uma estreita relação entre Nutrição e estado de Saúde ⁽⁵¹⁾. A Nutrição pode ser definida como a ciência dos alimentos sendo que a sua relação com a vida e a saúde ^(8,11,46) dos indivíduos, torna-se mais concreta na medida em que influi não só na saúde física e mental como também no ajustamento social ⁽⁸⁰⁾.

Ao se analisar a Nutrição sob o enfoque da história natural da doença ⁽¹⁵⁾ onde se tem uma multiplicidade e uma complexidade de fatores interagindo, percebe-se a deficiência nutricional como uma das causas determinantes do agravamento do estado de saúde.

O precário estado nutricional das populações vem preocupando ⁽⁶⁾ os profissionais que atuam em saúde tendo em vista a alta prevalência da: Desnutrição Proteico Calórica (D.P.C.), das anemias nutricionais, da hipovitaminose A, do bócio endêmico e da cárie dental ⁽⁴⁶⁾. Além destas graves deficiências nutricionais, existem outras variáveis, que estão intimamente relacionadas com o estado nutricional, portanto, com o nível de saúde dos indivíduos tais como: baixo peso ao nascer, os coeficientes de mortalidade infantil, a diminuição da prática do aleitamento materno e o nível de renda.

Para melhor entendimento da relação entre Nutrição e Saúde se apresentam algumas informações sobre a D.P.C. que é uma das mais graves deficiências nutricionais assim como sobre as demais variáveis referidas.

1.1.1 - Desnutrição Proteico - calórica (D.P.C.):

"As consequências da D.P.C. são extremas e deve ser dada a ela principal prioridade pois causa comprometimentos físicos e mentais irreversíveis naqueles que so brevivem" (46).

Há evidências de que causa lesões no sistema nervoso das crianças, com comprometimento do desenvolvimento mental (13) gerando milhares de crianças com índices de inteligência quase nulos, com seus órgãos motores que não se desenvolvem ou se aniquilam para o exercício de suas atividades normais.

Em 1974 foi estimado (17) em cerca de 100 milhões as crianças menores de 5 anos atingidas pela D.P.C. reconhecendo-se esta patologia nutricional como a mais disseminante entre as crianças do 3º Mundo.

Os dados levantados sobre mortalidade das crianças, pela Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, permitiu, em resumo, a formulação de várias conclusões (39), entre as quais destacavam-se:

- altas mortalidades neo-natal infantil e as do grupo de 1 a 4 anos de idade,

- a desnutrição esteve presente como causa básica ou associada em 28% dos obitos que ocorreram no 1º ano de vida e em 46,0% entre 1 e 4 anos de idade,

- como causas de morte as decorrentes de infecção e desnutrição como as grandes responsáveis pela alta mortalidade em crianças. Estimou-se (52) que o conjunto desnutrição-infecção fosse responsável por 750.000 óbitos anuais na América Latina e em São Paulo.

Para o município de São Paulo (84), encontrou-se entre crianças uma maior incidência de processos infecciosos, sendo a morbidade por sarampo e diarreia associada a ocorrência da D.P.C.

1.1.2 - Baixo Peso ao Nascer

Cerca de 3 milhões de crianças nasciam com baixo peso (menos de 2.500g) na América Latina ⁽³⁵⁾ durante o ano de 1973. Os dados da Investigação Interamericana mostravam que 60% das crianças que morriam nos primeiros 28 dias de vida apresentavam baixo peso ao nascer, podendo-se afirmar "que o risco de morrer de uma criança com baixo peso era 14 vezes superior ao das demais" ⁽⁸⁶⁾. Mostravam, também, que as taxas de mortalidade neo-natal das crianças com peso entre 2501 e 3000g foram superiores ao dobro do que as correspondentes a grupo de peso ao nascer mais favorável ⁽⁶¹⁾.

O baixo peso ao nascer tem como uma das causas determinantes o déficit calórico durante a gravidez ocasionando comprometimento no estado nutricional do recém-nascido caracterizado por este baixo peso.

A suplementação calórica durante a gravidez é um importante fator, pois, ficou evidenciada nos trabalhos de LETCHIG ⁽³⁶⁾, a relação entre suplementação calórica, a proporção de recém nascidos de baixo peso e a situação sócio-econômica.

Em quatro comunidades rurais ⁽³⁴⁾ na Guatemala, LETCHIG encontrou uma porcentagem de recém-nascidos de baixo peso igual a 20%, ingestão calórica média durante a gestação igual a 1.500 calorias e nível de ingestão proteica adequada. Concluiu que uma suplementação calórica média de 40.000 calorias durante a gestação levou a um incremento médio de 100 gramas no peso do recém-nascido, o que reduziu a porcentagem de recém-nascidos de baixo peso de 20 para 12% ⁽³⁴⁾.

A proporção de recém-nascidos de baixo peso, para o Estado de São Paulo ⁽⁸⁶⁾ era de 12% em 1975 e ao se considerar a parcela da população de baixa renda este valor se elevaria para 17%. "A maior proporção de recém

nascidos de baixo peso em gestantes cujas condições sócio-econômicas são desfavoráveis, está intimamente relacionada à alimentação deficiente durante a gestação" (86). O precário estado nutricional das gestantes com consequente desnutrição intra-uterina (5,33) refletirá retardo no crescimento fetal.

1.1.3 - Aleitamento Materno

A importância do aleitamento materno contribuindo para uma melhoria do estado nutricional das crianças é bastante conhecida, mas está havendo em todo o mundo um declínio, sendo que cada vez mais as crianças estão sendo desmamadas precocemente. (28,29)

Os dados da "Investigação Interamericana" mostraram (61) que as crianças que morriam entre o 6º e 8º mês de vida já estavam em alimentação artificial e para São Paulo e Ribeirão Preto, foi constatado que, dos óbitos ocorridos na faixa etária de 28 dias a 5 meses, apenas 4% estavam sendo amamentadas.

Entre os fatores responsáveis pela alta prevalência da D.P.C., bem como pela tendência da desnutrição ocorrer em idades cada vez mais baixas, destacam-se as mudanças no hábito da amamentação com aumento crescente do desmame precoce. Em estudo para o município de São Paulo, SIGULEM & TUDISCO, observaram que, aproximadamente, 50% das mulheres haviam desmamado seus filhos durante o 1º mês de vida (83).

1.1.4 - Mortalidade Infantil

"Desde 1975, para o Estado de São Paulo, a mortalidade infantil vem decrescendo de maneira uniforme. No ano de 1975 o índice de mortalidade atingiu a 85 óbitos por 1.000 crianças de 0 a 1 ano de idade nascidas vivas, quando de 1970 a 1975 estes índices chegaram a 89 por 1.000" (12).

Em 1977 este indicador passou para 68 por 1.000 e para os anos de 1979, 1980 e 1981 os coeficientes de mortalidade infantil começaram a decrescer, sendo que em 1981, para os meses de agosto, e setembro as taxas chegaram, respectivamente, a 39,47 e 37,67 por 1.000 nascidos vivos (N.V.), portanto, abaixo de 40 por 1.000 N.V. (12).

Esta queda da mortalidade em todo o Estado de São Paulo a partir de 1975 foi considerada pelas autoridades sanitárias da Secretaria da Saúde como sendo o resultado da melhoria das condições de saneamento básico, da educação sanitária e da Suplementação Alimentar (12).

Com relação ao Saneamento Básico os índices de atendimento, com rede de água, evoluíram muito em relação aos serviços de redes de água e esgotos, sendo que em 1981 a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP) fez mais de 300.000 ligações de água e esgoto atendendo cerca de um milhão de pessoas em todo Estado. Na capital do Estado de São Paulo, cerca de 95% da população já vem sendo servida pela rede de água (12).

A educação sanitária enfocada, principalmente, sobre o uso do cloro na água às populações não servidas pela rede de água, melhorou os índices de desidratação como causa de mortalidade infantil no Estado.

1.1.5 - RENDA

Parece existir uma relação entre renda e consumo de alimentos (44), influenciando no estado nutricional e uma vez a Nutrição estando estreitamente vinculada à estrutura social (54), tem-se a renda como fator determinante ou agravante do estado nutricional das populações. Atribui-se ao baixo poder aquisitivo a responsabilidade pelos baixos níveis nutricionais (48).

Em 1971 pesquisa sobre orçamentos familiares no município de São Paulo, desenvolvida pelo Instituto

de Pesquisas Econômicas da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, demonstrou que 8,64% das famílias tinha renda familiar não excedendo 2 salários mínimos e que em 46,93% a renda era maior do que 2 e não maior do que 6 salários mínimos. Tinha-se, assim 55,57% de famílias para as quais estas variações, para menos da capacidade aquisitiva implicava em riscos de déficit alimentar⁽³⁹⁾.

A prevalência da D.P.C. em grupos de baixa renda no município de São Paulo atinge a cifras de 46% em menores de 5 anos, sendo a maior prevalência na classe com renda de menos de 1 salário mínimo⁽⁸⁴⁾.

Em 1974, 1975, na Grande São Paulo, famílias de menor renda ou seja menos de dois salários mínimos mensais, tinham em despesas com alimentação 42,7% da despesa familiar⁽²⁷⁾.

Em 1977 um relatório sobre renda familiar⁽²⁾ e estado nutricional trazia a "Suplementação Alimentar não conduzindo a um bom estado nutricional e sim a níveis mínimos de sobrevivência assegurando apenas a reprodução de uma população em níveis sub-humanos, marginalizada, uma vez que a Nutrição é apenas um aspecto dentro de outras variáveis. O bom estado nutricional só seria obtido com transformações amplas em todos os componentes da estrutura econômica-social e distribuição de renda⁽¹⁾.

As crianças desnutridas que sobrevivem aos agravos emergentes da desnutrição, podem se transformar em pais cronicamente desnutridos, que por sua vez irão gerar crianças condenadas ao mesmo destino se mantidas as mesmas condições. A desnutrição, não é somente consequência das grandes desigualdades e injustiças sociais mas também um mecanismo para perpetuá-las^(6,7).

1.2 - CONCEITO DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR (S.A.)

Há necessidade de se conceituar a Suplementação Alimentar, nesse quadro, como uma das formas de intervenção

para uma melhor compreensão do presente trabalho.

Entende-se por "Suplemento aquilo o que se dá a mais, sendo que suplementar seria suprir ou compensar a deficiência de ..."(20).

Em sentido estrito, suplementação alimentar seria o ato de se suprir ou compensar uma deficiência de alimentos. E em sentido mais amplo tem-se a "Suplementação Alimentar como ação destinada aos grupos vulneráveis da população, especialmente, mães e crianças - mediante a qual se ministram gratuitamente ou a baixo custo, suplementos alimentares que forneçam os elementos nutritivos e calóricos que faltam na dieta habitual" (53).

Neste sentido a Suplementação Alimentar já seleciona o grupo de risco-materno infantil- e define que o suplemento alimentar deverá suplementar a dieta habitual.

Entretanto, a Suplementação Alimentar, assim caracterizada traz à discussão alguns estudos e autores sobre essa prática de intervenção adotada.

Esta forma de intervenção é tida como "a mais direta, ampla e aceita, constituindo a única maneira de melhorar a curto prazo, os indicadores de saúde, os indicadores do estado nutricional, sem maior intervenção no campo economico-social" (31).

Bosco (10) coloca como objetivo da intervenção nutricional a complementação da dieta habitual no ambiente familiar, prevenindo a má nutrição em momentos críticos do processo de crescimento e desenvolvimento do ser humano. Destina-se a intervenção nutricional a corrigir as deficiências existentes na dieta de grupos específicos da população, onde a má nutrição existe com prevalência elevada.

Alerta-se para o risco que se corre com a adoção desta forma de intervenção, pois a "Suplementação Alimentar pode não resolver os problemas de fundo e inclusive

favorecer sua perpetuação ao eliminar seu caráter de urgência e distrair com ele a atenção para a necessidade de se levar a cabo medidas mais fundamentais" (17).

" A suplementação alimentar deverá limitar-se aos grupos de população em que a necessidade seja um fato comprovado e a eficácia razoavelmente assegurada. Deverá limitar-se no tempo a determinados beneficiários e desde o princípio trazer planos para o término" (17), isto é, um tempo definido para cessar a intervenção e se avaliar a Suplementação Alimentar em função dos objetivos a que se propôs.

Para o presente trabalho, com a finalidade de se garantir a eficácia da S.A. nos Programas de saúde definiu-se a Suplementação Alimentar como forma de intervenção nutricional aos grupos vulneráveis de alto risco, atuando nos programas em níveis de prevenção primária ou secundária, através da doação de suplementos alimentares específicos a estes grupos (*).

1.3 - NUTRIÇÃO NO SETOR SAÚDE

As necessidades em saúde das populações devem ser responsabilidade dos sistemas institucionais de saúde, competindo a este setor diagnosticar a existência da problemática nutricional e a magnitude de sua extensão. Assim, a partir do momento em que o setor saúde define o problema nutricional, propõe medidas para minimizar suas causas e efeitos e controla as ações de saúde necessárias, o setor saúde está participando e intervindo diretamente.

Esta forma de intervenção nutricional, através da Suplementação Alimentar, dentro do setor saúde, é questionável. Outros setores, melhor estruturados, talvez estivessem em condições de executar e avaliar esta forma de intervenção, tanto em termos técnicos como operacionais, de

(*) Grifo nosso.

forma mais eficiente.

Assim, a participação do setor saúde na intervenção direta pela Suplementação Alimentar, merece discussão de alguns autores.

" A saúde de maneira geral e o estado de nutrição, de modo particular, é o produto de um quadro ecológico em que interagem fatores do ambiente, do agente e do hospedeiro . Os problemas nutricionais têm, assim uma gênese multifatorial, envolvendo variáveis cujo domínio, na maior parte dos casos não se encontra no campo operacional da saúde" de acordo com BATISTA FILHO (4).

Segundo BEHAR (6) " O setor saúde, isoladamente só pode se traduzir em paliativos transitórios, mas nunca poderá por si só, resolver o problema desde suas raízes e em forma permanente, pois para isso seria indispensável uma ação coordenada e multisetorial".

Não se encontram, portanto, somente no campo da saúde soluções para a problemática nutricional, "por que dependem de outros setores que também tem a responsabilidade de tratar especificamente do assunto", conforme cita TINOCO (88).

Embora existam as discussões e as controvérsias encontra-se a intervenção nutricional como Suplementação Alimentar, sendo realizada dentro do setor saúde em alguns países.

A discussão da experiência Chilena (89) em matéria de alimentação suplementar pode ser oportuna neste momento em que o tema vem sendo amplamente debatido. As características do Sistema Nacional de Saúde (S.N.S.), com sua ampla cobertura, especialmente dirigido aos grupos sociais mais vulneráveis e devido ao Programa Nacional de Alimentação Suplementar e ao Programa para a criança com Déficit Nutricional, fazem com que a alimentação suplementar pos

sa ser analisada dentro de um âmbito geral das ações de saúde de nível primário, como é realizada neste país.

Os Programas de suplementação alimentar do Setor de Saúde no Chile, tiveram início em 1901, com as chamadas "gotas de leite" para atender filhos de mães com problemas de lactação e crianças desnutridas. A política adotada de distribuição de leite em pó, possibilitou a construção de usinas de leite, para a própria fabricação do alimento, contando, o Chile atualmente, com 50 usinas.

Por existir uma contribuição, de seguro social, obrigatória destinada ao Programa, aumentando o volume de recursos financeiros, existia a possibilidade de atender a um maior número de beneficiários.

Em 1977 foram distribuídos 28.651.145 quilos de leite em pó, cobrindo 84,5% dos menores de 6 meses, 90,5% de crianças de 6 a 23 meses, 79% de crianças de 2 a 5 anos e 70% das gestantes do país. (89).

Os altos níveis de cobertura foram conseguidos devido ao Serviço Nacional de Saúde, a sua estrutura e funcionamento, e aos alimentos suplementares distribuídos pelo Programa Nacional de Alimentação, nos Centros de atenção primária em íntima relação com ações de fomento e proteção da saúde.

"A avaliação deste tipo de Programa é sempre difícil ao se considerar que não é só nutricional mas também social, obtendo maior cobertura nos níveis da população de menor renda. A entrega de alimentos, intimamente relacionada com as ações de fomento da saúde coloca em evidência o papel que os alimentos desempenham na aproximação da população com os serviços de saúde, e nas vantagens que isto implica" (89).

Outra experiência vivida foi pela República Popular da China, em 1949, onde a situação era de um país

com graves problemas de pós-guerra, estrutura sócio-econômica abalada e sendo reformulada, agricultura destruída, e a desnutrição como causa e consequência de doenças.

Nos anos de 1963 e 1965, um projeto tratou o raquitismo em Pequim, suplementando com vitamina D, crianças menores de 10 anos. Também foram registrados casos de Desnutrição de IIº grau, sendo que 10 anos mais tarde, em 1973, observou-se a ausência de desnutrição nas unidades pediátricas. MELLANDER, "atribuiu essa eliminação da desnutrição infantil ao enfoque original, à nível familiar, que proporcionava alimentos simples e assessoria a todas às famílias, baseando sua prioridade administrativa absoluta, na prevenção, nos serviços sanitários e na formação médica e paramédica" ⁽²¹⁾.

Outro estudo ⁽⁵⁵⁾, retrata a Líbia em 1969 como um país que enfrentava extrema pobreza e desnutrição. A partir de 1969 passou a haver um maior desenvolvimento sócio-econômico sendo que a renda real para o operário médio, aumentou quatro vezes, foram abolidas as favelas com o subsídio para aluguel e os principais gêneros alimentícios subsidiados pelo governo. Entretanto, constatou-se um declínio na amamentação, uma alta incidência de infecções e gastroenterites e a desnutrição persistiu com um problema, apesar de todo o conjunto de desenvolvimento social e econômico apresentado.

Restou a hipótese da falta de instrução às mães sobre questões de higiene e nutrição (como por exemplo preparo da mamadeira) para explicar a situação apresentada, uma vez, que a mulher líbia por preconceitos culturais não vai à unidade de saúde para o recebimento de noções de higiene, nutrição e saúde. Portanto, este estudo não isola somente o fator renda, mas o associa a uma adequação entre, renda, moradia e instrução das mães.

Para o Brasil, também no Setor Saúde, foi adotada, a partir de 1975, com o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) ⁽⁶⁰⁾, a Suplementação Alimentar como forma

de intervenção nutricional, tentando identificar, equacionar e implementar soluções para os amplos e graves problemas no País. O PRONAN traz em seu conteúdo a seguinte afirmação:

" É evidente que a melhoria das condições nutricionais de uma população depende do aumento e da melhor distribuição de renda, o que por sua vez, requer um programa de desenvolvimento social com claras opções de transformações substantivas ...

... Um Programa de Suplementação Alimentar não pode ser visto como substituto desta transformação; deve ser concebido como uma resposta mais rápida e válida durante o período de maturação dessas transformações. Portanto, deve ser entendido como programa de caráter emergencial e transi-tório." (60)

O PRONAN inclui entre seus Projetos com li-nhas de ação voltadas à Suplementação Alimentar o Programa de Nutrição em Saúde (P.N.S.).

O P.N.S. tem por objetivos prevenir a D.P.C. **através da S.A. aos grupos social e biologicamente vulneráveis gestantes, nutrízes e crianças menores de 7 anos.** As atividades são: aquisição e distribuição de alimentos básicos e tradicio-nais; assistência preventiva integrada à saúde; educação sani-tária e alimentar e apoio técnico-financeiro às Secretarias Estaduais de Saúde, que são órgãos executores do programa (91).

O órgão financiador é o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), ligado ao Setor Saúde, que di-ta a política nacional em termos de alimentação e nutrição pa-ra todo o Brasil.

Um dos estados que desenvolve o P.N.S. é o Es-tado de Santa Catarina.

No Estado de Santa Catarina existe o Programa Materno Infantil sendo desenvolvido pela Secretaria da Saúde, mas a Suplementação Alimentar só se desenvolve através do

P.N.S., desde 1976 em convênio com a Secretaria da Saúde^(*) em 69 das 324 Unidades Sanitárias (U.S.) representando 21% do total de U.S. Este percentual está em quase sua totalidade na orla marítima, por ~~ter~~ sido considerada a mais carente.

Atendeu-se de 1976 a 1981 cerca de 46.677 beneficiários representando 89% da cobertura prevista e distribuídos: 1.320.105 kg de alimentos. Em relação aos grupos vulneráveis, observou-se a partir de 1978 **um** decréscimo da cobertura, sendo que em 1981 os beneficiários atendidos em relação aos previstos foram os seguintes: 59% **das gestantes**, 70% das nutrízes, 73% das crianças de 6 a 11 meses e 106% das crianças de 1 a 6 anos de idade.

Foi ~~sugerido~~ ao INAN que as cotas de alimentos fossem aumentadas, pois não estão sendo suficientes para atender as necessidades da população como suplemento alimentar.

Segundo análise de COELHO⁽¹⁶⁾ esta distribuição de alimentos "in natura" como suplementação nutricional, para o Estado de Santa Catarina, além de gerar mais trabalho para as U.S. acentuou o problema em função das áreas físicas que já eram deficientes para os serviços tradicionais.

O Programa Materno Infantil desenvolvido pela Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul beneficia com S.A.^(**) os lactentes (55 toneladas de leite/Mês) e desenvolve também o P.N.S., sendo que de 1976 a 1981 atendeu 51.887 gestantes, 46.289 nutrízes, 61.266 **lac**centes, 289.781 pré-escolares atingindo um total de 449.223 beneficiários durante este período.

(*) SECRETARIA DA SAÚDE. Relatório do P.N.S. Florianópolis, S.C., 1982 (Mimeografado)

(**) SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE. Dados compilados. Porto Alegre, R.G.S., 1982 (Mimeografado).

Em São Paulo, o PRONAN, não foi implantado em 1975 como nos outros Estados . Na época foram discutidos aspectos técnico-administrativos obstaculizadores da implantação de um Programa desta natureza tais como: baixa cobertura populacional a ser beneficiada pelo PRONAN no estado de São Paulo como um todo; problemas de diluição intra-familiar e substituição na compra dos alimentos recebidos , por serem "in natura" e também, porque, São Paulo já havia se adiantado ao PRONAN, em estudos para implantação da Suplementação Alimentar às gestantes e nutrízes, com o suplemento Gestal. Além destes aspectos, existiam problemas de ordem operacional como número e capacidade física instalada dos Centros de Saúde.

Houve opção pelo Gestal e não pela introdução do PRONAN em São Paulo, após a ponderação de todos estes aspectos (57,86,87).

Portanto, para o Estado de São Paulo, o Setor Saúde optou por uma forma de suplementação alimentar diferente dos outros Estados. Foi prevista uma Programação Materno-Infantil para a Secretaria da Saúde, atendendo crianças com o suplemento alimentar - leite em pó integral, e gestantes e nutrízes com o suplemento- Gestal.

Em 1980, em caráter experimental, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, implantou o P.N.S., em cinco municípios da Grande São Paulo (87) sob a coordenação do Gabinete do Secretário da Saúde. Após um ano de implantação o Programa vem atendendo 73.780 beneficiários, sendo 6,3% gestantes, 8,7% nutrízes, 24,3% lactentes, e 60,7% de pré-escolares.

Matricularam-se no P.N.S., durante esse período, um total de 129.425 pessoas e excluídas 55.465 pessoas , sendo que a média da porcentagem de retorno ao Programa é de 74,9% e a cobertura em função da população beneficiária estimada em torno de 7%.

Distribuiu-se mensalmente, 327 toneladas de gêneros alimentícios (leite, açúcar, fubá, arroz, farinha de mandioca e feijão), sendo que no final do ano de 1980 o feijão foi retirado do cardápio devido a escassez no mercado. No período de um ano houve um acréscimo de 179% no custo do P.N.S., sem incluir o feijão (87).

O Estado de São Paulo, além do Programa Materno Infantil desenvolvido pela Secretaria da Saúde, desenvolve também alguns Programas que adotaram a S.A. como forma de intervenção⁽³⁷⁾:

- **Creches-Casulo** -: a entidade promotora é a Legião Brasileira de Assistência (L.B.A.) pertencente ao Ministério da Previdência Social. Atende a pré-escolares de 3 a 6 anos de idade, fornecendo Suplementação Alimentar, cuidados médicos e odontológicos, e socialização.

- Programa de Nutrição ao Pré-Escolar (Pro-Nutri) desenvolvido pela Secretaria de Estado da Promoção Social atende ao pré-escolar, fornecendo suplementação alimentar, além de atividades sócio-cultural - educativa e comunitárias.

- Plano de Educação Infantil (PLANEDI): destina-se aos pré-escolares da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, fornecendo suplementação alimentar, recreação orientada e educação.

- Programa de Merenda Escolar Municipal: aos escolares da Secretaria Municipal de Educação fornecendo suplementação alimentar e educação.

- Programa de Merenda Escolar Estadual: aos escolares da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, com suplementação Alimentar e educação.

- Creches e Parques Infantis Municipais: fornecem S.A. e/ou refeições substitutivas, recreação orientada e educação aos pré-escolares da Secretaria Municipal de São Paulo.

- Programa de Alimentação Escolar: promovido pela Campanha Nacional de Alimentação Escolar (C.N.A.E) Ministério da Educação, destinado aos escolares e pré-escolares; fornecendo suplementação alimentar, recreação orientada e educação.

Por ter vivenciado esta experiência na Secretaria de Estado da Saúde, na implantação e desenvolvimento, dos Programas de Saúde e da atividade de nutrição - suplementação alimentar - às crianças, gestantes e nutrízes; pela magnitude do trabalho desenvolvido em termos de cobertura populacional atingida pela Suplementação Alimentar, volume de suplementos distribuídos e recursos dispendidos, no período de 1977 - 1981, julga-se que a análise e a sistematização de alguns aspectos desta experiência **poderiam ser úteis e oportunas** como contribuição ao estudo desta complexa discussão sobre S.A. no setor saúde.

Sendo assim, considerando o exposto justifica-se o desenvolvimento do presente trabalho.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

- . Analisar aspectos operacionais da atividade de suplementação alimentar nos Programas de Assistência à Criança e à Gestante desenvolvidos pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, para o período de 1977 a 1981.

- . Oferecer subsídios para um melhor desenvolvimento da atividade de suplementação alimentar nos Programas de Assistência à Criança e à Gestante na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

- . Oferecer subsídios para o estudo e a discussão da suplementação alimentar como atividade de Nutrição nos Programas de Saúde.

3. DESENVOLVIMENTO

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 - ATIVIDADES DE NUTRIÇÃO NA SECRETARIA DA SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO

3.1.1 - Período de 1944 a 1969

Julgou-se necessário fazer um retrospecto na evolução das atividades de nutrição desenvolvidas pela Secretaria da Saúde, para o período de 1944 a 1969. Apesar da insuficiência de dados encontrou-se que:

"Já em 1935 se alertava, através de mensagem governamental, para os índices de mortalidade infantil comparáveis à África e à Ásia" (47).

Em 1938, pelo decreto nº 9.446 foi criada no Estado de São Paulo, a seção de Higiene da Criança, como órgão central e técnico do Departamento de Saúde, da Secretaria de Educação e Saúde, com ingerência sobre todos os serviços realizados com a infância e a maternidade que então existiam anexadas aos Centros de Saúde, (C.S.) da Capital e do Interior.

A criação do Departamento Nacional em 1940 e do Departamento Estadual da Criança (DEC) em 1944 (decreto-lei nº 14.221), viriam inaugurar nos âmbitos federal e estadual uma nova política de assistência à maternidade e à infância, "encarada desde então, como um problema social, em lugar de mera questão de saúde pública" (47).

O DEC coordenou em todo Estado a assistência Materno-infantil no período de 1944 a 1969, diretamente subordinado à Secretaria da Saúde e da Assistência Social permitindo (47):

" - assistência médica direta, regular, especializada às gestantes e crianças de grande parte da população do estado.

- promover assistência alimentar e medica-

mentosa em caráter supletivo, a gestantes e crianças, amparando a larga faixa da população sem recursos.

- estimular a prática de vacinação contra moléstias infecto-contagiosas passíveis de prevenção.

- promover a educação sanitária no campo da puericultura, servindo como arma de combate à desidratação e desnutrição, divulgando normas de alimentação infantil e prevenindo verminoses.

- através dos serviços de higiene pré-natal, contribuir eficazmente no amparo à gestante e à parturiente, atuando decisivamente na redução de mortalidade materna e infantil e afastando a atuação de parteiras curiosas".

Para o período de 1944 a 1966 não foram encontrados registros de dados referentes a Suplementação Alimentar nem sobre desenvolvimento de outras atividades de Nutrição.

Para os anos de 1967, 1968 e 1969 MONETTI (48) faz referência à distribuição de leite, onde para o período foram distribuídas 5.639.722 latas de leite em pó e realizadas 10.549.460 consultas médicas ao grupo infantil. Para estes mesmos anos, em Higiene Pré - Natal foram realizadas 1.190.620 consultas médicas.

3.1.2 - Período de 1970 a 1974

Com a Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (63) os Centros de Saúde passaram a ser unidades polivalentes de prestação de serviços.

As unidades específicas de atendimento foram extintas assim como o DEC, ambulatórios de tuberculose e hanseníase, dando lugar a uma nova estrutura de atendimento e de prestação de serviços.

Como órgão coordenador de todos os Centros de Saúde do Estado de São Paulo, aparece na estrutura da Secre-

taria do Estado de São Paulo, a Coordenadoria de Saúde da Comunidade(C.S.C.).

Uma das diretrizes da Reforma Administrativa, em 1969, foi a descentralização executiva, através da regionalização, sendo que a CSC foi dividida em um Departamento Regional para a Grande São Paulo(DRS-1), subdividido em quatro Regionais de Saúde (R1-1, R1-2, R1-3 e R1-4) e o interior do estado foi subdividido em 11 Divisões Regionais (DRSs).

Estas subdivididas em Distritos Sanitários (D.S.s) e estes em Centros de Saúde(C.S.s), que variavam dentro de uma classificação de I a V conforme os diferentes graus de complexidade, em função da prestação de serviços. Para melhor ilustrar elaborou-se um esquema ilustrativo situando a Coordenadoria e os seus diferentes níveis na Secretaria da Saúde.

ESQUEMA ILUSTRATIVO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DE SÃO PAULO E DA COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE
DADE.

As áreas técnicas - supervisorias à nível central e Inspetorias à nível de Divisão Regional ficaram diretamente subordinadas ao Coordenador e Diretores respectivamente.

Vale ressaltar que esta estrutura sofreu modificação em 1981, salientando-se a passagem das Regionais de Saúde para o nível de Departamento, a extinção do Departamento da Grande São Paulo com a criação de cinco Departamentos nesta área e, ainda, a reclassificação dos Centros de Saúde para apenas 3 níveis (*).

No período de 1970 a 1974 a área materno-infantil da CSC passou a ser coordenada, respectivamente pela Supervisoria de área técnica à nível central e Inspetorias à nível regional. Nestes anos, ainda, não havia o Nutricionista como Supervisor e/ou Inspetor de Área Técnica de Nutrição, não se encontrando, portanto, atividades de nutrição sendo desenvolvidas pela área específica.

Foram localizadas algumas rotinas para distribuição de leite elaboradas pela área Materno-Infantil. Em 1970 e 1971 a rotina para distribuição de leite pelas unidades operacionais da CSC já considerava (77):

" A distribuição de leite como uma emergência social, regida por normas e técnicas do serviço social, devendo ser evitado o caráter paternalista que pode estimular o desinteresse pelo trabalho, da luta pela vida, ou abandono do aleitamento natural. Deveria ser aproveitada a ocasião para educação sanitária em Nutrição ".

Eram adquiridos 3 tipos de leite nas seguintes proporções: integral: 85%, semi-desnatado: 14% e acidificado: 1%.

Os critérios para distribuição baseavam-se na matrícula no lactário (nº fixo de 100 crianças), com exigência

(*) Decreto nº 16.545 de 26/01/1981 -

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

de documentos, prescrição do leite por médico, frequência adequada e quinzenal, controle de peso, vacinação de acordo com o esquema e triagem sócio-econômica tendo como critérios **preferenciais**:

- mãe solteira sem amparo
- família numerosa em má situação financeira
- prematuro ou gemelar

A quantidade de latas por criança era variável e em média:

0 a 4 meses -: 5 latas / mês
 4 a 7 meses -: 4 latas / mês
 8 a 12 meses -: 3 latas / mês

Em 1972, com a entrada de um grupo de nutricionistas para a CSC, foi elaborado um Programa de Nutrição (73), tendo-se por base os objetivos da Carta de Punta del Este em 1961 que previam: Programas de educação em nutrição e Programas de Assistência Alimentar à gestantes, nutrizes e pré-escolares, com a definição de critérios e de educação (73).

Este Programa elaborado e proposto pelo grupo de nutrição, não foi colocado em execução devido a saída deste grupo da Coordenadoria.

Neste mesmo ano, de 1972, nova circular⁽⁶⁶⁾ revogou as anteriores relativas ao fornecimento de leite em pó e deu novas instruções, modificando as faixas etárias e as quantidades de leite a serem fornecidas:

0 - 3 meses -: 6 latas / mês
 4 - 7 meses -: 4 latas / mês
 8 - 12 meses -: 3 latas / mês

Em 1974 nova circular⁽⁷⁶⁾ sobre a Rotina de Distribuição de leite revogou a anterior e trouxe como finalidade: atrair o maior número possível de crianças de classes

se social de baixo poder aquisitivo para frequência ao ser viço, aproveitando para: orientação alimentar, vigilância imunitária e promoção da saúde. Esta nova rotina tinha como objetivo:

assegurar as crianças um crescimento e desenvolvimento razoável dentro dos mínimos nutrientes exigidos para assegurar uma boa nutrição ⁽⁷⁶⁾.

Houve nova alteração no tocante a quantida de de latas:

0 -: 3 meses -: 5 latas
4 -: 7 meses -: 4 latas
8 -: 12 meses -: 3 latas

Nesta circular foi reforçada a necessidade, entre os requisitos, de se confirmar a ausência do Leite Ma terno.

Com relação a produção e latas de leite distribuídas para este período, encontraram-se alguns dados ⁽⁴⁸⁾:

ANOS	Consulta médica de Pediatría(0-14 anos)	Latas de leite distribuídas
1970	-	-
1971	2.964.036	3.485.490
1972	3.050.595	4.371.480
1973	3.474.469	3.971.254
1974	-	-
Total:	9.489.100	11.828.224

3.1.3 - Período de 1975 a 1977. Política de Governo,

sistematização, e implantação da atividade de Nutrição - Suplementação Alimentar na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Em 1975 em cumprimento a estratégia de governo no considerou-se Saúde e Saneamento, áreas de intervenção absolutamente prioritárias face à contínua queda dos níveis de saúde da população.

Uma das estratégias de governo ⁽⁶²⁾ para a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o quadriênio (75 a 78) foi a adoção da elaboração e execução prioritária de um programa contínuo de suplementação alimentar à gestante, nutriz e pré-escolar.

Este programa foi desenvolvido sob a coordenação da Secretaria de Economia e Planejamento com a participação das Secretarias de Educação, Promoção Social, Agricultura e Saúde.

A Secretaria da Saúde foi incumbida dos estudos e implantação do Programa de suplementação alimentar à gestantes, nutrizes e ampliação de Programa dessa natureza, destinado a crianças até 18 meses de vida.

Tendo por base os princípios e objetivos contidos na Reforma da Secretaria da Saúde ⁽⁶³⁾ destacando-se os de centralização normativa, de descentralização executiva e o de integração de atividades, em 1976 o Programa integral de atendimento à gestante, à nutriz, ao lactente (crianças de 0 - 12 meses) e pré-escolar (crianças de 1 a 7 anos) passou a ser resultante de um trabalho intersectorial no sentido de dinamização, reforço e ampliação de atividades regulares de atendimento na área materno-infantil.

Para a Secretaria da Saúde, a Coordenadoria de Saúde da Comunidade ⁽⁷⁴⁾ sistematizou em função dos grupos vulneráveis, criança, gestante e nutriz, dois programas básicos: Programa de Assistência à Criança (P.A.C.) ⁽⁷¹⁾ e Programa de Assistência à Gestante (P.A.G.) ⁽⁷²⁾.

Tendo em vista que a prestação de serviços em Saúde Pública ⁽²²⁾ à população materna e da criança tem

a maior importância, devendo receber um enfoque especial em termos nutricionais, estabeleceu-se, já por política de governo, a atividade de nutrição nestes dois programas.

Em se falando de atividades de nutrição, compondo programas de saúde, como já foi anteriormente abordado, mas compondo principalmente programas materno-infantis, são extremamente carentes as experiências a respeito, pois em última análise o rendimento, instrumento e a própria eficácia da atividade de nutrição estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento das ações do Programa Materno-Infantil (45).

Assim a execução e avaliação das atividades de rotina previstas no Programa- Materno-Infantil, se de fato desempenhadas, permitem o adequado desenvolvimento das atividades de Nutrição.

Para o Programa Materno-Infantil, foram previstos cronogramas de atendimento, de rotina, de forma precoce, periódica e contínua (42,71,72) variáveis segundo o grupo vulnerável, a faixa etária, o mês de gestação e os riscos de adoecer, tanto para exames de saúde e ações de proteção específica como para acompanhamento da evolução da doença. Também, foram previstos atendimentos eventuais (71,72) por intermédio do atendimento da demanda de indivíduos já manifestamente doentes, ou em estado de doença manifesta. Basicamente, centrado no diagnóstico e tratamento, sendo que seriam tanto mais eficientes quanto mais precocemente estabelecidos.

" A prestação de serviços passou a ser previamente programada e os Centros de Saúde reorganizados técnico-administrativamente para tal" (57).

Levando-se em conta as necessidades, a localização e o grau de complexidade dos recursos disponíveis foram, ainda, estabelecidas, conceituadas e definidas as

demais atividades necessárias à operacionalização dos Programas de Saúde para a Coordenadoria de Saúde da Comunidade (C.S.C.).

Para os Programas de Assistência à Criança e à Gestante foram previstas a execução de "atividades", que seriam um conjunto de ações a serem realizadas em sucessão cronológica para atingir os objetivos ⁽⁷⁴⁾. Entre estas atividades, pode-se citar a consulta médica, a consulta odontológica, a vacinação e como atividade de nutrição foi caracterizada a S.A. passando-se a denominá-la nos Programas:

Atividade de Suplementação Alimentar.... "Não devendo ser considerada atividade isolada, apresenta, porém, características especiais que obrigam a sua identificação e sistematização... será executada em toda pós-consulta e atendimento de enfermagem de rotina" ⁽⁷⁴⁾.

Para a sistematização e implantação da Suplementação Alimentar foi necessário compor um diagnóstico dos aspectos técnico-administrativos mais relevantes.

3.1.3.1. Sistematização da Suplementação Alimentar no P.A.C.

Para a sistematização e implantação da Suplementação Alimentar no Programa de Assistência à Criança tornou-se necessário compor, como já foi dito, um diagnóstico, em 1976, com relação aos aspectos - técnico-administrativos adotados até então, tais como:

- Inexistência de política sistematizada de intervenção nutricional às crianças de 0 - 12 meses, na CSC.
- A distribuição de leite nem sempre vinculada às ações do Programa Materno-Infantil.
- Inexistência de padronização em termos de orientação em nutrição para o 1º ano de vida, sendo que cada C.S. adotava um tipo de orientação.

- Constatação de diferentes tipos de tabelas de peso e altura para crianças nos CS(s), ou em alguns locais até mesmo a inexistência de parâmetros para avaliação.
- Distribuições orçamentárias às Divisões Regionais de Saúde(DRSs) , nem sempre atendendo as necessidades reais dos CS(s).
- A aquisição de leite era procedida, por concorrência pública, através da Comissão Central de Compras do Estado (CCCE), para cada Regional. Esta sistemática por vezes ocasionava falta de leite por inexistência de cotação da CCCE às Regionais mais distantes, e/ou morosidade no processamento, devido aos entraves burocráticos. Desde o início do processo até o recebimento do leite pelo CS. havia uma demora de 4 a 5 meses.
- Inexistência de um mecanismo à nível central que obtivesse informações periódicas e efetivas sobre as compras à nível regional.
- A aquisição, pelas Divisões, de diferentes tipos de leite, ocasionava, quase sempre vencimento do leite, sendo que em 1976 detectou-se grande quantidade de leite tipo "modificado" com prazo de validade vendido nos CS(s).
- Inexistência de instrumentos que quantificassem por unidade de local: consumo de leite, remanejamentos e posição física dos estoques com definição de periodicidade de recebimento, faixa etária dos beneficiários, bem como instrumentos para quantificar metas, objetivos e indicadores para avaliação da Suplementação Alimentar com leite em pó.
- Elaboração pelas Regionais da distribuição de leite aos CS(s) através de grades fixas, de acordo com um "número fixo" de crianças a serem matriculadas no chamado "lactário" do C.S.

- Cada Regional adotava diferente critério para quantificar o nº de latas a ser distribuído aos beneficiários, variando de 2 a 8 latas, por mes, por criança e por Regional.
- Exigência de documentos da criança tais como: certidão de nascimento original para ser carimbada no lactário ou documentos comprobatórios de rendimentos e endereço.
- Existência de diferentes critérios sócio-econômicos pelos CS(s) para triagem das crianças a serem beneficiadas com leite em pó.
- Carência de Nutricionistas-Inspetores na maioria das Regionais do estado, como também, nos demais níveis, distrital e local, com conseqüente prejuízo do processo de planejamento, execução e avaliação das atividades de nutrição, principalmente da Suplementação Alimentar.

Assim, definiu-se na C.S.C. uma política sistematizada de intervenção nutricional às crianças em função do diagnóstico e do retrospecto destes aspectos técnico-administrativos. Foram definidos os objetivos da S.A. no P.A.C. ⁽⁵⁹⁾ :
 "Promover a S.A. aos lactentes (após o desmame) como uma das medidas para a melhoria do estado nutricional deste grupo vulnerável" e "Promover e incentivar a prática do aleitamento natural e a S.A. às nutrizes para a melhoria do estado nutricional".

Também foram definidas as "Instruções sobre Suplementação Alimentar às Crianças" ⁽⁶⁷⁾, bem como todos os critérios referentes: à inscrição, indicação, duração, controle e avaliação, requisitos necessários, agendamento e registro, fornecimento e orientação e quantidade a ser distribuída. (ANEXO I)

Foram elaboradas instruções e tomadas algumas medidas com relação a cada um dos pontos de estrangulamento apontados no retrospecto, tais como:

- Roteiro Alimentar Infantil padronizado para o 1º ano de vida⁽⁷⁵⁾.

Não se contrapondo às escolas pediátricas pois foi elaborado por uma equipe multiprofissional e multi setorial, este Roteiro teve a finalidade de uniformizar condutas e informações a serem transmitidas às mães nos CS(s), sobre ~~aleitamento~~ aleitamento materno; introdução de novos alimentos, finalidade e forma de preparo da mamadeira: diluição e cuidados de higiene.

Através do Roteiro Alimentar aboliram-se os diferentes tipos de leite e padronizou-se um único tipo de leite a ser distribuído às crianças - leite em pó tipo integral, com orientação específica, para diluição, de acordo com a faixa etária da criança.

- Material de Consulta para pessoal auxiliar⁽⁷⁰⁾.

Este "Material" foi elaborado baseando-se no Roteiro Alimentar Infantil para utilização pelo pessoal auxiliar com os esclarecimentos, para orientação à mãe em pós consulta e/ou atendimento de enfermagem, o mais detalhadamente possível.

- Volantes sobre Nutrição

Com base no "Roteiro Alimentar" foram preparados volantes explicativos a serem fornecidos às mães após a consulta médica ou atendimento de enfermagem. Foram os seguintes: Aleitamento Materno, Alimentação da Criança de 0 a 4 meses, de 4 - 8 meses e de 8 a 12 meses e Preparo da Mamadeira.

- Padronização das tabelas de peso e altura adotando-se as de MARCONDES⁽⁴¹⁾.

Foram reproduzidas as tabelas para ambos os sexos com instruções sobre sua utilização e fixação nos locais necessários nos CS(r).

As tabelas foram reproduzidas ⁽⁷⁹⁾ para os sexos masculino e feminino, para todos os CS(s) como um instrumento de avaliação.

Foram dadas instruções e locais de fixação, sendo que as medidas deveriam ser tiradas e anotadas corretamente pelo pessoal auxiliar no Prontuário da Criança, de acordo com um Manual de Antropometria ⁽⁶⁹⁾ elaborado pela Supervisoría de Nutrição com a finalidade de padronização da técnica e anotação correta da medida efetuada. Na época cogitou-se sobre a introdução das curvas pondo-estaturais, mas devido ao grande volume de novas ações e rotinas a serem desenvolvidas pelo pessoal auxiliar com a implantação dos Programas, optou-se numa primeira fase somente pela adoção das tabelas.

- Introdução dos Boletins de Consumo dos Suplementos Alimentares, para os diferentes níveis, com a finalidade de fornecer a posição física dos estoques: (S.A. recebidos, remanejados, inutilizados, consumidos). Estes boletins eram preenchidos mensalmente pelos C.S.(s), consolidados à nível dos D.S.(s) e encaminhados às DRS(s), que os encaminhava à nível central, para a Supervisoría de Nutrição, onde eram consolidados para posicionamento dos dados para o estado como um todo.

A partir de 1979 foi implantado o Sistema Informativo de Materiais e Medicamentos (SIMM) onde se introduziram os suplementos- Leite e Gestal - para controle integrado dos materiais de consumo da CSC. Este controle passou a ser computadorizado a nível central, e os dados após consolidação encaminhados aos diferentes níveis.

- Introdução dos Boletins de Produção nos CS(s), sendo que com estes dois boletins, tornou-se possível quantificar e avaliar mais eficazmente a S.A., pareando os estoques de todas as Divisões, como também propondo remanejamentos necessários.

Também foram propostos indicadores que trimestralmente e por DRS, pudessem refletir a situação da S.A. no Programa. Foram os seguintes:

INDICADORES

Nº de crianças menores de 1 ano inscritas no período

População estimada de crianças menores de 1 ano

Nº de Consultas Médicas de Rotina à crianças menores de 1 ano

Nº de crianças menores de 1 ano inscritas no período

Nº de Consultas Médicas Eventuais a crianças menores de 1 ano

Nº total de crianças menores de 1 ano x100

Nº de atendimentos de rotina a crianças menores de 1 ano

Nº de crianças menores de 1 ano inscritas no período

Nº de crianças menores de 1a. + Nº de nutrízes que inic. S.A. x100

Nº de crianças menores de 1 ano inscritas no período

- Elaboração dos "Orçamentos Programas" de forma orientada tendo em vista a necessária racionalização e distribuição uniforme dos recursos para todas as Regionais. Uma adequada execução orçamentária pelas DRS(s) e um acompanhamento desta execução.

- Aquisição:

Tendo em vista as dificuldades operacionais de compra de leite pela CCCE optou-se pela centralização da compra à nível do Gabinete do Secretário, com os objetivos de: agilizar o processo e evitar interrupção no fornecimento de leite às Divisões Regionais.

O início do processo de aquisição passou a ser realizado por "carta convite" às indústrias fornecedoras, vigorando o preço do Conselho Interministerial de Preços

(Preço CIP), mas a operacionalização do processo continuou como atribuição da CSC.

- Sistemática de Aquisição, Controle e distribuição dos Suplementos Alimentares ⁽⁷⁸⁾ definindo no âmbito da CSC, em nível central e das unidades de despesa, os procedimentos técnico-administrativos necessários, bem como dando atribuições às áreas técnicas e administrativas para o cumprimento efetivo da sistemática proposta.

Coube à Supervisoria de Nutrição à nível central participar em aspectos referentes a aquisição dos suplementos, análise dos dados e distribuição dos S.A. às unidades de despesas, através dos cronogramas de distribuição.

As regionais, através de seus Nutricionistas-Inspetores, conhecendo com antecedência a quantidade e a periodicidade dos S.A. a serem recebidos, tiveram condições de melhor avaliar a atividade de S.A. e programar suas distribuições aos CS(s), **de forma mais eficiente, diminuindo a demanda reprimida existente**.

- O nº de 4 latas / criança / mês foi fixado levando-se em conta os recursos orçamentários de 1976 e a política de governo de ampliação da cobertura. Esta padronização foi para todos os CS(s) do Estado e em termos de necessidades nutricionais as 4 latas (de 500g) preenchiam em torno de 50% das necessidades nutricionais da criança.

- Foram abolidas as exigências de apresentação de documentos e os critérios sociais e econômicos, com a justificativa de que fôsem evitadas maiores injustiças sociais.

A orientação no tocante à indicação ficou assim expressa "toda criança inscrita no P.A.C. terá direito a receber S.A." ⁽⁶⁷⁾.

- O S.A. passou a ser distribuído após a Consulta Médica ou Atendimento de Enfermagem, juntamente com os medicamentos na farmácia do C.S., e desta forma foi abolido o "Lactário".

- O Departamento da Grande São Paulo e todas as suas regionais foram lotados com Nutricionistas - Inspetores, sendo que no Interior ainda havia uma grande deficiência deste profissional.

3.1.3.2. Sistematização da Suplementação Alimentar no P.A.G.

Para sistematização e implantação em 1977 da atividade de S.A. no P.A.G. e da atividade de Suplementação Alimentar à nutriz foram definidos os objetivos aos grupos- gestantes e nutrizas:

"Promover a S.A. como uma das medidas para a melhoria do estado nutricional da gestante e redução do percentual de recém-nascidos de baixo peso" (57)

O objetivo da S.A. à nutriz era o de "Promover e incentivar a prática do aleitamento natural e a S.A. às nutrizas, para a melhoria do estado nutricional" (57).

Para a sistematização e implantação da S.A. às gestantes e nutrizas foram estabelecidos, assim como para às crianças, alguns aspectos técnicos-administrativos, tais como:

- Escolha do Suplemento:

Técnicos da Secretaria da Saúde em colaboração com um grupo de técnicos consultores definiram as características do produto base e analisaram os seguintes aspectos: valor nutritivo, aceitação popular, facilidade de preparação culinária, conservação e custo. De acordo com estas definições solicitou-se ao Instituto Tecnológico de Alimentos Campinas-São Paulo- (ITAL), que formulasse o produto. (59)

Define-se, portanto, este produto idealizado por solicitação da Secretaria ao ITAL, denominado GESTAL, como um suplemento alimentar calórico, pulveréreo, adocicado, de fácil preparo e dissolução em água fria (57). Destina-se, especificamente, à mulher que amamenta e àquela que está esperando bebê, tendo por finalidade suplementar a dieta habitual e não substituir parcial ou totalmente uma refeição, e principalmente, evitar a diluição intra-familiar.

-Teste de Aceitação.

Em 1976 foi testado na rede, por um grupo de Nutricionistas, em caráter experimental, em gestantes, um produto com características similares à do Gestal, onde se avaliou a aceitabilidade, sabores preferidos, subsidiando com os resultados a decisão sobre a implantação de um produto daquela natureza (65).

-Composição do Gestal.

Na composição inicial do Gestal havia 50 gramas (g) de açúcar e 5 g de amido modificado o que lhe conferia um sabor bastante adocicado. Solicitou-se ao ITAL redução no teor de açúcar sem alteração do valor calórico total do suplemento, pois para cada 100g de Gestal deveria haver um fornecimento médio de 370 calorias (cal) e 10g de proteína diária, chegou-se a formulação atual:

COMPOSIÇÃO CENTESIMAL ATUAL DO GESTAL

<u>Ingredientes</u>	<u>Gramas</u>	<u>Cal.</u>	<u>Proteína</u>	<u>Hidrato de Carbono</u>	<u>Gordura</u>
açúcar	35	140	zero	3.4	zero
farinha milho pregelada linizada	25	88	2.5	17.9	2.5
concentrado proteico de soja	5	17	2.2	1.9	2.2
amido modificado(malto dextrina)	20	72	10.0	79.5	1.0
leite desnatado	15	53	5.3	7.4	5.3
TOTAL	100	370	10.0	110.1	11.0

Inicialmente, o Gestal foi produzido em cinco sabores: natural, baunilha, caramelo, côco e morango, sendo retirados posteriormente os sabores natural e baunilha. O 1º pela pouca aceitabilidade e o 2º pela semelhança com o sabor caramelo.

Atualmente, portanto, produzido em 3 sabores: côco, morango e caramelo .

- Instruções sobre a Suplementação Alimentar às Gestantes (ANEXO 2) e às Nutrizes (ANEXO 3).

Nestes ANEXOS encontram-se as instruções aos Centros de Saúde, no tocante à inscrição, indicação, duração, controle e avaliação, requisitos necessários, agendamento e registro, fornecimento e orientação, quantidade a ser distribuída.

Todos os Centros de Saúde foram preparados para o recebimento do Gestal, e orientados sobre as instruções (67).

A nutriz, definida como grupo a ser beneficiado, teve em suas instruções a seguinte colocação:

"Toda mãe que tiver seu filho inscrito no Programa de Assistência à criança e estiver aleitando-o ao seio, terá direito de receber suplementação alimentar Gestal" e como incentivo ao Aleitamento Natural a seguinte instrução: " Criança cuja mãe estava recebendo Gestal, deverá receber leite durante 12 meses, a partir do 1º mês em que a nutriz parar de amamentar " (67).

- Volantes sobre o Gestal: contendo orientação sobre a finalidade, modo de preparo, periodicidade, para distribuição às gestantes e nutrizes em pós-consulta e/ou atendimento de enfermagem.

"Sistemática de Aquisição, Controle e distribuição dos S.A." (78).

Foi instituída para o Gestal, assim como para o leite, definindo procedimentos e dando atribuições às áreas técnico-administrativa dos diferentes níveis da CSC.

Aquisição é realizada através de "Concorrência Pública" pela C.C.C.E. O edital de concorrência é publicado em Diário Oficial do Estado, trazendo as especificações sobre a formulação, matérias primas, padrões microbiológicos exigidos e características de embalagem.

Para a seleção da indústria vencedora da Concorrência existem alguns critérios tais como: supervisão de equipe técnico-administrativa da Secretaria da Saúde para inspeção das instalações, aparelhamentos e condições gerais da fábrica para a produção do Gestal.

Considerando-se as condições da indústria e o preço oferecido, a C.C.C.E. seleciona a firma vencedora da concorrência.

Para a liberação do produto, a Secretaria da Saúde, colocou como órgão controlador da qualidade do Gestal o Instituto Tecnológico de Alimentos (ITAL) por se tratar de um produto específico às gestantes e nutrízes. O ITAL, realiza o controle de qualidade, realizando uma visita à fábrica, seleciona aleatoriamente uma amostra e em seus laboratórios procede a análise, expedindo ao final o laudo técnico com o seu parecer.

A indústria vencedora da 1ª concorrência pública propôs-se, sem ônus a S.S. e a título de colaboração a elaborar o cartaz do Gestal a ser fixado em todos os CS(s) para uma maior motivação da população beneficiária. A figura da mãe com a criança do cartaz produzido pela indústria foi utilizada para a parte frontal da embalagem do Ges

tal, com a mensagem de que era um produto específico para a mulher grávida e à mulher que amamentava seu filho. Na parte posterior da embalagem vinham as instruções do preparo do Gestal.

- Controle:

O controle inicial dos estoques por C.S. foi feito a nível central, com encaminhamento direto à este nível dos boletins de nível local. Inicialmente este controle era necessário para se poder estabelecer as quantidades a serem adquiridas em função dos consumos e estoques observados nos CS(s). Gradativamente o controle retornou aos níveis competentes seguindo o fluxo normal para os boletins de estoque de S.A.

- Cronograma de Distribuição:

Assim como para o leite, houve participação da Supervisoria de Nutrição - Nível Central - nos aspectos referentes a compra, análise dos dados e distribuição do Gestal às unidades de despesa (78).

As regionais também, com a participação das Inspetorias de Nutrição, passaram a controlar mais adequada mente a distribuição do Suplemento, evitando através deste controle a eventual falta do Gestal ou o vencimento do produto (78).

- Boletins de Produção e Estoque dos S.A.

Com a introdução dos boletins de produção e consumo, foram propostos indicadores, que por DRS e trimestralmente eram calculados para avaliação da atividade. Eram os seguintes os indicadores:

INDICADORES

Nº de Gestantes inscritas no Período x 100
 Nº estimado de gestantes

Nº de Consultas Médicas Eventuais às Gestantes
 Nº total de Consultas Médicas à Gestantes

Nº de Atendimento de Enfermagem de Rotina às Gestantes
 Nº de Gestantes inscritas no Período

Nº de Consultas Médicas de Rotina às Gestantes
 Nº de Gestantes inscritas no período

Nº de Gestantes que iniciaram a S.A. x 100
 Nº de Gestantes inscritas no Período

O número de 6 pacotes de Gestal / Gestante/ Mês (dois de cada sabor) foi fixado levando-se em conta as necessidades calóricas suplementares à dieta da Gestante em torno de 300 cal / dia.⁽ⁱⁱ⁾ À nutriz foi fixado o número de 9 pacotes de Gestal por mes (tres de cada sabor) tendo em vista que suas necessidades estão em torno de 500 cal/dia⁽ⁱⁱⁱ⁾ em suplementação à sua dieta habitual.

- Não havia exigência de apresentação de documentos e não foram adotados critérios sociais e econômicos. A orientação quanto à indicação ficou assim expressa: (67,68)
 " Toda gestante inscrita no P.A.G., qualquer que seja o período de gestação terá direito a receber Gestal", e para nutriz: "Toda mãe que tiver seu filho inscrito no P.A.C. e estiver aleitando-o ao seio, terá direito a receber Gestal".

4. ANÁLISE

4. ANÁLISE

4.1 - ANÁLISE DA ATIVIDADE DE NUTRIÇÃO - SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR COM LEITE EM PÓ NO P.A.C. DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE S.P.-PERÍODO DE 1977 a 1981

- Cobertura de crianças menores de um ano (VIDE TABELA 1).

Para iniciar a análise da S.A. torna-se necessário conhecer o comportamento da cobertura do P.A.C. para o período estudado uma vez que este indicador, referido no item 3.1.3.1 do presente trabalho, foi adotado desde 1977. Demonstraram os dados que durante o período observado para uma população de menores de 1 ano estimada no total de 2.983.440 crianças inscreveram-se no P.A.C. 1.831.760 crianças menores de um ano.

Houve um decréscimo na proporção da população estimada de crianças menores de um ano em relação às crianças que se inscreveram no P.A.C. Em 1977 a cobertura era de 72.6% e em 1981 passou para 57.7%; portanto, 14.9% menor. Para os anos de 1978, 1979, 1980 e 1981, as coberturas foram de respectivamente: 64.5%, 63.0%, 53.3% e 57.7%.

Este nível de cobertura observado de crianças menores de um ano no P.A.C. parece elevado quando se constata que apesar do declínio ainda está se atendendo no estado de São Paulo 57.7% das crianças em 1981, ou seja mais de 50% da população, levando-se em conta a multiinstitucionalidade do setor saúde no estado. Entretanto, pode estar havendo super estimativa do índice devido a possíveis falhas de preenchimento dos boletins e subestimativa dos dados de população, que explicariam parcialmente esta expressiva cobertura.

Em relação a queda de 14.9% poder-se-ia considerar entre outras as hipóteses de:

- repressão da inscrição pelos próprios CS(s) em função dos instrumentos disponíveis.
- procura da população por outros recursos de saúde que não os CS(s).

TABELA 1: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO QUE SE INSCREVERAM NO P.A.C. DA SECRETARIA DA SAÚDE- PERÍODO DE 1977 a 1981

ANOS	População estimada de crianças menores de 1 ano	Crianças < 1 ano inscritas no PAC	Cobertura %
1977	503.587	365.634	72.6
1978	524.161	338.266	64.5
1979	537.117	338.582	63.0
1980	673.337	359.036	53.3
1981	745.238	430.152	57.7
TOTAL	2.983.440	1.831.670	61.3

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

- Cobertura de crianças de 1 a 4 anos de idade no P.A.C. (VIDE TABELA 2)

A estimativa da população foi para o período estudado de 11.563.233 crianças de 1 a 4 anos, sendo a cobertura de 7.5%, pois o total de crianças inscritas desta faixa etária foi de 873.672. A cobertura como pode ser observada, está decrescendo sendo que em 1977 era de 10.5% e em 1981 de 6.3%.

Por não estar previsto na Programação o atendimento de rotina para crianças após os 18 meses, este grupo vulnerável de 1 a 4 anos fica descoberto em termos de assistência médica de rotina, explicando-se, por este motivo, uma das causas que podem ser determinantes da baixa cobertura.

TABELA 2: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA DE CRIANÇAS DE 1 a 4 ANOS DE IDADE QUE SE INSCREVERAM NO P.A.C PERÍODO DE 1977 a 1981

ANOS	População estimada de crianças de 1 a 4 anos	Crianças 1 a 4 anos inscritas no PAC	Cobertura %
1977	2.197.824	230.869	10.5
1978	2.269.652	196.353	8.6
1979	2.344.258	157.026	6.6
1980	2.421.747	141.348	5.8
1981	2.329.752	148.076	6.3
TOTAL	11.563.233	873.672	7.5

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

- Cobertura de Nutrizes. (VIDE TABELAS 3 e 4)

Ao se supor que toda criança inscrita no PAC deveria estar recebendo leite materno e a mãe o suplemento alimentar Gestal, têm-se uma meta estipulada em 100% para as nutrizes, ou seja toda mãe de criança inscrita deveria ser "uma nutriz iniciada na S.A.". O que se observou (Tabela 3) foi que no total do período 1.831.670 crianças menores de 1 ano se inscreveram e 366.944 nutrizes iniciaram a S.A. ou seja, somente 20.0% de crianças estavam em aleitamento materno, e para os anos de 1977, 1978, 1979, 1980 e 1981 as coberturas foram de respectivamente 25.6%, 20.8%, 18.9%, 19.1% e 16.2%.

Estes dados merecem a análise tendo em vista dois aspectos:

- revelam um baixo nível de cobertura de nutrizes que iniciam a Suplementação Alimentar, ao se considerar que por hipótese os 25.6% observados em 1977, revelassem o nível de mães que seriam nutrizes.

- tendência decrescente - Esta situação revelaria aspectos mais graves se a tendência ao declínio observada estiver demonstrando uma diminuição real na prática do Aleitamento Materno. Entretanto, é possível que estes números estejam influenciados pelo grupo de nutrizes que não aceitam o Gestal ou negam a sua condição de nutriz, apesar de o ser, a fim de poder receber o leite para seus filhos maiores.

Com a finalidade de se estimar o número provável de nutrizes que poderiam receber o Gestal em 1977, foi adotado como critério o percentual de 25% da população estimada de gestantes. Estes dados (Tabela 4) estavam super estimados pois em 1977 pensava-se atingir 163.321 nutrizes e na realidade iniciaram a S.A. 93.623 nutrizes. (Tabela 3). Ao se tomar como meta 25% das gestantes inscritas no PAC para avaliar a cobertura de nutrizes, em relação à população

estimada de nutrizes observa-se pelos percentuais a tendência ao declínio: 22.1% em 1977 para 18.9% em 1981 (Tabela 4) da mesma forma que quando se compara estes dados com a tabela 3 onde se tem para 1977 uma cobertura de 25.6% e 1981 um percentual de 16.2%.

Ambas as tabelas (3 e 4) demonstram uma queda na cobertura de nutrizes iniciadas na S.A., sugerindo um declínio na prática do aleitamento materno.

TABELA 3: PROPORÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE UM ANO INSCRITAS NO P.A.C. E NUTRIZES INICIADAS NA SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR-PERÍODO DE 1977-1981

ANOS	Crianças < 1 ano inscr. no PAC.	Nutrizes iniciadas na Suplementação Alimentar	Cobertura %
1977	365.634	93.623	25.6
1978	338.266	70.662	20.8
1979	338.582	64.150	18.9
1980	359.036	68.785	19.1
1981	430.152	69.724	16.2
TOTAL	1.831.670	366.944	20.0

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

TABELA 4: PROPORÇÃO DE NUTRIZES INICIADAS NA S.A. EM FUNÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA DE GESTANTES E DAS GESTANTES INSCRITAS NO P.A.G. - PERÍODO DE 1977 - 1981.

ANOS	População es- timada de gestantes	Gestantes inscristas no P.A.G.	Nutrizes		Cobertura %
			População estimada	Benefi- ciadas	
1977	653.285	144.811	163.321	36.202	22.1
1978	672.348	130.750	168.087	32.687	19.4
1979	693.195	124.112	173.298	31.028	17.9
1980	714.026	126.471	178.506	31.617	17.7
1981	778.483	140.570	194.620	35.142	18.0
TOTAL	3.511.337	666.714	877.832	166.678	18.9

**FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saú-
de da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

- Cobertura na Suplementação Alimentar para crianças menores de um ano (VIDE TABELAS 5 e 6)

As crianças menores de um ano iniciadas na S.A. em relação às crianças menores de um ano inscritas no P.A.C. dão como resultado a cobertura esperada para a S.A. Estipulou-se como meta programática 100% e a partir dos resultados apresentados, pode-se observar que, para o período, a cobertura foi de 69.6%, uma vez que 1.831.670 crianças se inscreveram e 1.274.851 iniciaram a suplementação. Para os anos foram obtidos os percentuais: 62.3%, 68.5%, 71.0%, 66.6% e 77.8% respectivamente, para os anos de 1977 a 1981.

Em 1980 houve um decréscimo na cobertura, mas em 1981 se elevou novamente, sendo que para o período de 1977 a 1981 o acréscimo foi de 15.5%.

Apesar dos dados indicarem esse acréscimo, ao se comparar com a cobertura de inscrição (Tabela 1) e com as iniciadas em Suplementação Alimentar (Tabela 6) constata-se na realidade um decréscimo no percentual de crianças que se inscreveram no P.A.C. e das que iniciaram a Suplementação Alimentar.

Em 1977 iniciaram em Suplementação Alimentar conforme Tabela 6, 45.2% das crianças menores de um ano e 44.9% em 1981. Para o período o percentual de cobertura foi menor que 50%, tendo-se como parâmetro a população estimada de crianças menores de um ano.

TABELA 5: PROPORÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE UM ANO INSCRITAS NO P.A.C. E QUE INICIARAM A ATIVIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR-PERÍODO 1977-1981

ANOS	Crianças < 1 ano inscritas no PAC	Crianças < 1 ano iniciadas na S.A.	Cobertura %
1977	365.634	227.986	62.3
1978	338.266	231.795	68.5
1979	338.582	240.643	71.0
1980	359.036	239.417	66.6
1981	430.152	335.010	77.8
TOTAL	1.831.670	1.274.851	69.6

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

TABELA 6: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO E CRIANÇAS QUE INICIARAM NA ATIVIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR:PERÍODO 1977-1981

ANOS	Pop.estimada crianças < 1 ano	Crianças < 1 ano iniciadas na S.A.	Cobertura %
1977	503.587	227.986	45.2
1978	524.161	231.795	44.2
1979	537.117	240.643	44.8
1980	673.337	239.417	35.5
1981	745.238	335.010	44.9
TOTAL	2.983.440	1.274.851	42.7

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

- Cobertura de crianças de 1 a 4 anos (VIDE TABELAS 7 e 8).

As crianças desta faixa etária que se inscreveram no P.A.C. totalizaram 873.672. Para o cálculo da cobertura utilizou-se o total de iniciadas para o período e se verificou-se que a cobertura para o período foi de 4.7%, tendo um pequeno acréscimo nos anos de 77 a 81 de 5.1% para 7.7%, sendo que para 78, 79, 80 as coberturas foram de respectivamente: 3.3%, 3.5%, 3.9% (Tabela 7).

A cobertura para este grupo vulnerável apresenta-se muito baixa, pois para o período de 1977 a 1981 a população estimada foi de 11.563.233 crianças e somente se inscreveram no P.A.C. 873.672 ou seja 7.5%, (Tabela 2) sendo que iniciaram a S.A. por indicação médica apenas 4.7% das crianças inscritas no P.A.C.

Esta cobertura decresce para 0.3% ao se analisar em termos de estimativa populacional (Tabela 8), com uma variação de 0.5% em 1977 para 0.4% em 1981.

Como já foi comentado na Tabela 2, por não existir o agendamento de rotina, ocasionando baixa cobertura, no P.A.C. as crianças de 1 a 4 anos que iniciam a S.A., provavelmente são as desnutridas que permanecem recebendo S.A. por indicação médica, até os 4 anos de idade.

A instrução de que após o aleitamento materno, a mãe que parasse de amamentar, receberia o leite por 12 meses, parece não estar sendo cumprida. A cobertura para este grupo etário permanece baixa e pouco significativa em termos de S.A.

As crianças até os 12 meses de certa forma, (Tabela 5) estão comparecendo ao C.S. para receber o atendimento de saúde (61.3%) e a S.A. (69.6%) enquanto que para o mesmo período têm-se a faixa de 1 a 4 anos totalmente descoberta.

Ao se associar as altas mortalidades no grupo de 1 a 4 anos de idade com a desnutrição presente como causa básica ou associada em 47.9% dos óbitos (39) questiona-se a baixa cobertura apresentada.

O controle em termos de saúde, o acompanhamento e a avaliação da evolução do estado nutricional deste grupo etário não vem sendo realizado de rotina no C.S., daí não se ter dados que possam quantificar os desnutridos por faixa etária e por graus de desnutrição, mesmo por que supõe-se que este percentual de 4.7% represente o grupo das crianças desnutridas, sabendo-se no entretanto, que este percentual deve ser muito mais elevado.

TABELA 7: PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 1 a 4 ANOS INSCRITAS NO P.A.C. E QUE INICIARAM A ATIVIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR-PERÍODO DE 1977 a 1981

ANOS	Crianças de 1 a 4 anos inscritas no P.A.C.	Crianças de 1 a 4 anos iniciadas na S.A.	Cobertura %
1977	230.869	11.824	5.1
1978	196.353	6.652	3.3
1979	157.026	5.593	3.5
1980	141.348	5.598	3.9
1981	148.076	11.516	7.7
TOTAL	873.672	41.183	4.7

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

TABELA 8: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA DE CRIANÇAS DE 1 a 4 ANOS E CRIANÇAS QUE INICIARAM A ATIVIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR-PERÍODO 1977-1981

ANOS	População estimada de crianças de 1 a 4 anos	Crianças iniciadas na S.A.	Cobertura %
1977	2.197.824	11.824	0.5
1978	2.269.652	6.652	0.2
1979	2.344.258	5.593	0.2
1980	2.421.747	5.598	0.2
1981	2.329.752	11.516	0.4
TOTAL	11.563.233	41.183	0.3

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Com relação as atividades do P.A.C., a Suplementação como atividade, está vinculada ao cumprimento de determinadas ações tais como: (Vide Anexo 1)

indicação médica: Na falta ou ausência do leite materno a indicação do S.A. fica a critério médico, durante a 1ª consulta da criança (67).

Pesquisa realizada em 62 CS(s) da Grande São Paulo, com levantamento de 6.187 prontuários de crianças menores de 1 ano observou-se que: ⁽⁵⁸⁾ 82.6% dos prontuários apresentavam indicação médica para início da S.A. e em 17.4% não houve indicação, sendo que neste percentual podem estar incluídas as crianças em aleitamento materno e as que não estão recebendo S.A.

cronograma de atendimento: Observou-se que em 72.1% dos Prontuários o cronograma não vem sendo obedecido, ou seja C.M.no 1º, 4º, 8º, e 12º mês de vida e nos demais meses A.E.R. Na maioria dos CS(s) devido a grande demanda de crianças e falta de médico há um maior número de atendimentos de enfermagem. Outro fator que pode explicar o não cumprimento do cronograma, se refere ao fato de que as C.M. Eventuais estão sendo prioritárias às de rotina, devido à falta de pessoal médico, sendo que a grande demanda de crianças agendadas para Consulta Médica de Rotina passam apenas pelo Atendimento de Enfermagem. ⁽⁵⁸⁾

- Atendimentos de Rotina: Consulta Médica de Rotina (CMR) e Atendimento de Enfermagem de Rotina(AER) às crianças menores de um ano atendidas na S.A. (VIDE TABELA 9).

As crianças menores de 1 ano receberam de 1977 a 1981 um total de 11.343.909 atendimentos de rotina e 9.318.266 atendimentos em S.A., representando 82.1% em relação aos atendimentos de rotina.

Para os anos de 1977, 1978, 1980 e 1981 foram observados os seguintes percentuais: 85.9%, 83.0%, 82.0%, 72.3%, 86.9%, sendo que de 1977 para 1981 houve um acréscimo insignificante de 1% e no ano de 1980 um decréscimo

mais acentuado.

As instruções sobre S.A. prevêm que para cada criança atendida com S.A. haja um atendimento de rotina, conforme o cronograma de atendimento e a faixa etária, ou seja a proporção encontrada sugere que esteja existindo distribuição de S.A. sem o atendimento de rotina necessário conforme preconizado no P.A.C.:

C.M.R.: - 12, 42, 82 e 122 mês de vida e intercalados às consultas médicas nos meses intermediários os
A.E.R.: - 22, 32, 52, 72, 92, 102 e 112 mês de vida.

**TABELA 9: PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO ATENDIDAS EM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ATENDIMENTOS DE ROTINA(CMR + AER)
PERÍODO DE 1977 a 1981.**

ANOS	CMR + AER menor de 1 ano	Atendidas na S.A.	Proporção %
1977	1.755.906	1.509.890	85.9
1978	2.231.316	1.853.958	83.0
1979	2.278.046	1.868.339	82.0
1980	2.249.766	1.626.605	72.3
1981	2.828.875	2.459.474	86.9
TOTAL	11.343.909	9.318.266	82.1

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Ainda, com relação as atividades do P.A.C., além da indicação médica e do cronograma de atendimento, foram observados outros aspectos:

tomada dos dados Pondo-Estatutais:

registro mensal de peso: de acordo com o P.A.C., toda vez que a criança comparecer para o atendimento de rotina e para o recebimento do suplemento, ela deverá obrigatoriamente ser pesada, e o seu peso anotado no prontuário, para evolução ponderal. Entretanto, devido às condições físicas dos prédios, em alguns CS(s) não se pode efetuar a pesagem. Em outros a carência de pessoal, a falta de treinamento para a compreensão da importância desta avaliação e à elevada demanda de crianças esta ação também não é realizada.

Dos 6.187 prontuários em 87.9% havia a anotação do peso e em 12.1% não havia qualquer referência (58).

registro mensal de altura: esta ação também é obrigatória, pois somente uma medida não é suficiente para a avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança. Apenas 53.9% dos prontuários continham anotações sobre a altura, e este fato se explica pela falta de recursos humanos, falta de recursos materiais, precárias condições das salas de tomada destes dados e falta de conscientização do pessoal para a importância e necessidade da medida. (58)

esquema de vacinação: para que a criança receba o S.A. há obrigatoriedade do cumprimento do esquema de vacinação, verificado através da caderneta de vacinação.

Nos prontuários das crianças esta anotação de vacinação nem sempre é realizada. Em 44% havia a notação do cumprimento, em 10,3% havia anotação de não cumprimento e em 54.7% dos prontuários observados não havia nenhuma referência (58).

Para se verificar o cumprimento da S.A. com relação às vacinas obrigatórias no 1º ano de vida, observou-se as coberturas vacinais e a cobertura na S.A. para as crianças menores de um ano inscritas no P.A.C. (VIDE TABELA 10).

TABELA 10: COBERTURA NA S.A. E COBERTURA VACINAL PARA CRIANÇAS MENORES DE UM ANO
-PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	COBERTURA % crianças < 1 ano	COBERTURA VACINAL < 1 ANO %			
		Tríplice Sabin	Sarampo	BCG-ID	
1977	62,3	73	85	77	20
1978	68,5	84	99	80	70
1979	71,0	87	101	87	95
1980	66,6	95	134	104	106
1981	77,8	52*	42*	56*	60*

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

(*) Dados referentes, somente, até o mês de julho de 1981.

Em função da tabela 10 onde se compara cobertura das vacinas obrigatórias no 1º ano de vida com cobertura em S.A. aos menores de 1 ano nos anos de 1977 a 1981, pode-se verificar que as coberturas vacinais estão bem mais altas que a cobertura de S.A. exceção feita a 77 com relação a BCG - intradérmico, que estava sendo introduzido na vacinação de rotina.

Com relação à tríplice a cobertura para os anos de 1977 a 1980, foi crescente tendo variado de 73% a 95%.

A cobertura vacinal para sarampo também foi crescente nestes anos sendo de 77% em 1977 e 104% em 1980.

A vacina Sabin obteve cobertura de 85% em 1977 e 134% em 1980, e o BCG-ID tinha uma cobertura de 20% em 1977 e evoluiu para 106% em 1980. As altas coberturas vacinais permitem sugerir que as crianças menores de 1 ano estão recebendo vacinas e desta forma cumprindo a obrigatoriedade com relação a S.A. Em trabalho com pré-escolares matriculados no P.N.S. em São Paulo (30) observou-se que houve aumento nos índices de vacinação nos Postos de Puericultura onde os pré-escolares recebiam Suplementação Alimentar.

Roteiro Alimentar Infantil, Material Auxiliar e Volantes

Dos Prontuários levantados em 63% havia registro sobre orientações dadas às mães e em 37% não se encontrou qualquer anotação (58).

Muitas vezes as orientações são efetuadas e não anotadas. Em outras, há apenas a simples distribuição dos volantes sem nenhuma orientação. Há casos, ainda, em que nem há orientação nem distribuição de volantes. O Material Auxiliar parece não estar sendo muito utilizado, tendo em vista a finalidade ao que mesmo se propôs, ou seja auxiliar na pós consulta ou A.E. a equipe de saúde em orientações às mães.

Idade do Desmame:

Este dado com relação ao desmame é totalmente desconhecido nos Centros de Saúde, sendo quase impossível quantificar as causas do desmame e por qual período a criança recebeu o leite materno, sendo que já se ressaltou anteriormente estar havendo um declínio na amamentação e que 50% das mulheres no município de São Paulo desmamam seus filhos no 1º mês. (83)

Com relação à anotação no Prontuário sobre idade do desmame (58), em 42.2% não havia o registro do dado e nos 57.8% dos restantes, divididos nas faixas etárias ou seja 26.3% foram desmamados até o 1º mês de vida, 21.5% de 1 a 4 meses de idade, 9.6% amamentadas por 4 meses e mais e 0.4% nunca havia amamentado. (58)

Ao se comparar estes dados com as nutrízes iniciadas em S.A. (Tabela 3) observa-se que 47.8% das mulheres amamentou até 4 meses de idade, fora os prontuários que não tem o registro, o passo que a cobertura em S.A. para nutrízes é de somente 20% para o período observado;

As afirmações de que a distribuição altamente facilitada do leite em pó nos CS(s) é uma das causas estimulantes do desmame precoce (81) e que "não é possível trabalhar bem como os pacientes do C.S., sendo difícil mudar rotinas já estabelecidas que favorecem o aleitamento artificial tal como entrega de leite em pó" (23) merecem algumas considerações:

Devido a problemas econômicos e sociais a maioria das mães nega que está amamentando seu filho, à fim de receber o leite em pó, o qual na realidade é destinado aos filhos de idade pré-escolar, faixa etária pouco assistida pelos órgãos competentes. Entre as várias causas do desmame, a S.A. realizada nos CS(s), deve ser analisada conjuntamente a outras causas:

- a atual condição de vida da mulher
- trabalho dentro e fora da casa
- condições sociais e econômicas
- "stress" emocional
- frequência ao pré-natal
- orientação às mães no Pré-natal, motivando-as para a necessidade do leite materno à criança.
- prescrição do leite artificial pelo médico sem procurar saber as razões pelas quais a mãe está solicitando leite, e desinteresse de sua parte em motivá-la para continuar amamentando seu filho.

A ausência de registro com relação ao desmame se deve às diversas falhas já apontadas: insuficiência de pessoal e falta de treinamento para a importância da coleta do dado.

Embora o P.A.C. normatize que a criança receba leite em pó durante um ano após o desmame, a falta do suplemento, algumas irregularidades de abastecimento das Unidades e principalmente o descrédito dos funcionários dos CS(s) e mães quanto à garantia e efetividade do cumprimento desta medida fazem com que essa norma não seja cumprida na quase totalidade dos CS(s).

Sabe-se que "a desnutrição materna não interfere no tempo mediano e na duração do aleitamento natural, e portanto, não seria esta a variável explicativa para a ocorrência do desmame precoce" (90).

O S.A. destinado às nutrízes, que visa suplementar o déficit calórico, parece estar interferindo pouco no problema.

- Crianças menores de 1 ano, de 1 a 4 anos, e nutrízes atendidas em Suplementação Alimentar. (VIDE TABELA 11).

Foram atendidas em S.A. para o período em questão 9.318.266 crianças menores de 1 ano, 1.289.743 crianças de 1 a 4 anos e 909.825 nutrízes. Para as crianças menores de um ano a variação foi de 1.509.890 para 2.459.474 atendimentos ou seja,

61% maior. Talvez haja uma superestimação dos números, provavelmente, devido a não limpeza dos fichários, com a manutenção das anotações de crianças já desligadas da S.A. O mesmo ocorre com o grupo etário de 1 a 4 anos cujo percentual de aumento foi de 39.8%, isto é, de 145.858 crianças em 1977 e 365.848 em 1981.

Para o grupo das nutrizes já as mesmas hipóteses não podem ser consideradas, uma vez que em 1977 iniciaram 220.547 nutrizes e em 1981 passaram a 152.233, decrescendo em 31%, mas demonstrando, nitidamente, a tendência à diminuição no número de atendidas em S.A.

TABELA 11: CRIANÇAS MENORES DE UM ANO, DE 1 A 4 ANOS E NUTRIZES ATENDIDAS EM S.A. PARA O PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	ATENDIDAS EM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR		
	Crianças < 1 ano	Crianças de 1 a 4 anos	Nutrizes
1977	1.509.890	145.858	220.547
1978	1.853.958	263.956	207.404
1979	1.868.339	274.722	160.629
1980	1.626.605	239.359	169.012
1981	2.459.474	365.848	152.233
TOTAL	9.318.266	1.289.743	909.825

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde.

- Proporção de crianças menores de um ano (VI DE TABELA 12) iniciadas na S.A. e as nutrizes que iniciaram a S.A. em relação ao número de crianças menores de um ano inscritas no PAC, é outro indicador utilizado, ou seja, mede quantas crianças menores de 1 ano estão em aleitamento ma terno e aleitamento artificial em relação à todas as crianças inscritas.

Demonstra que do total observado 89.6% das crianças inscritas estão recebendo algum tipo de leite (ma ter no ou artificial), só que separadamente pela Tabela 5 sabe-se que para o mesmo período 69.6% das crianças menores de 1 ano iniciaram S.A. e pela Tabela 3 que 20% das nutrizes foram ini ciadas na S.A., o que aproximadamente daria o observado na Ta bela 12.

Ainda, com relação à tabela 12 houve um aumen to não muito significativo de 6,1% ou seja de 87.9% em 1977 pa ra 94% em 1981.

Mas os dados separadamente dão uma melhor vi sualização dos dois grupos, permitindo separar inclusive, crian ças e nutrizes para os diferentes e necessários enfoques técni co-administrativos e para avaliação do cumprimento das ações propostas.

- Quantidade de leite distribuída (VIDE TABE LA 13).

Para o período estudado foram distribuídas aos Centros de Saúde um total de 42.573.881 latas de leite em pó, sendo que as quantidades variavam de 454,500 e 1000g, correspondendo aproximadamente a 210 toneladas para o período de 1977 a 1981, tendo havido um acréscimo de 58%, ressaltan do-se o decréscimo no ano de 1980.

Ao tentar se constatar se a quantidade de latas preconizadas vem sendo mantida, relacionou-se nº de latas distribuídas com as crianças de 0 a 4 anos atendidas

em S.A. (Tabela 11). Observou-se que para o período total a relação foi de 4.0 demonstrando ou fazendo supor que as quantidades vem se mantendo, tendo havido um ligeiro decréscimo de 1977 para 1981 ou seja de 4.0 para 3.7.

As embalagens também variaram tendo sido algumas vezes, neste período, adquirido leite em saco plástico, tendo trazido vários problemas tais como: prazo de validade menor, inutilização do produto por rompimento da embalagem (fragilidade e principalmente ataque de vetores tipo rato).

TABELA 12: PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO E NUTRIZES QUE INICIARAM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO INSCRITAS NO P.A.C. NO PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	Iniciadas na S.A.			Crianças < 1 ano inscritas no P.A.C.	%
	Crianças < 1 ano	Nutrizes	Total		
1977	227.986	93.623	321.609	365.634	87.9
1978	231.795	70.662	302.457	338.266	89.4
1979	240.643	64.150	304.793	338.582	90.0
1980	239.417	68.785	308.202	359.036	85.8
1981	335.010	69.724	404.734	430.152	94.0
TOTAL	1.274.851	366.944	1.641.795	1.831.670	89.6

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde de da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 1980 distribuiu-se menor número de latas de leite o que parece coerente com os declínios observadados de cobertura (Tabela 5), de atendimentos de rotina (Tabela 9). Com relação aos recursos dispendidos (Tabela 14) a quantidade de latas de leite distribuída ano a ano em geral foi inferior ao percentual de acréscimo dos recursos financeiros, ou seja o nº de latas de leite aumentou 1,58 vezes relacionando-se 1981 com 1977 enquanto que os recursos 3,58 vezes (moeda constante).

**TABELA 13: RELAÇÃO DO NÚMERO DE LATAS DE LEITE DISTRIBUÍ
DAS AOS CS(s) E CRIANÇAS DE 0 a 4 ANOS DE IDA
DE ATENDIDAS EM SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR-PERÍO
DO DE 1977 a 1981.**

ANOS	Latas de leite distribuídas (1)	Atendidas de 0 a 4 anos (2)	Relação de (1) Com (2)
1977	6.625.754	1.655.748	4.0
1978	8.642.394	2.117.914	4.0
1979	9.193.509	2.143.061	4.2
1980	7.643.112	1.865.964	4.0
1981	10.469.112	2.825.322	3.7
TOTAL	42.573.881	10.608.009	4.0

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de.

- Recursos dispendidos com Leite(VIDE TABELA 14).

A transformação dos recursos de moeda corrente para moeda constante, permite ter uma idéia mais clara e objetiva, pois as despesas devem ser consideradas levando-se em conta os índices inflacionários. Para tanto utilizou-se o seguinte coeficiente: $\frac{ORTN(\text{maio } 1982)}{ORTN(\text{dezembro anos})}$, pois as ORTN (Obrigações Reajustáveis do Tesouro Nacional) sendo o índice oficial, devem acompanhar o índice inflacionário. Efetuando-se a transformação o total dos recursos passou para Cr\$ 8.016.275.105,00(moeda constante) sendo que desta forma os recursos cresceram cerca de 3.5 vezes.

Entretanto analisando-se melhor os dados pode-se concluir que os recursos foram decrescentes no período pois como pode ser observado na Tabela 14 os valores para 1979 e 1980 são praticamente iguais aos de 1978. E, assim o aumento de 74.0% observado em 1981 não repõe as perdas anteriores, inclusive por que os índices de inflação (*) (Cálculos baseados nos Índices Gerais de Preços-IGP), tem para 1980 o valor de 110,2% e para os demais anos estudados os seguintes valores: 1977, 38.8% ; 1978, 40.8% ; 1979, 77.2% e 1981, 95.2%.

Considerando-se o período como um todo esse aumento de 3.5 vezes é inferior ao aumento do valor médio da inflação observado para o período, que foi de 10,2 vezes. Este valor foi obtido através da relação entre os I.G.P. de 1981 em relação a 1977. Esta deficiência de recursos teve influência na Suplementação Alimentar podendo-se observar a queda na quantidade de latas de leite distribuídas em 1980(tabela 13) e a queda na cobertura de crianças iniciadas na S.A. conforme tabelas 5 e 6 .

(*) Dados fornecidos pela Fundação Estadual de Análise de Dados -SEADE- São Paulo.

Por outro lado, o custo do leite no período foi em geral inferior aos índices inflacionários ou seja para 1978, 1979, 1980 e 1981 foi de 11,0%, 44,0%, 99,0%, e 116% sendo que apenas em 1981 o percentual de aumento foi superior ao da inflação.

TABELA 14: RECURSOS DISPENDIDOS COM LEITE NA SECRETARIA DA SAÚDE NO PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	MOEDA CORRENTE (Cr\$)	MOEDA CONSTANTE (Cr\$)	% Aumento
1977	101.372.078,00	770.427.793,00	-
1978	258.139.725,00	1.440.419.666,00	87,00
1979	383.478.707,00	1.453.384.300,00	1,00
1980	633.856.923,00	1.590.980.877,00	9,00
1981	2.157.080.063,00	2.761.062.481,00	74,00
TOTAL	3.533.927.496,00	8.016.275.117,00	

FONTE: Dados moeda corrente fornecidos pela Assessoria Financeira do Gabinete do Secretário da Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Estado da Saúde.

4.2- ANÁLISE DA ATIVIDADE DE NUTRIÇÃO - SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR COM GESTAL NO P.A.G. DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE S.P. - PERÍODO DE 1977 a 1981.

- Cobertura de Gestantes (VIDE TABELA 15)

A partir de 1977 foi adotado no P.A.G. o indicador de cobertura já referido no item 3.1.3.2 deste trabalho sendo que para se analisar a S.A. é necessário conhecer o comportamento deste indicador para o período estudado.

Calculou-se este indicador em função da população estimada de gestantes para o estado de São Paulo e das gestantes inscritas no P.A.C. A população estimada foi para o período de 1977 a 1981 de 3.511.337 gestantes sendo que destas, 665.714 inscreveram-se no P.A.G, ou seja 18.9%.

Observou-se que a cobertura vem decaindo neste período, ou seja 22.1%, 19.4%, 18.0%, 17.5%, e 18% sendo que de 1977 para 1981 decresceu 4.1% e para o período como um todo a cobertura foi de 18.0%. As hipóteses para explicar esta proporção que é bastante inferior quando comparada ao P.A.C., podem ser, entre outras, as seguintes:

- as gestantes do Estado devem estar procurando outras agências de saúde para o pré-natal.
- repressão da inscrição no P.A.G. pelo próprio C.S. por falta de instrumentos disponíveis.
- dificuldade de acesso da gestante ao C.S.
- desinformação da gestantes quanto à importância ao acompanhamento da sua evolução gestacional através do Pré-Natal.
- falta de entrosamento entre a S.Saúde e a Previdência Social tanto em relação ao atendimento médico hospitalar como em relação aos benefícios sociais ligados à gestação e ao parto, sendo que parece não

haver, na prática, um reconhecimento da Previdên
cia no tocante ao Pré-Natal realizado pelo C.S.,
em função desta não integração de serviços.

TABELA 15: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA GESTANTES QUE
SE INSCREVERAM NO P.A.G. - PERÍODO DE 1977 a
1981

ANOS	Pop. estimada gestantes	Gestantes inscr. no P.A.G.	Cobertura %
1977	653.285	144.811	22.1
1978	672.348	130.750	19.4
1979	693.195	124.112	18.0
1980	714.026	125.471	17.5
1981	778.483	140.570	18.0
TOTAL	3.511.337	665.714	18.9

FONTE:

Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de
Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saú
de.

- Cobertura na S.A. (Tabelas 16 e 17)

Ao se adotar o parâmetro das gestantes iniciadas em S.A. com relação às estimadas observou-se no total uma cobertura de 14.6% sendo que de 1977 para 1981 vem de crescendo, ou seja 20.1%, 15.6%, 13.8%, 12.8% e 11.7%, por tanto 8.4% menor ao se relacionar 1981 e 1977. (Tabela 16)

A cobertura também vem decaindo quando se uti lizar como parâmetro as gestantes iniciadas em S.A. e as gestantes inscritas no P.A.C. (Tabela 17), sendo que em 1977 era de 90.9% e em 1981 passou para 65.1%, constatando se um declínio de 25.8% e para o período a cobertura foi de 77.5% (Tabela 17).

Tendo em vista os problemas sociais existentes, principalmente, baixa renda, provocando uma eventual necessi dade de reposição calórica na então deficiente dieta da ges tante e suas implicações epidemiológicas como baixo peso ao nascer e a mortalidade infantil, esperava-se ocorrência e ma nutenção de elevados percentuais de cobertura. Observa-se, no entanto, pelos dados que isso não vem ocorrendo, sugerindo que a elevada cobertura de 90.9% atingida em 1977 (Tabela 17) deveu-se a "novidade" do produto, a propaganda realizada e a consequente motivação das gestantes e da equipe de saúde em função do impacto que foi desencadeado com a implantação do P.A.G. e do Gestal, "inédito" como suplementação alimentar | ao grupo das gestantes e nutrízes.

A partir de 1978 começa a haver um declínio na cobertura, possivelmente explicado por algumas causas:

- não aceitação e intolerância do produto pela gestante. Parece que o volume e a periodici dade preconizados não foram, de forma geral, bem recebidos pelas gestantes.

TABELA 16: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO ESTIMADA DE GESTANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO E GESTANTES QUE INICIARAM NA ATIVIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR-PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	População estimada de gestantes	Gestantes iniciadas em S.A.	Cobertura %
1977	653.285	131.758	20.1
1978	672.348	104.890	15.6
1979	693.195	95.716	13.8
1980	714.026	92.084	12.8
1981	778.483	91.550	11.7
TOTAL	3.511.337	515.998	14.6

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde.

TABELA 17: GESTANTES INSCRITAS NO P.A.G. E QUE INICIARAM A ATIVIDADE DE S.A. -PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	Gestantes inscritas no P.A.G.	Gestantes iniciadas na S.A.	Cobertura %
1977	144.811	131.758	90.9
1978	130.750	104.890	80.2
1979	124.112	95.716	77.1
1980	125.471	92.084	73.3
1981	140.570	91.550	65.1
TOTAL	665.714	515.998	77.5

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde

- desconhecimento do Gestal nos aspectos teóricos sobre sua importância e seus objetivos por falta de treinamento e reciclagens à equipe de saúde.

- não prescrição médica do Gestal, seja por contra indicação clínica, desconhecimento, desinteresse ou por não aceitação deste tipo de suplementação, daí sua não indicação às gestantes.

- desmotivação da equipe de saúde em função de aspectos técnicos-operacionais tais como:

- . questionamentos sobre a própria eficácia do Gestal em função dos objetivos pretendidos, ou seja diminuição no percentual de recém-nascidos de baixo peso e melhoria do estado nutricional da gestante.

Parece não haver dúvidas no tocante à inter-relação entre o baixo peso, o estado nutricional-social e econômico da mulher em um ciclo onde o conceito de baixo peso possui maior risco de morrer, conforme já se abordou no item 1.1.2.

Para intervir neste ciclo o Gestal foi introduzido visando o baixo peso e o estado nutricional, mas é bastante difícil isolar somente a Suplementação Alimentar como causa única dos efeitos esperados, mesmo porque outras variáveis devem ser consideradas, concomitantemente, tais como: idade, ~~paridade~~, paridade, morbidade e outras.

As gestantes que frequentam os CS(s) pelo que já foi descrito, são provavelmente as de baixa renda, e conseqüentemente com uma dieta insuficiente em termos calóricos, sendo necessário suplementar sua dieta. O Gestal é essencialmente calórico possuindo apenas, em 100 gramas de pó, 11% de proteína e fornecendo uma média de 370 calorias. Ingerindo-se duas vezes ao dia ter-se-ia o total calórico recomendado para acréscimo à dieta da gestante, ou seja 600 calorias diárias.

O que se questiona é essa precariedade atribuída à dieta da gestante em termos calóricos ficando a dúvida sobre a deficiência de nutrientes tais como ferro, vitaminas . Como se desconhece a composição média da dieta das gestantes que frequentam o pré-natal ,bem como o nível de adequação dos diferentes nutrientes na dieta, torna-se difícil inferir ao Gestal, isoladamente, a propriedade de melhoria do estado nutricional da gestante, sem análise do conjunto de causas que contribuem para este efeito.

Inicialmente, tinha-se como referencial para se atingir o decréscimo o percentual de 12%, mas em estudos realizados para o município de São Paulo encontrou-se um percentual de recém-nascidos de baixo peso no valor de 9.69% (50). Pelas taxas de baixo peso de outros países esta não é das mais altas, daí o questionamento da eficácia do Gestal para melhoria desta taxa e o valor da própria medida, como necessidade de intervenção nutricional para melhoria deste percentual uma vez que ele não é tão alto quanto se esperava.

. demora no processo de aquisição:- devido aos entraves burocráticos a aquisição do Gestal, para o período estudado , demorou em média 4 a 5 meses, acarretandando por várias vezes falta do Gestal nos CS(s).

A descontinuidade no recebimento do S.A. é uma das causas que levam à desmotivação, ao abandono dos Programas de Suplementação Alimentar e à não confiabilidade dos serviços.

Alguns estudos realizados em, 1977, em São Paulo, como por exemplo o da Divisão Regional de São José dos Campos ⁽⁴⁰⁾, sobre distribuição e aceitação do Gestal demonstram os seguintes resultados:

Em 13 dos seus CS(s) foram realizadas 319 entrevistas, sendo 212 gestantes e 107 nutrízes com a finalidade de verificar a distribuição e aceitação do Gestal. Das entrevistadas 77.42% estavam recebendo Gestal, sendo que 22.5% não recebiam por várias causas entre elas: o médico não receitou(18,0%), desmame (12,5%) e não gostou (12,5 %).

Em abril de 1980 na Divisão Regional de Bauru⁽⁸⁵⁾ foi realizada uma pesquisa para se verificar a aceitação do Gestal em 80 gestantes do C.S.I de Bauru. O índice de aceitação do Gestal observado foi de 65%, sendo que 85% se referiram ao sabor agradável, mas 57,5% desconheciam a importância do Gestal.

Inicialmente, em teste realizado, como já descrito no item 3.1.3.2 , o sabor mais aceito, pela sua neutralidade e ausência de aromatizantes foi o natural, sendo que, posteriormente, foi o que se revelou mais intolerável devido à monotonia do sabor. Estes aspectos de tolerância a um suplemento alimentar devem ser bem estudados e durante um período de tempo maior, em função dos resultados constatados através do comportamento das gestantes em relação ao sabor natural.

Quanto a proposição de se fornecer às gestantes e nutrízes um produto específico para estes grupos evitando-se a diluição do suplemento na família, o que vem se observando a este respeito é que realmente a gestante e a nutriz diluem o Gestal, principalmente, com os filhos.

Mesmo no "Federal Supplemental Food Program for Women, Infants and Children" (WIC PROGRAM) cerca de 81% dos participantes deste Programa nos Estados Unidos diluem os alimentos na família ⁽³⁾.

Para o interior do Estado de São Paulo em São José dos Campos , em estudo já citado ⁽⁴⁰⁾ observou-se

que das 319 entrevistadas, 28% diluía entre as crianças e 4% entre as demais pessoas da família. Em Bauru ⁽⁸⁵⁾ das 80 entrevistadas, 20% deixavam de tomar e davam aos filhos.

Em 1979, na Grande São Paulo, no Distrito Sanitário da Lapa ^(64), um estudo com 40 gestantes demonstrou que 97,5% das gestantes e 75,0% das nutrizes utilizavam o Gestal para os filhos.

- Proporção de gestantes atendidas em S.A. em relação aos atendimentos de rotina (C.M.R e A.E.R.) -(VIDE TABELA 18)

As instruções normatizam que para cada gestante é necessário, para receber Gestal, cumprir determinadas ações, devendo ser a S.A. prescrita por indicação médica e distribuída mensalmente, ou seja a cada atendimento de rotina (Anexo 2).

As gestantes receberam para o período de 1977 a 1981 um total de 2.584.790 atendimentos de rotina e 1.393.839 atendimentos em S.A., representando 53.9% dos atendimentos de rotina. Em 1977 esta proporção era de 59.4% em 1978 de 61.7%, em 1979 de 59,0% e começou a decair em 1980, com 53.4% passando em 1981 a 38.9%, portanto, 20.5% menor em 1981 com relação a 1977.

Relacionando estes dados com a cobertura em S.A. pode-se supor que estes percentuais estejam correspondendo à própria queda da cobertura (tabela 17) e da permanência das gestantes na S.A.

**TABELA 18: PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS EM S.A. EM
RELAÇÃO AOS ATENDIMENTOS DE ROTINA (CMR e AER)
DO P.A.G. NO PERÍODO DE 1977a 1981.**

ANOS	Atendimentos de Rotina às gestantes	Gestantes atendidas em S.A.	%
1977	486.913	289.262	59.4
1978	497.186	307.030	61.7
1979	496.269	292.983	59.0
1980	514.038	274.788	53.4
1981	590.384	229.776	38.9
TOTAL	2.584.790	1.393.839	53.9

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde.

- Quantidade de Gestal distribuído (VIDE TABELA 19)

Para os anos de 1977 a 1981 foram distribuídos nos Centros de Saúde um total de 16.220.643 pacotes de 500 g correspondendo a aproximadamente 800 toneladas de Gestal. De 1977 para 1981 houve um acréscimo de 27% no número de pacotes distribuídos, quando também declinou o número de gestantes e nutrizas atendidas e iniciadas em S.A., assim como a própria cobertura de gestantes no P.A.G. (tabela 15).

O Gestal teve muita procura por parte de entidades que faziam atendimento à gestante e nutriz e através

TABELA 19: RELAÇÃO DO NÚMERO DE PACOTES DE GESTAL DISTRIBUÍDOS E GESTANTES E NUTRIZES ATENDIDAS NO PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	Pacotes de Gestal distribuídos (1)	Gestantes e Nutrizes atendidas (2)	Relação (1) com (2)
1977	3.488.930	509.809	6.8
1978	3.462.630	514.434	6.7
1979	3.594.754	453.612	7.9
1980	3.136.829	443.800	7.0
1981	2.537.500	382.009	6.6
TOTAL	16.220.643	2.303.664	7.0

FONTE: Centro de Informações de Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde.

de Convênios entre a Secretaria da Saúde e as entidades, estas também passaram a receber Gestal para atendimento às suas beneficiárias.

Ao se relacionar o número de pacotes de Gestal para o período observou-se que a relação foi de 7,0 decaindo no período de 6.8 em 1977 para 6.6 em 1981.

Considerando as normas existentes(6 pacotes por mes para gestante e 9 pacotes por mes para nutriz, respectivamente 3 K e 4.5 K), parece estar havendo distribuição próxima à média por atendimento.

Entretanto, o total de pacotes distribuídos

e os atendimentos registrados fazem supor que a permanência das gestantes na S.A. está baixa.

Para se verificar esta suposição foram feitos alguns cálculos em função das gestantes inscritas por trimestre de gestação para o período, os atendimentos que a gestante deveria receber e o número de pacotes de Gestal esperados.

Durante o período estudado inscreveram-se no P.A.G. um total de 665.714 gestantes sendo 264.393 gestantes no 1º trimestre de gestação, 276.119 no 2º trimestre e 125.202 no 3º trimestre, respectivamente 39.7%, 41.4% e 18.8%.

Tomando-se como nº de meses de permanência do P.A.G. : 6 meses para as inscritas no 1º trimestre, 5 meses para os no 2º trimestre e 2 meses para as no 3º trimestre, ter-se-ia um total de 3.217.357 atendimentos, assim distribuídos 1.586.358 no 1º trimestre, 1.380.595 no 2º trimestre e 250.404 no 3º trimestre.

Como as gestantes devem receber a cada atendimento seis pacotes de Gestal daria um total de 19.304.142 pacotes a serem distribuídos.

Relacionando-se estes dados com os da Tabela 19 daria um percentual de 19% a mais no número de pacotes efetivamente distribuídos. Vale ressaltar que no nº de pacotes estão computados os distribuídos às gestantes e às nutrizes, sendo que esta forma de computação conjunta não permite avaliar melhor o dado, dificultando a análise individual das gestantes.

Considerando-se os dados sobre gestantes inscritas e o período gestacional daria um total de 3.217.357 atendimentos com concentração média de 4.8 por gestante. Relacionando-se estes dados com os da tabela 18 vê-se que ocorreram 106% mais atendimentos e a concentração média de atendimento foi de 3.8 .

- Recursos dispendidos com Gestal (VIDE TABELA 20)

Para o Gestal foram adotados os mesmos parâmetros que para o leite, ou seja transformou-se a moeda corrente em moeda constante atingindo o montante de Cr\$ 1.280.102.347,00 sendo que os recursos, relacionando-se 1981 e 1977, cresceram 1.2 vezes para o período.

Ao se observar o comportamento dos % de aumento durante os anos(tabela 20) constata-se que foram muito baixos, chamando atenção o ano de 1979 onde houve com relação a 1978 uma diminuição dos recursos da ordem de 44.0%. Da mesma forma que o leite o aumento de 60.0% em 1981 não repõe as perdas dos anos anteriores. Esta defasagem fica mais evidente quando se compara os recursos com o índice inflacionário do período que foi, como já se analisou para o leite, de 924%. Esta deficiência de recursos está relacionada com o declínio de cobertura e dos pacotes distribuídos, mas como já foi analisado, outros fatores técnico-operacionais estão também contribuindo nesse quadro.

- Orçamento da Secretaria da Saúde e os recursos dispendidos com os S.A.(leite e Gestal) - VIDE TABELA 21

O orçamento da Secretaria da Saúde teve como dotação realizada o montante de Cr\$ 47.209.965.000,00(moeda corrente) para os anos de 1977 a 1981. Ao se transformar estes valores para moeda constante a dotação realizada em termos de orçamento da Secretaria da Saúde, passou para Cr\$ 122.634.059.850,00 e os recursos dispendidos com os S.A. se elevaram para Cr\$ 9.296.377.464,00. Observa-se pela Tabela 21 que a dotação de 1977 para 1978 teve um aumento de 15%, em 1979 4.0%, em 1980 14.0% e em 1981 12.0%, sendo que de 1977 para 1981 o aumento foi de apenas 55.0%, inferior ao

índice inflacionário para o mesmo período.

Relacionando-se os recursos dispendidos com leite e Gestal para o período (moeda constante) e o orçamento da Secretaria em termos de dotação realizada para o mesmo período, observou-se uma participação da ordem de 7.6% para os dois suplementos, sendo 6.53% para o leite e 1.07% para o Gestal., nesse orçamento. Pela tabela 21 percebe-se que a participação foi crescente ou seja de 5.3% em 1977 para 10.2% em 1981.

TABELA 20: RECURSOS DISPENDIDOS COM GESTAL NA SECRETARIA DA SAÚDE PARA O PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	MOEDA CORRENTE (Cr\$)	MOEDA CONSTANTE (Cr\$)	% aumento
1977	34.937.418,00	265.524.377,00	—
1978	53.291.288,00	297.365.387,00	12.0
1979	44.336.491,00	168.035.301,00	(-)44.0
1980	84.302.189,00	211.598.494,00	26.0
1981	263.733.428,00	337.578.788,00	60.0
TOTAL	480.600.814,00	1.280.102.347,00	—

FONTE: Dados moeda corrente fornecidos pela Assessoria Financeira do Gabinete do Secretário da Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Estado da Saúde.

TABELA:21 ORÇAMENTO DA SECRETARIA DA SAÚDE EM TERMOS DE DOTAÇÃO REALIZADA E OS RECURSOS DISPENDIDOS COM LEITE E GESTAL (MOEDA CONSTANTE) PARA O PERÍODO DE 1977 a 1981.

ANOS	ORÇAMENTO (Dotação Realizada)		%	RECURSOS DISPEN DIDOS COM LEITE E GESTAL (CR\$)	%
	MOEDA CORRENTE	MOEDA CONSTANTE			
1977	2.560.046.000,00	19.456.349,600,00	-	1.035.952.170,00	5.3
1978	4.020.320.000,00	22.433.385.600,00	15,0	1.737.785.053,00	7.7
1979	6.193.608.000,00	23.473.774.320,00	4,0	1.621.419.601,00	6.9
1980	10.725.595.000,00	26.921.243.450,00	14,0	1.802.519.391,00	6.6
1981	23.710.396.000,00	30.349.306.880,00	12,0	3.098.641.269,00	10.2
TOTAL	47.209.965.000,00	122.634.059.850,00	-	9.296.379.464,00	7.6

FONTE: Dados moeda corrente fornecidos pela Assessoria Financeira do Gabinete do Secretário da Saúde e Coordenadoria de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Estado da Saúde.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

- 5.1- A cobertura de crianças menores de um ano, no P.A.C. foi alta para o período estudado, de 61.3%, apresentando, no entanto, um declínio de 14.9%.
- 5.2- Considerando o aspecto multinstitucional do serviço de assistência à criança no estado de São Paulo, a deficiência quantitativa de centros de saúde, sobretudo na Grande São Paulo, as coberturas encontradas poderão estar superestimadas.
- 5.3- A cobertura de crianças na faixa etária de 1 a 4 anos apresenta-se baixa no P.A.C., para o período, tendo sido de 7.5% e com tendência decrescente de 10.5 para 6.3%.
- 5.4- A cobertura de crianças menores de um ano na S.A. foi de 69.6% com relação às crianças menores de um ano inscritas no P.A.C. e embora apresentando uma tendência ao aumento se mantém abaixo da meta proposta de 100%.
- 5.5- Ressalta-se ter havido uma queda de cerca de 5.0% na cobertura em S.A. de crianças menores de um ano no ano de 1980.
- 5.6- A cobertura dos menores de um ano quando relacionada à população estimada e iniciada na S.A. apresentou-se em 42.7%, sendo este comportamento mais ou menos constante.
- 5.7- A Suplementação Alimentar no P.A.C. ao grupo de 1 a 4 anos, por indicação médica, apresentou uma cobertura de 4.7% e quando utilizado o parâmetro populacional esta cobertura decresceu para 0.3%.
- 5.8- Não há condições para se concluir se este percentual de 4.7% representa as crianças desnutridas desta faixa etária no P.A.C.

- 5.9- Este percentual parece ser inferior ao esperado para crianças desnutridas nesta faixa etária, considerando-se a epidemiologia da desnutrição e a clientela dos CS(s).
- 5.10-Isto pode supor deficiência de diagnóstico ou de prescrição de S.A. para esta faixa etária de crianças com desnutrição de I^o e II^o graus.
- 5.11-Não vem sendo utilizados de forma adequada e como instrumento de trabalho o Roteiro Alimentar padronizado para o 1^o ano de vida, o Material para pessoal auxiliar e os volantes pertinentes à orientação em nutrição.
- 5.12-A cobertura na S.A. das nutrizes para o período foi de 20.0%, apresentando tendência à diminuição de 25.6 para 16.2%.
- 5.13-De acordo com o indicador do P.A.C. para avaliar crianças menores de um ano iniciadas em S.A. acrescido das nutrizes também iniciadas e relacionadas às crianças menores de um ano inscritas, a cobertura apresentada foi alta, de 89.0% com tendência ao acréscimo (de 87 para 94.0%) para o período.
- 5.14-Entretanto, neste nível elevado e no seu acréscimo predomina a S.A. à criança em detrimento ao aleitamento materno.
- 5.15-Havendo o objetivo de se dar S.A. a 100% das crianças menores de um ano, incluindo as iniciadas após o desmame este indicador pode não atender ao proposto inicialmente.
- 5.16-Os atendimentos de rotina previstos no P.A.C., juntamente aos atendimentos em S.A. parecem estar sendo cumpridos em função da proporção encontrada.

- 5.17- Parece não estar havendo cumprimento das ações necessárias para o recebimento da S.A. tais como: indicação médica, tomada dos dados antropométricos e orientação em nutrição.
- 5.18- A cobertura vacinal para menores de um ano apresentou-se superior quando comparada à cobertura da S.A. podendo sugerir que está havendo relação entre a vacinação e a S.A.
- 5.19- Foram distribuídas 2100 toneladas de leite em pó para o período tendo havido um acréscimo de 58% no número de latas. Entretanto, houve reduzido acréscimo em 1978 e 1979 e declínio de 17% em 1979 com relação a 1980.
- 5.20- A relação do nº de latas distribuídas e as crianças de 0 a 4 anos atendidas foi de 4.0, permitindo concluir que a norma adotada pela Secretaria vem sendo cumprida.
- 5.21- Deve-se questionar a validade desta norma que determina a quantidade única para as diferentes faixas etárias as conseqüentemente diferentes necessidades nutricionais.
- 5.22- Os recursos financeiros disponíveis totais foram inferiores ao índice inflacionário do período tendo-se mantido praticamente sem alteração de 1978 a 1980, o que poderia explicar a diminuição observada na quantidade de latas de leite distribuídas.
- 5.23- Estes aspectos financeiros podem ser considerados como um dos fatores responsáveis pela queda da cobertura de crianças inscritas no P.A.C. e do não alcance da meta estabelecida para a S.A. no grupo de 0 a 1 ano.
- 5.24- A cobertura de gestantes no P.A.G. para o período estudado foi baixa, de 18.9%, apresentando tendência ao declínio.

- 5.25- Considerando o aspecto multiinstitucional de serviços de atendimento às gestantes no estado de São Paulo e, principalmente, a retaguarda do parto hos pitalar oferecida par estes outros serviços, estas coberturas poderão estar refletindo as causas pela não procura dos Centros de Saúde,
- 5.26- A cobertura das gestantes na S.A. quando relacionada à população estimada e às iniciadas foi de 14,6% apresentando tendência ao declínio de 20,1 para 11,7%.
- 5.27- Os dados sugerem ainda que, além do declínio na inscrição, está havendo uma baixa permanência das gestantes na S.A.
- 5.28- Ao se analisar a cobertura na S.A. utilizando-se gestantes inscritas no P.A.G. relacionadas às iniciadas a cobertura foi de 77,5%, com tendência a um decréscimo de 90,9 para 65,1%. A cobertura apresentada para o período, ainda está distante da meta de 100%.
- 5.29- A baixa cobertura apresentada parece estar relacionada a não aceitação e não motivação com relação ao produto tanto para gestante e nutriz como para equipe de saúde.
- 5.30- Há indicações de que as gestantes e nutrizas diluem o Gestal com os elementos da família, principalmente com os filhos.
- 5.31- Os atendimentos em S.A. junto aos atendimentos de rotina previstos estão sendo superiores às atendidas em S.A., sugerindo ser decorrência da própria queda de cobertura da S.A. nas gestantes.
- 5.32- Há necessidade de revisão da S.A. às gestantes e nutrizes no tocante à própria filosofia da suplementação, ao suplemento alimentar adotado e suas prováveis implicações no baixo peso e estado nutricional.

- 5.33- Foram distribuídas um total de ~~8000~~ toneladas de Gestal para o período, sendo que de 1977 para 1981 houve um acréscimo de 28% com relação aos pacotes distribuídos.
- 5.34- A relação média de pacotes distribuídos por atendimento às gestantes e nutrízes foi de 7.0 sugerindo estar próxima à média preconizada por atendimento.
- 5.35- Os recursos financeiros dispendidos com Gestal foram da ordem de Cr\$ 480.600.814,00 (moeda corrente) e em moeda constante Cr\$ 1.280.102.347,00 apresentando um aumento percentual de 27.0% ao se relacionar os anos de 1981 e 1977.
- 5.36- Apesar do aumento nos recursos estar abaixo do índice inflacionário para o período, não é esta a causa única do declínio de cobertura observada, estando implicadas outros aspectos técnico-operacionais.
- 5.37- O orçamento da S.Saúde para os anos de 77 a 81 foi de CR\$ 122.634.059.850,00 (Moeda Constante) e de 1977 para 1981 o aumento foi 55% inferior ao índice inflacionário para o período.
- 5.38- Os recursos dispendidos com leite representaram para o período 6.53% do total do orçamento da S.Saúde e com Gestal 1.07% totalizando 7.60%.
- 5.39- Os recursos destinados ao Setor Saúde especificamente ao atendimento em S.A. às crianças inscritas no P.A.G. parecem insuficientes tendo em vista os índices inflacionários apresentados para o período.
- 5.40- O Programa Materno-Infantil se desenvolvido de forma eficaz e tendo a S.A. como componente, esta terá sua efetividade melhor assegurada.
- 5.41- A S.A. integrada aos Programas de Saúde deve atingir os grupos de maior risco social e nutricional, atuando em níveis de prevenção primária ou secundária através da doação de S.A. específicos aos grupos.

6. RECOMENDAÇÕES

6. RECOMENDAÇÕES

- 6.1- Revisão da atual política de saúde com a finalidade de se avaliar as vantagens e implicações da execução da S.A. como integrante de um Programa de Saúde, da natureza do atualmente executado, para crianças, gestantes e nutrízes na S.S.
- 6.2- A S.A. deve ser parte integrante do Programa Materno Infantil ~~mas~~ não se deve deixar de avaliar periodicamente e com maior frequência a execução da S.A. tendo em vista todos os aspectos técnicos-operacionais envolvidos.
- 6.3- Ao se definir a S.A. como forma de intervenção nutricional aos grupos vulneráveis de alto ~~risco~~, devem ser adotados critérios para a normatização da S.A. como seleção dos grupos de maior risco nutricional.
- 6.4- Revisão do P.A.C. e do P.A.G. no tocante à: objetivos, metas, indicadores de avaliação e ações componentes dos Programas.
- 6.5- A S.A. deve completar o déficit existente na dieta do grupo atendido e principalmente no caso de crianças menores de 1 ano, deve-se fornecer a quota necessária de Suplemento Alimentar em sua totalidade.
- 6.6- Inclusão no P.A.C. das crianças da faixa etária de 18 a 48 meses para atendimento de rotina.
- 6.7- Controle de rotina do estado nutricional das crianças inscritas no P.A.C. e das gestantes no P.A.G., avaliando-os periodicamente.
- 6.8- Avaliar e reformular os instrumentos de trabalho: Instruções sobre S.A., Roteiro Alimentar Infantil, Material para pessoal auxiliar, volantes, Boletins de Produção e Consumo, devem ser revisados e adequados às necessidades locais.
- 6.9- Os boletins para análise de consumo e estoque devem trazer os grupos assistidos separadamente, por faixa etária, mes de gestação, bem como o tempo de permanência do cliente na S.A.

- 6.10- Indicação de S.A. para crianças menores de 3 meses somente a critério médico, após comprovação de falta ou insuficiência do leite materno.
- 6.11- Ao se adotar a S.A. como intervenção nutricional em um Programa de Saúde deve-se definir claramente os suplementos a serem utilizados e aqueles de preferência do hábito da população a ser beneficiada.
- 6.12- Realização de estudos aprofundados para conhecimento da dieta e hábitos alimentares dos grupos a serem assistidos com S.A. visando melhor adequação do suplemento às necessidades e hábitos alimentares da população.
- 6.13- Para implantação de Programas de S.A. devem ser realizados estudos sobre a eficácia, aceitação, tolerância do produto e aspectos operacionais quanto à sua produção e distribuição.
- 6.14- Revisão na sistemática de compra para os Suplementos Alimentares procurando-se mecanismos capazes de agilizar a compra e distribuição para as unidades locais.
- 6.15- Para garantir a eficácia e a efetividade da Suplementação Alimentar intensificar os treinamentos e as reciclagens à equipe de saúde, motivando-os para o deseenvolvimento da atividade de Suplementação Alimentar na Programação de Saúde.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, E.L.G - Nível alimentar, renda e educação.
Rev. ABIA/SAPRO, S. Paulo, (30): 17-44, 1977.
2. ALVES, E.L.G - Renda e estado nutricional (relatório debates em grupo) In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 19º/ e CONGRESSO PAULISTA DE SAUDE PUBLICA, 1º, São Paulo, 1977. Anais. S.Paulo, 1977. p.50-1.
3. A CONTROLLED trial of prenatal nutritional supplementation. Nut. Rev., 38: 210-212, 1980.
4. BATISTA FILHO, M.- Programas de nutrição em Saúde pública. Saúde, S. Paulo, (14/15): 2-4, 1977.
5. BEHAR, M.- La nutrición, un problema social. Bol. Ofic. sanit. panamer., 80: 533- 539, 1976.
6. BEHAR, M.- La nutrición y el futuro de la humanidad. Cron. org. mond. salud., 33: 151-154, 1976.
7. BEHAR, M.- Nutrición y salud del niño. Cron.org. mond. salud, 33: 141-143, 1979.
8. BEHAR, M.- La responsabilidad del sector salud en la alimentación y la nutrición. Bol Ofic. sanit. panamer., 75: 395-405, 1973.
9. BENGUA, J.M. & RUEDA WILLIAMS, R.- Planificación y organización de programas nacionales de nutrición. Bol. Ofic. sanit. panamer., 63: 381-400, 1972.

10. BOSCO, J.S. Programas de alimentação na comunidade.
An. Nestlé, (100): 28-37, 1977
11. BURTON, B.T.- Nutrição humana. S.Paulo, McGraw-Hill, 1979.
12. CAI taxa de mortalidade infantil. Saúde, S.Paulo, (45/47): 3-4. 1982.
13. CHAVES, N.- Nutrição e encéfalo. Bol. Ofic. sanit. panamer., 71: 21-35, 1975.
14. CHRISTIANSEN, N. et al.- Effects of nutritional supplementation during pregnancy upon birth weight: the influence of pre-supplementation diet. Nutr. Rep. int., 21: 615-24. 1980.
15. CLARK, E.S. & LEAVELL, H.R. Níveis de aplicação da medicina preventiva. In: LEAVELL, H.R & CLARK, E.S.- Medicina preventiva. São Paulo, McGraw - Hill, 1976. p. 11-36.
16. COELHO, A.R.- Contribuição para o estudo dos serviços estaduais de saúde pública de Santa Catarina (1973-1979). São Paulo, 1980. (Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública, USP).
17. COMITE MIXTO FAO/OMS DE EXPERTOS EN NUTRICION, Roma, 1974.- Estratégias alimentárias y nutricionales en el desarrollo nacional: noveno informe. Ginebra, Organización Mundial de la salud, 1976. (OMS- Ser.inf.tecn. 584).

18. COSTA, J.& TALIBERTI, M.P.L.- Consumo de um suplemento alimentar por gestantes e nutrízes de uma unidade de saúde de Ribeirão Preto, S. Paulo (Brasil) Rev. saúde públ., S. Paulo, 15: 472-477, 1981.
19. DELGADO, H. et al.- Aplicación de técnicas simplificadas a programas de salud maternoinfantil: los aspectos nutricionales de alto riesgo. Bol. Ofic sanit. panamer., 84: 295-305, 1978.
20. FERREIRA, A.B. de H.- Dicionário da língua portuguesa. S. Paulo, Nova Fronteira, s.d.
21. FREEDMAN, R.L.- Investigación en matéria de nutrición en la Republica Popular de China. Alim. Nutr., 5: 35-37, 1979.
22. HANLON, J.- Principios de administración sanitaria: nutrición y salud pública. 2ª ed. Mexico, La Prensa Mexicana, 1954
23. HARDY, E. et al.- Programa comunitário de estímulo ao aleitamento materno, descrição de uma experiência. S. Paulo. Rev. assoc. méd. bras., 27: 288-290, 1981.
24. HOWARD, J.S.- Nutrição e saúde. Rev. ABIA/SAPRO, S. Paulo, (48): 2 - 34, 1980.

25. INTERNATIONAL UNION OF NUTRITION SCIENCES- Guide lines on policies and procedures for community action and family nutrition programmes. J.trop. Pediat., 26: 156-166. 1980.
26. IUNES, M., coord.- Estado nutricional das crianças de 6 a 60 meses no município de São Paulo: relatório. S, Paulo, Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas/Instituto de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, 1975. V.2.
27. JATENE, A. et al.- Assistência à saúde na região Metropolitana de São Paulo, Brasil. São Paulo, Gráfica D.A.S., 1981.
28. JELLIFFE, E.F.P.- A promoção da amamentação no mundo: novos enfoques e programas inovativos. S. Paulo, 1981. (Apresentado em Conferência sobre Aleitamento Materno.Instituto da Criança de São Paulo..(Mimeografado).
29. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P.- Human milk in the modern world. London, Oxford University Press, 1978.
30. KALIL, A.C. et al.- Evolução do estado nutricional de pré-escolares matriculados em atividade de suplementação alimentar. Rev.ABIA/SAPRO, S.Paulo, (56): 38-47, 1981.

31. KRUSE, B.- Programas de intervenção nutricional.
Rio de Janeiro, 1979. (Apresentado ao 3º Encontro de Ciência e Tecnologia de Alimentos).
32. LAURENTI, R.- Alguns aspectos particulares referentes aos resultados da investigação interamericana de mortalidade na infância na área do projeto de São Paulo. Bol. Ofic. sanit. panamer., 79: 1- 14, 1975.
33. LECHTIG, A. & ARROYAVE, G.- El problema nutricional en America Latina: definición, causas e lineas de acción para desviar-lo Bol. Ofic. sanit. panamer., 86: 478-494, 1979.
34. LECHTIG, A. et al.- Effect of food supplementacion during pregnancy on birth weight. Pediatrics, 56: 508-20, 1975.
35. LECHTIG, A. et al.- Maternal nutrition and fetal growth in developing countries. Amer. J. Dis. Child., 129: 553-556, 1975
36. LECHTIG, A. et al.- Maternal nutrition and fetal growth in developing societies: socioeconomic factors. Amer. J. Dis. Child, 129: 434-437, 1975.
37. LEI, A.L. coord. - Estudo e operacionalização dos principais aspectos na área de nutrição. Rev. ABIA/SAPRO, S.Paulo, (50): 30-45, 1980.

38. LESER, W.S.P.- Crescimento da população da cidade de São Paulo entre 1950 e 1970, e seu reflexo nas condições de Saúde Pública. Cien. Cult., 27: 244-256, 1975.
39. LESER, W.S.P. et al.- Região Metropolitana de São Paulo: diagnóstico 75; Desenvolvimento Socio-Econômico, saúde. São Paulo. 1975 (Mimeografado).
40. LIMA, J.V. et al.- Pesquisa sobre a distribuição e aceitação do Gestal em centros de saúde da DRS-3. São Jose dos Campos. S.Paulo, 1977. (Mimeografado).
41. MARCONDES, R. et al.- Crescimento de crianças brasileiras, peso e altura segundo idade e sexo. An. Nestlé, (84, supl.2):1-200 , 1974.
42. MARQUES, M.B.- A atenção materno infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R., org. Saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978. p. 121-146.
43. MARTINS, I.S.- Revisão na análise da situação alimentar no Estado de São Paulo. Rev. ABIA/SAPRO, S. Paulo, (45): 2-8, 1979.
44. MARTINS, I.S. et al.- Relação entre consumo alimentar e renda familiar na cidade de Iguape, São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 11: 27-38, 1977.

45. METAS y estrategias de alimentación y nutrición para la década de 1971-1980: Plan Decenal de Salud para las Americas. Bol. Ofic. sanit. panamer., 73: 375-381. 1972.
46. MITCHELL, H.S. et al.- Nutrição. 16ª ed. R.Janeiro, Ed. Interamericana, 1978.
47. MONETTI, V.- Informação nº 24/70 sobre Departamento Estadual da Criança. São Paulo, 1970. (Mimeo grafado).
48. MONETTI, V. et al.- Mortalidade materna e na infância no Estado de São Paulo. S. Paulo, Instituto de Saúde, 1975.(I.S.- Publicação, 24).
49. MONTEIRO, C.A.- A desnutrição e o planejamento econômico-social. Saúde Deb., S.Paulo, 3 (4/6): 58-67, 1977.
50. MONTEIRO, C.A.- O peso ao nascer no município de São Paulo: impacto sobre os níveis de mortalidade na infância. São Paulo, 1979. (Tese de doctoramento Faculdade de Saúde Pública - USP)
51. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD-Actividades de nutrición en el nivel local de um servicio general de salud. Washington, D.C., 1969. (OPAS-Publ. cient., 179)

52. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.- Elementos de una política de alimentación y nutrición en América Latina. Washington, D.C., 1969. (OPAS-Publ. cient., 194).
53. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.- Guia para la organización de servicios de salud en áreas rurales y la utilización de personal auxiliar. Washington,, D.C., 1974. (OPAS- Publ. cient., 290).
54. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.- La nutrición y la comunidad . Washington, D.C., 1973. (OPAS- Publ.Cient., 269).
55. PELLET, P.- Marasmo: um problema que persiste na Libia Rev. ABIA/SAPRO, S.Paulo, (31): 26-27, 1977:
56. PHILIPPI, S.T.- Suplementação alimentar nos programas de assistência à criança e à gestante. São Paulo, 1978. (Mimeografado).
57. PHILIPPI, S.T. & BENICIO, M.H.- Implantação da atividade de suplementação alimentar no Programa Mater no Infantil da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11º. Rio de Janeiro, 1978. Resumos, Rio de Janeiro, 1978, p. 470.

58. PHILIPPI, S.T. et al.- Análise da atividade de suple mentação alimentar - leite integral - no Programa de Assistência à Criança da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na Grande São Paulo. In: ' CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIETETICA, 8º e CONGRES SO LATINO-AMERICANO DE NUTRICIONISTAS E DIETISTAS, 6º, São Paulo, 1980. Resumos. São Paulo, 1980, p.60.
59. PHILIPPI, S.T. et al.- Avaliação da atividade de Su plementação alimentar no Programa de Assistência à Gestante na Secretaria de Estado da Saúde de ' São Paulo de 1977-1979. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIETÉTICA, 8º e CONGRESSO LATINO AMERICANO DE NUTRICIONISTAS E DIETISTAS, 6º São Paulo.1980. Resumos. São Paulo, 1980, p.60.
60. PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - PRONAN 1976/1979. Brasília, Instituto Nacional de Alimen tação e Nutrição (INAN), Instituto de Planejam~~en~~ to Econômico e Social (IPEA), 1976. (INAN-06/76).
61. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.- Características de la ' mortalidade en la niñez. Washington, D.C., Organi zación Panamericana de la Salud., 1973. (OPAS - Publ. cient., 262).
62. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE - Diretrizes do gover no de São Paulo para desenvolvimento global do ' estado no quadriênio 1975-1978. São Paulo, 1975 (Mimeografado).

63. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE - Reforma administrativa: textos legais e regulamentos: 1967-1970. São Paulo, 1971.
64. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE - Relatório sobre as causas da diminuição do Gestal pela área de educação do Distrito Sanitário da Iapa. São Paulo, 1979. (Mimeografado).
65. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Relatório sobre Estratégia de governo para a Secretaria de Estado da Saúde para o período de 1975 a 1978. São Paulo, s.d. (Mimeografado).
66. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE - Coordenadoria de Saúde da Comunidade - Circular 06/72 RIG Departamento Regional da Grande São Paulo. São Paulo, 1972. (Mimeografado).
67. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Instruções sobre suplementação alimentar às crianças; às nutrízes. São Paulo, 1976 (Mimeografado).
68. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE - Coordenadoria de Saúde da comunidade - Instruções sobre suplementação alimentar às gestantes. São Paulo, 1976. (Mimeografado).
69. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE; Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Manual de antropometria. São Paulo, 1976. (Mimeografado).

70. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saúde de da Comunidade - Material de consulta para pessoal auxiliar em pós-consulta ou atendimento de enfermagem em orientação à mãe. São Paulo, 1976. (Mimeografado).
71. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saúde de da Comunidade - Programa de assistência à criança. São Paulo, 1976. (Mimeografado).
72. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saúde de da Comunidade: Programa de assistência à gestante. São Paulo, 1976. (Mimeografado).
73. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de saúde de da Comunidade- Programa de nutrição. São Paulo, 1972. (Mimeografado).
74. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saúde de da Comunidade - A Programação de saúde. São Paulo, 1976. (Mimeografado).
75. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saúde de da Comunidade - Roteiro alimentar padronizado para o 1º ano de vida. São Paulo, 1976. (Mimeografado).
76. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saúde de da Comunidade - Rotina para distribuição de leite pelas unidades da C.S.C., Circular 002/74. São Paulo, 1974. (Mimeografado).

77. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saú
de da Comunidade - Rotina para distribuição de
leite pelas unidades operacionais da C.S.C. São
Paulo. 1970. (Mimeografado).
78. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saú
de da Comunidade - Sistemática de aquisição, con
trole e distribuição dos suplementos alimentares
Ofício Circular CG nº 93/77. São Paulo, 1977.
(Mimeografado).
79. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Coordenadoria de Saú
de da Comunidade - Tabelas de peso e altura.
São Paulo , 1976. (Mimeografado).
80. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE. Instituto de Saúde
Manual básico de nutrição. 2ª ed. rev. São Pau
lo, 1979. (I.S. - Publicação, 34).
81. SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE . Instituto de Saúde
Projeto de Incentivo ao Aleitamento Materno. ma
nual de informações e instruções para as equipes
de saúde. São Paulo, 1979. (I.S.-Pulicação,37)
82. SIGULEM, D.M. Contribuição ao estudo da desnutrição
energética proteica em crianças de 6 a 60 meses
no município de São Paulo. São Paulo, 1980. (Dis
sertação de Mestrado, Escola Paulista de Medici
na).

83. SIGULEM, D.M. & TUDISCO, E.S.- Aleitamento natural em diferentes classes de renda no município de São Paulo. Arch. lat.-amer.Nutr., 30: 400-417, 1980.
84. SIGULEM, D.M. et al.- Desnutrição, infecção e utilização de serviços de saúde em população de baixa renda no município de São Paulo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, 11^o, Rio de Janeiro, 1978. Resumos. Rio de Janeiro, 1978. p. 283.
85. SIMÕES, A.M. et al.- Aceitação de Gestal por gestantes no Centro de Saúde I de Bauru. Rev. Bras. Enf. 33: 201-207, 1980.
86. SUPLEMENTAÇÃO alimentar a gestantes para reduzir coeficiente de mortalidade infantil. Saúde., São Paulo, (2): 1, 1976.
87. STEFANINI, M.L.R.- Suplementação alimentar na secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, utilizando produto industrializado ou produtos básicos. São Paulo, 1981. (Trabalho apresentado à Disciplina de Pós-Graduação de Economia da Nutrição e Alimentação, Escola de Economia da USP - Mimeografado).
88. TINOCO, A. da F.- Sistemas de saúde e planejamento. São Paulo, 1978. (Tese de livre docência - Faculdade de Saúde Pública - USP).

89. TORO, N.G. & BARROS, A.I.- Programas de alimentación complementaria del sector salud en Chile. Bol. Ofic. sanit. panamer., 89: 563-571. 1980.
90. TUDISCO, E.S. Contribuição para a avaliação da influência ao estado nutricional materno na duração do aleitamento materno. São Paulo, 1981.
(Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública, USP).
91. VALENTE, J.C.- O SIBAN e as políticas e programas governamentais na área de alimentação e nutrição Rev. ABIA/SAPRO, S. Paulo, (53): 44-50 , 1981.

ANEXO 1

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

3-3

INSTRUÇÕES SOBRE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR À CRIANÇA

SUPLEMENTO ALIMENTAR: Leite em pó integral (padronizado pelo "Roteiro Alimentar padronizado para o 1º ano de vida").

INSCRIÇÃO:

Toda-criança de 0 a 12 meses inscrita no Programa de Assistência à Criança, terá direito a receber leite.

INDICAÇÃO:

A suplementação alimentar para crianças estará sujeita à indicação que deverá ser feita por ocasião da primeira consulta médica. A não indicação médica inicial poderá ocorrer, somente, nos casos em que houver justificativa clínica para a contra-indicação da suplementação, que deverá ser anotada no Prontuário de Assistência Médico-Sanitária.

DURAÇÃO:

A duração do fornecimento do leite à criança dependerá da criança estar ou não sendo aleitada ao seio por ocasião da inscrição no Programa.

- Criança cuja mãe estava recebendo Gestal, deverá receber leite' durante 12 meses, a partir do 1º mês em que a nutriz parar de amamentar. (incentivo no aleitamento natural)

Observação:

Em casos de crianças distróficas a duração do fornecimento do leite poderá ser prolongado a critério médico

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

A-2

CONTROLE E AVALIAÇÃO:

Toda vez que a criança estiver agendada para atendimento de rotina ela deverá, obrigatoriamente, na pré-consulta, ser pesada e medida, sendo seu peso e altura anotados no Prontuário de Assistência Médico-Sanitária, para avaliação pondo-estatural.

No atendimento de enfermagem ou consulta médica de rotina devem ser observadas as variações de peso das crianças com os dados da tabela adotada.

Por ocasião do atendimento de enfermagem ao se constatar que:

- o peso atual da criança está abaixo do peso da tabela adotada,
- a criança não ganhou ou perdeu peso, em relação ao peso verificado no atendimento do mês anterior,
- apresentar queixa ou sinal de anormalidade,

A criança deverá ser encaminhada à consulta médica.

Requisitos necessários:

A criança deverá estar, obrigatoriamente, em dia com o esquema de vacinação, frequência adequada às consultas médicas e atendimentos de enfermagem de rotina, segundo o cronograma de atendimento.

Caso algum desses requisitos não esteja sendo cumprido, a criança deverá ser imediatamente encaminhada para a realização dessas atividades, se possível no mesmo dia ou agendadas o mais breve possível.

A mãe deverá ser orientada para que o fato não ocorra novamente, pois desta forma estará prejudicando gravemente seu filho. Nestas ocasiões a mãe deverá levar 50% do suplemento ficando o restante para depois do cumprimento efetivo das atividades requeridas

ENDAMENTO E REGISTRO

No mesmo dia em que a criança for agendada para consulta médica ou atendimento de enfermagem de rotina, deverá receber o leite.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

A-3

Cada entrega deverá ser registrada no Prontuário de Assistência Médico-Sanitária e no Mapa de Trabalho Diário.

FORNECIMENTO E ORIENTAÇÃO

O leite deverá ser fornecido mensalmente, durante a pós-consulta ou atendimento de enfermagem de rotina, acompanhado, obrigatoriamente, de orientação à mãe de acordo com a idade da criança e o estado nutricional atual, seguindo o esquema alimentar do "Roteiro Alimentar Infantil padronizado para o 1º ano de vida". Nestas ocasiões, a mãe deverá receber os folhetos explicativos de acordo com a idade da criança.

QUANTIDADE

Estas quantidades de latas de leite em pó integral (500 gramas/lata), deverão ser rigorosamente observadas e mantidas:

- Do 1º ao 12º mês - 4 latas
- Após o 12º mês manter a mesma quantidade (4 latas)

OBSERVAÇÃO

Se as Unidades receberam latas de leite em pó em embalagem de 1 quilo, os clientes deverão receber a metade da quantidade recomendada ou seja:

- Do 1º ao 12º mês - (2 latas)
- Após o 12º mês manter a mesma quantidade (2 latas)

ANEXO 2

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

A-4

INSTRUÇÕES SOBRE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR À GESTANTE

SUPLEMENTO ALIMENTAR : GESTAL

INSCRIÇÃO :

Toda gestante inscrita no Programa de Assistência à Gestante, qualquer que seja o período de gestação terá direito a receber Gestal.

INDICAÇÃO

A suplementação alimentar para gestantes estará sujeita à indicação que deverá ser feita por ocasião da primeira consulta médica. A não indicação médica inicial para gestantes poderá ocorrer somente nos casos em que houver justificação clínica para a contra-indicação da suplementação, que deverá ser anotada no Prontuário de Assistência Médico-Sanitária.

DURAÇÃO

A gestante deverá receber Gestal durante todo período gestacional independentemente da época de inscrição no Programa.

CONTROLE E AVALIAÇÃO

Toda vez que a gestante estiver agendada para atendimento de rotina, ela deverá, obrigatoriamente, na pré-consulta, ser pesada, sendo seu peso anotado no Prontuário de Assistência Médico-Sanitária, para controle e avaliação do peso.

No atendimento de enfermagem ou consulta médica de rotina devem ser observadas as variações de peso.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

A-5

Por ocasião do atendimento de enfermagem ao se constatar que:

- a gestante ganhou menos de 500 gramas em relação ao peso verificado no atendimento do mês anterior,
- a gestante ganhou mais de 1500 gramas em relação ao peso verificado no atendimento do mês anterior;
- apresentar queixas ou sinal de anormalidade,

A gestante deverá ser encaminhada à consulta médica.

Requisitos necessários :

A gestante deverá estar, obrigatoriamente, em dia com o esquema de vacinação (antitetânica), frequência adequada às consultas médicas e atendimentos de enfermagem de rotina, segundo o cronograma de atendimento.

Caso algum destes requisitos não esteja sendo cumprido, a gestante deverá ser imediatamente encaminhada para a realização dessas atividades, se possível no mesmo dia ou agendadas o mais breve possível.

A gestante deverá ser orientada para que o fato não ocorra novamente, pois desta forma estará prejudicando o bebê que irá nascer. Nestas ocasiões a gestante deverá levar 50% do seu suplemento ficando o restante para depois do cumprimento efetivo das atividades requeridas.

AGENDAMENTO E REGISTRO :

No mesmo dia em que a gestante for agendada para consulta médica ou atendimento de enfermagem de rotina, deverá receber o Cestal. Cada entrega deverá ser registrada no Prontuário de Assistência Médico-Sanitária e no Mapa de Trabalho Diário.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

A-6

FORNECIMENTO E ORIENTAÇÃO

O Gestal deverá ser fornecido mensalmente, durante a pós-consulta ou atendimento de enfermagem de rotina, acompanhado obrigatoriamente, de orientação às gestantes sobre o suplemento recebido e os cuidados com a sua alimentação.

QUANTIDADE :

A gestante deverá receber, mensalmente, três quilos de Gestal devendo tomar 100 gramas por dia.

ANEXO 3

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

A-7

INSTRUÇÕES SOBRE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR À NUTRIZ

SUPLEMENTO ALIMENTAR : GESTAL

INSCRIÇÃO:

Toda mãe que tiver seu filho inscrito no Programa de Assistência à criança e estiver aleitando-o ao seio, terá direito de receber Gestal.

INDICAÇÃO:

A suplementação alimentar para nutrízes estará sujeita à indicação que deverá ser feita por ocasião da primeira consulta médica. A não indicação médica inicial poderá ocorrer, somente, nos casos em que houver justificação clínica para a contra indicação da suplementação, que deverá ser anotada no Prontuário de Assistência Médico-Sanitária.

DURAÇÃO

A nutriz deverá receber Gestal durante o período em que estiver aleitando ao seio.

CONTROLE E AVALIAÇÃO

A avaliação e controle será feito através da criança. Toda vez que a criança estiver agendada para atendimento de rotina, ela deverá, obrigatoriamente, na pré-consulta, ser pesada e medida, sendo seu peso e altura anotados no Prontuário de Assistência Médico Sanitária, para avaliação pondó-estrutural.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

A-3

No atendimento de enfermagem ou consulta médica de rotina devem ser observadas as variações de peso das crianças com os dados da tabela adotada.

Por ocasião do atendimento de enfermagem ao se constatar que:

- o peso atual da criança está abaixo do peso da tabela adotada.
- a criança não ganhou ou perdeu peso, em relação ao peso verificado no atendimento do mês anterior,
- apresentar queixa ou sinal de anormalidade

A criança deverá ser encaminhada à consulta médica.

Requisitos necessários :

A nutriz deverá estar com sua criança, obrigatoriamente, em dia com o esquema de vacinação, frequência adequada às consultas médicas e atendimentos de enfermagem de rotina, segundo o cronograma de atendimento.

Caso algum desses requisitos, não esteja sendo cumprido, a criança deverá ser imediatamente encaminhada para a realização dessas atividades, se possível no mesmo dia ou agendadas o mais breve possível.

A nutriz deverá ser orientada para que o fato não ocorra novamente, pois desta forma estará prejudicando gravemente seu filho.

Nestas ocasiões a nutriz deverá levar 50% do seu suplemento ficando o restante para depois do cumprimento efetivo das atividades requeridas.

AGENDAMENTO E REGISTRO :

No mesmo dia em que a criança for agendada para consulta médica ou atendimento de enfermagem, a nutriz deverá receber Gestal.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

A-9

Cada entrega deverá ser registrada no Prontuário de Assistência Médico-Sanitária e no Mapa de Trabalho Diário.

FORNECIMENTO E ORIENTAÇÃO :

O Gestal deverá ser fornecido mensalmente, durante a pós-consulta ou atendimento de enfermagem de rotina da criança, acompanhado obrigatoriamente de orientação à nutriz sobre o suplemento recebido.

A nutriz deverá ser sempre incentivada a manter o aleitamento ao seio e orientada no sentido de que receberá o Gestal enquanto estiver aleitando.

Ao se constatar a insuficiência ou ausência do leite materno, a suplementação alimentar passará ser fornecida à criança por indicação médica, durante 12 meses.

A nutriz, ainda deverá ser orientada sobre a alimentação da criança, de acordo com a idade da criança e o estado nutricional atual, seguindo o esquema alimentar do "Roteiro Alimentar Infantil padronizado para o 1º ano de vida". Nestas ocasiões a nutriz deverá receber os folhetos explicativos de acordo com a idade da criança.

QUANTIDADE :

A nutriz deverá receber, mensalmente, quatro quilos e meio de Gestal, devendo tomar 150 gramas por dia.

Nos casos em que o desmame for iniciado, a nutriz passará a receber 50% do Gestal e a criança deverá receber 50% do leite. A suplementação deverá ser registrada, nestas ocasiões, como sendo fornecida, somente, à nutriz.