

**POLÍTICA PÚBLICA DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR:
CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO VIVALEITE
NO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ – SÃO PAULO**

MARLY MATIKO VISKI

Dissertação de mestrado apresentada ao
Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para
obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração : Nutrição

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sophia C. Szarfarc

São Paulo

2004

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profª SOPHIA C. SZARFARC, que além de me transmitir parte de seus conhecimentos, sempre me ofereceu um *café* e um *ombro amigo* nos momentos mais difíceis.

À ROSANGELA A. AUGUSTO, pelo grande auxílio no trabalho estatístico, disponibilizando sempre, paciência e boa vontade.

À CODEAGRO/SECRETARIA DE AGRICULTURA E ABASTECIMENTO DO ESTADO DE SÃO PAULO pelas informações, pelo material cedido e pela colaboração de nutricionistas e estagiárias.

À Dra. ROSELI MONICI DE PAULA MACHADO, coordenadora do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente, da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, pelo interesse.

À minha mãe, pelo apoio e estímulo.

À minha filha, Heloisa.

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pela bolsa de estudo concedida.

RESUMO

Viski MM. **Política pública de suplementação alimentar: caracterização do Projeto Vivaleite no município de Santo André – SP.** São Paulo; 2004 [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Verificar se as diretrizes propostas no Projeto Vivaleite, no município de Santo André estão sendo seguidas e avaliar a prevalência de anemia entre os beneficiários. **Metodologia.** Através de entrevista com os responsáveis por 42 das 43 entidades que distribuem o Vivaleite em Santo André, foram identificados os critérios adotados para inclusão/exclusão das famílias cadastradas. Entre as famílias de 6 instituições selecionadas (amostra não probabilística) e que participaram do estudo (138 de 211 convocadas e há mais de 3 meses no Projeto), identificou-se a situação sócio-econômica (renda, escolaridade e trabalho), a ingestão referida de leite fortificado ou não e a prevalência de anemia. O diagnóstico de anemia foi feito pela dosagem da concentração de hemoglobina com sangue colhido por punção digital, sendo a leitura realizada no Hemocue e valor crítico 11,0 g [Hb]/dL. **Resultados e discussão.** As entidades credenciadas no Vivaleite, no município de Santo André, seguem critérios próprios para inclusão das crianças beneficiárias. Elas não priorizam as menores de 24 meses de idade, conforme estabelecido no Programa sendo que apenas 12,6% das crianças encontravam-se nesta faixa etária. O critério de renda para ingresso no Projeto Vivaleite (≤ 2 salários-mínimos) não foi atendido por 36,0% das famílias. Quanto à escolaridade 87,3% das mães e 85,8% dos pais não iniciaram o ensino médio sendo que mais de metade deles não passaram da 4ª série escolar. Com relação ao trabalho, 24 entrevistados referiram que nenhum dos responsáveis (pai e mãe) estava trabalhando.

Entre os pais, 31% estavam desempregados e 53,6% das mães trabalhavam. Nas famílias que referiram renda superior a 2 salários-mínimos, 83% das mães trabalhavam. A prevalência de anemia nas crianças amostradas foi de 55,1%, sendo que, entre as menores de 24 meses esse percentual elevou-se para 72,3%. As associações entre anemia e: idade, renda familiar, trabalho materno e frequência em creche foram estatisticamente significativas, mas não foi observada a mesma significância entre anemia e escolaridade materna e com o nº total de crianças menores de 5 anos no domicílio. Com relação ao consumo de leite, 80,0% das mães referiram a ingestão, pela criança-alvo, de outro tipo de leite, sendo que, mesmo entre aquelas que referiram o consumo exclusivo do Vivaleite, o volume referido ultrapassava, em muito, aquele distribuído. Apesar da pequena credibilidade que se pode dar às respostas obtidas, observou-se elevado consumo de leite não fortificado (> 500 mL/dia). Destaca-se que as mães não diferenciavam a qualidade do leite fortificado do não fortificado. Para elas, o Vivaleite serve apenas para diminuir os gastos com a aquisição do produto. A baixa eficácia do programa no controle da anemia possivelmente pode ser justificada pela elevada ingestão de leite não fortificado juntamente com a baixa ingestão de leite fortificado. **Considerações finais.** Sugere-se: análise periódica da quantidade e composição dos nutrientes adicionados ao leite, revisão da forma como a prioridade dada para a idade está apresentada no Edital e como estão sendo operacionalizadas a captação e manutenção dos beneficiários. Além disso, atividades que levem à *conscientização da importância do Vivaleite tanto para as entidades quanto para os beneficiários*, podem contribuir para a valorização do programa entre os envolvidos e diminuição da prevalência da anemia.

Descritores: Suplementação alimentar. Projeto Vivaleite. Leite fortificado. Anemia.

ABSTRACT

Viski MM. Dietary supplementation public politic: Vivaleite Project characterization in Santo André city. São Paulo; 2004 [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective. To verify if the lines of direction proposed by the Vivaleite Project, in the city of Santo André, are being followed, and to evaluate the prevalence of anemia among the beneficiaries. **Methodology.** The responsible ones for 42 of the 43 entities that distribute the Vivaleite milk in Santo André were interviewed in order to identify the criteria adopted for inclusion/exclusion of the registered families). The following informations were obtained from the families of 6 selected institutions (non probabilistic sample), which took part in the study (138 of 211 called families and more than 3 months in the Project): the socioeconomic situation (income, education and work), if the fortified milk is being consumed, and the prevalence of anemia. The anemia diagnosis was made by the dosage of hemoglobin concentration in blood, through digital puncture; the reading was made following the Hemocue system and the critical value adopted was 11,0 g [Hb]/dL. **Results and discussion.** The Vivaleite qualified entities in the city of Santo André follow their own inclusion criteria for the beneficiary children. The children younger than 24 months do not take priority in the program, as established; only 12.6% of them presented this age. The criterion of income for ingression in the Vivaleite Project (2 minimum wages) was not followed by 36,0% of the families. As for education, 87.3% of the mothers and 85.8% of the fathers had not initiated the high school, and more than half of them had not passed the 4^a degree at elementary school. With regard to the work, 24 interviewed people related that none of the responsible ones (father and mother) was working. Among the fathers, 31% were unemployed and 53.6%

of the mothers were employed. In the families who related income superior to 2 minimum wages, 83% of the mothers were employed. The prevalence of anemia in the sampled children was 55,1%, and this percentage raised to 72,3% among the children younger than 24 months. The associations between anemia and age, family income, maternal work and frequency in day-care center were statistically significant; however, the same significance was not observed between anemia and maternal education and with total amount of children younger than 5 years in the domicile. With regard to the milk consumption, 80.0% of the mothers related that the “target child” was consuming another kind of milk. Moreover, even between the children referred to consume Vivaleite milk exclusively, the mentioned amount exceeded, considerably, the distributed amount. Despite the poor credibility of the given answers, a considerable non fortified milk consumption was observed (> 500 mL/day). It was outstanding the fact that the mothers did not differentiate the quality between the two kinds of milk – the fortified and non fortified one. In their opinion, the Vivaleite milk is useful only because it reduces the expenses in general. The little effectiveness of the program in the anemia control can possibly be justified by the high consumption of non fortified milk and the low consumption of fortified milk. **Final considerations.** It is suggested: the regular analysis of the added nutrients in the milk; the revision of the age criteria presented by the Edictal and how the captation and maintenance of the beneficiaries work. Moreover, educational activities for the entities and the beneficiaries, aiming the consciousness of Vivaleite milk relevance can contribute for the program valorization by the people involved and the reduction of the anemia prevalence.

Describers: Dietary supplementation. Vivaleite Project. Fortified milk. Anemia.

LISTA DE TABELAS

Nº		Pág.
1	Distribuição das entidades, segundo número de cotas recebidas.	30
2	Distribuição das entidades segundo critérios adotados para inclusão/substituição das famílias.	35
3	Distribuição das crianças atendidas, segundo faixa etária.	36
4	Distribuição das crianças estudadas, segundo faixa etária e local onde recebem o leite.	37
5	Distribuição das crianças estudadas, segundo níveis de renda familiar.	38
6	Distribuição das famílias estudadas, segundo escolaridade (anos completos) dos responsáveis.	39
7	Distribuição das famílias estudadas, segundo renda familiar e escolaridade dos pais (anos de estudo).	39
8	Prevalência de anemia nas crianças estudadas, segundo idade (meses).	45
9	Prevalência de anemia nas crianças estudadas, segundo renda familiar (salário-mínimo).	45
10	Prevalência de anemia nas crianças estudadas, segundo escolaridade materna (anos de estudo).	46
11	Distribuição do estado nutricional de ferro das crianças estudadas, segundo trabalho materno.	47
12	Distribuição do estado nutricional de ferro das crianças que freqüentam as creches estudadas.	47
13	Distribuição do estado nutricional de ferro entre as crianças menores de 24 meses segundo freqüência em creche.	49
14	Prevalência de anemia entre as crianças menores de 24 meses de idade, segundo o número de menores de 5 anos na família.	50
15	Prevalência de anemia, segundo consumo diário (mL) de leite, independente da origem, referido pelo responsável.	51
16	Prevalência de anemia entre as crianças institucionalizadas, maiores de 24 meses, segundo consumo semanal de Vivaleite (mL).	49

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
Os Programas de Suplementação Alimentar	5
A Distribuição de Leite no Estado de São Paulo	14
A Anemia e suas Conseqüências	16
O Projeto Estadual do Leite Vivaleite	20
OBJETIVOS	22
Objetivo Geral	22
Objetivos Específicos	22
METODOLOGIA	23
RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
Entidades Participantes do Vivaleite	31
A População Estudada	37
O Leite na Alimentação das Crianças Beneficiadas pelo Vivaleite	41
CONCLUSÕES	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS:	
Anexo 1	Decreto nº 44.569 de 22/12/1999 – institui o Projeto Estadual do Leite Vivaleite dentro do Programa Estadual de Alimentação e Nutrição para populações carentes, em substituição ao Programa Campo/Cidade-Leite
Anexo 2	Decreto nº 45.014 de 28/06/2000 – altera o Decreto 45.569 de 22/12/1999
Anexo 3	Resolução SAA nº 24 de 01/8/2000, da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo – regulamenta o Projeto Vivaleite, estabelecendo as regras de credenciamento e de participação de entidades da sociedade civil e prefeituras municipais na sua execução
Anexo 4	Relação das entidades participantes do Vivaleite no município de Santo André
Anexo 5	Questionário – Caracterização das Entidades
Anexo 6	Carta convite às mães
Anexo 7	Questionário – Caracterização das Famílias
Anexo 8	Encaminhamento à Unidade Básica de Saúde
Anexo 9	Mapa do Município (área urbana e área de expansão rural) e localização das entidades
Anexo 10	Ficha cadastro da família
Anexo 11	Resumo de alguns trabalhos nacionais realizados com FeChel

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, apesar da sensível melhoria das condições de saúde da população brasileira, dentre muitos fatores, devido à expansão do saneamento básico e dos serviços de saúde e a diminuição da taxa de crescimento populacional (MONTEIRO e col. 2000a), as carências nutricionais, particularmente de ferro, continuam a ser preocupantes e constituem, ainda hoje, objeto de políticas públicas, tanto na área social, quanto na área de saúde.

No Brasil, a elevada prevalência da carência de ferro é um dos problemas nutricionais que mais representa risco à saúde e ao desenvolvimento de indivíduos. O acesso restrito aos alimentos e, conseqüentemente, seu consumo inadequado, é uma das causas que levam a esses problemas. Por sua vez, o acesso diário aos alimentos depende não só da habilidade da família em obtê-los mas, principalmente, da disponibilidade de renda para a sua aquisição, que depende, por sua vez, de políticas voltadas ao desenvolvimento econômico e de distribuição de renda (UNICEF 1998).

Desde a década de 30, ações voltadas para a área de alimentação e nutrição vêm sendo implantadas no País, destacando-se os programas de suplementação alimentar como uma medida compensatória enquanto políticas que acelerem o desenvolvimento econômico e uma melhor redistribuição de renda não são efetivadas. Esses programas vêm sendo ao mesmo tempo pouco avaliados e duramente criticados em sua maioria (TADDEI 1987; PELIANO 1990; RONDÓ 1990; BEHAR 1991; COSTA 1992; SCHMITZ e col. 1997; LAVINAS 2000), embora sejam reconhecidos como ações necessárias e dever do Estado.

Com a ampliação dos conhecimentos na área de nutrição e da epidemiologia, os programas de suplementação alimentar assumiram algumas características adicionais além do critério sócio-econômico. Assim, o critério biológico para os indivíduos em risco nutricional (crianças, gestantes e nutrizes), a seleção de alimentos a serem distribuídos, a vinculação desses programas às ações básicas de saúde e a fortificação de alimentos representam avanços na tentativa de se melhorar os indicadores de saúde e de nutrição do País.

O presente estudo não se volta para a análise crítica dos programas de suplementação alimentar, mesmo porque este aspecto está amplamente contemplado na literatura. Focaliza uma política pública que pode contribuir para a diminuição e controle da anemia ferropriva em crianças, problema nutricional de maior magnitude atualmente.

Neste contexto, cabe ressaltar a importância da fortificação de alimentos, especialmente com ferro, justificada conforme já foi salientado, pela elevada prevalência e crescente aumento de anemia em crianças e gestantes, encontrada em várias regiões brasileiras (SZARFARC e SOUZA 1997).

Considerada a melhor estratégia para a prevenção e controle da deficiência de micronutrientes, a fortificação de alimentos vem sendo utilizada em vários países, há várias décadas (LOTFI e col. 1996). Para a seleção dos alimentos a serem utilizados como veículos de micronutrientes é importante considerar alguns fatores:

- ✓ devem ser consumidos basicamente por toda a população-alvo;
- ✓ deve existir uma pequena variação no seu consumo *per capita* de um dia para outro;

- ✓ a fortificação não deve alterar as características sensoriais e a aceitação do veículo;
- ✓ o nutriente agregado deve ser estável às condições normais de utilização e armazenamento;
- ✓ o custo e a natureza do veículo devem ser tais que permitam que a sua fortificação seja economicamente viável através do processo industrial;
- ✓ deve ser seguro, do ponto de vista nutricional (NILSON 1993).

Na América Latina, destacam-se várias pesquisas realizadas no Chile com a suplementação de leite em pó com ferro (STEKEL e col. 1986; OLIVARES e col. 1989; HERTRAMPF e col. 1990; HERTRAMPF e col. 1991; PIZARRO e col. 1991). No Brasil, outros alimentos como a água potável (FERREIRA e col. 1991), farinha de trigo fortificada com concentrado de hemoglobina bovina (NOGUEIRA e col. 1992) e o açúcar (CARDOSO e col. 1997) também foram avaliados como alimentos passíveis de serem fortificados.

Para os lactentes, no entanto, estudos nacionais realizados por TURCONI e TURCONI (1994), TORRES e col. (1995) e TORRES e col. (1996) comprovaram que o leite é o alimento mais adequado à fortificação, em virtude de seu consumo universal.

Em 2002, o Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, aprovou a legislação para a fortificação de farinhas de trigo e milho, o que certamente, contribuirá para a diminuição da prevalência de anemia no País.

No Estado de São Paulo, merece destaque dentre os programas de suplementação alimentar vigentes, a política de intervenção denominada “Projeto

Estadual do Leite Vivaleite”, que oferece, gratuitamente, o alimento fortificado à população, beneficiando cerca de 720 mil famílias em todo o Estado.

Cabe, além disso, abordar a evolução histórica dos programas de suplementação alimentar no Brasil e, em especial, a política de distribuição de leite no Estado de São Paulo até os dias atuais, com o programa Vivaleite. Descrevê-lo e analisá-lo dentro do contexto da política de alimentação e nutrição vigente é o objeto deste estudo, tendo em vista a gravidade do problema da anemia no País.

Os Programas de Suplementação Alimentar

Na história do Brasil, a preocupação com a alimentação despertou interesse desde os tempos coloniais (BATISTA Fº e BARBOSA 1985), mas foi a partir da década de 30 que os problemas relacionados à alimentação começaram a ser encarados no âmbito das políticas públicas e como questões de saúde pública.

Do ponto de vista histórico, as políticas públicas voltadas para a área de alimentação e nutrição eram entendidas sob três aspectos: apoio à produção de alimentos (política de abastecimento), controle da qualidade e dos preços dos alimentos comercializados (política de fiscalização de alimentos) e por último, uma política de alimentação e nutrição, em *estrito sensu*, voltada à melhoria das condições nutricionais da população, aspecto no qual a suplementação alimentar encontra-se inserida (STEFANINI 1987; COSTA 1992). Na atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição, entretanto, com a evolução do conceito de segurança alimentar e nutricional, Estado, sociedade e indivíduos devem buscar conjuntamente, soluções a fim de se concretizar e garantir o direito universal à alimentação e o acesso aos alimentos de boa qualidade para toda a população. Para tanto, as ações do Estado vão além do setor saúde, alcançando um caráter multisetorial.

De acordo com vários autores (L'ABBATE 1988; COSTA 1992; STEFANINI e col. 1994; SANT'ANNA e ROCHA 1997; SCHMITZ e col. 1997), uma política nacional voltada à resolução dos problemas alimentares iniciou-se em 1940, com a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social – SAPS. Nesse mesmo ano, foi instituído o salário-mínimo que deveria suprir, com 50% do seu valor, a compra de alimentos básicos essenciais. Como de fato isso não ocorria, o SAPS era encarregado de fornecer alimentação suplementar aos trabalhadores

segurados pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, através de restaurantes destinados aos trabalhadores e restaurantes instalados pelas empresas. O SAPS funcionou até 1967, quando foi extinto devido à reforma no sistema previdenciário e a criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS.

Vale destacar, à parte, a importante contribuição de nutrólogos como Josué de Castro e Dante Costa, que além de participarem da formulação das políticas voltadas à alimentação e nutrição, contribuíram para o desenvolvimento e divulgação da ciência da nutrição no Brasil: surgiram os primeiros inquéritos alimentares que forneceram dados científicos sobre a relação entre as condições sócio-econômicas, alimentação e estado nutricional da população (1935), a Sociedade Brasileira de Nutrição (1940), o primeiro curso de nutrição reconhecido organizado pelo SAPS (1943) e a publicação da revista Arquivos Brasileiros de Nutrição em 1940 (L'ABBATE 1988; STEFANINI 1998).

Ainda nessa época, do período pós-guerra estendendo-se até a década de 50, o Brasil, assim como outros países latino-americanos, recebeu alimentos de vários organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo Internacional de Socorro à Infância da Nações Unidas (UNICEF) e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) preocupados com a propagação do comunismo, mas principalmente para escoar o excedente da produção desses países, incluindo o leite (BATISTA Fº e BARBOSA 1985; STEFANINI e col. 1994).

Além do SAPS, ressalta-se nesse período, a criação da Comissão Nacional de Alimentação – CNA criada em 1945, mas regulamentada somente em 1951, e que tinha como objetivos o estudo dos problemas nutricionais, a implantação de uma

política nacional de alimentação, além de estimular o desenvolvimento da indústria de alimentos, principalmente os desidratados. Dentre as ações propostas pela CNA, destaca-se o Plano Nacional da Alimentação, voltado à erradicação da desnutrição infantil, os programas de assistência alimentar às gestantes e nutrízes, o enriquecimento em ferro das dietas dos trabalhadores rurais e a iodetação do sal nas zonas bociogênicas (L'ABBATE 1988).

Ainda nos anos 50, surgiram vários programas de suplementação alimentar no País, além de programas voltados à produção e ao abastecimento, com a criação da Superintendência Nacional de Abastecimento e a Companhia Brasileira de Abastecimento (BATISTA Fº e BARBOSA 1985).

Dos projetos que compunham o Plano Nacional de Alimentação, o único realmente concretizado foi o Programa Nacional de Merenda Escolar criado em 1955 e coordenado pelo Ministério da Educação e Cultura, oferecendo alimentação suplementar aos pré-escolares e escolares do 1º grau da rede de ensino oficial e filantrópica (L'ABBATE 1988).

Ao final da década de 50 e início dos anos 60, com a diminuição dos auxílios financeiros externos aos países mais pobres, os organismos internacionais voltaram-se, então, para o enfoque educativo com a criação dos *Programas Integrados de Nutrição Aplicada – PINA*, que, no entanto, não obtiveram sucesso nos países em que foram implantados (BEHAR 1991).

Outra tentativa voltada ao combate da desnutrição infantil foi o surgimento das misturas vegetais – os formulados – em substituição principalmente ao leite, cujo

custo era muito elevado. Os mesmos foram utilizados na merenda escolar, ao final da década de 60.

Em 1972, a CNA foi extinta, sendo então criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, subordinado ao Ministério da Saúde, com o objetivo de concretizar uma política de alimentação e nutrição no país¹. Assim, surgiu em 1973, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN, voltado principalmente ao atendimento a grupos específicos como gestantes, nutrizes, pré-escolares e escolares de baixa renda, incluindo a assistência com suplementação alimentar. Entretanto, o PRONAN durante esse período (1972/74) não chegou a ser operacionalizado.

O II PRONAN, idealizado no período de 1975/76 e aprovado para o quadriênio 1976/79, destacou-se por reconhecer a necessidade de cooperação multisetorial diante dos graves problemas nutricionais existentes nesse período: a desnutrição infantil e as carências de micronutrientes. O fator renda passou a ser reconhecido como decisivo na determinação do risco nutricional, visto que a população de menor renda sofria em virtude da crise econômica em que o país se encontrava. Os programas de suplementação alimentar são vistos então, como instrumentos de atenuação da miséria e da fome (STEFANINI e col. 1994).

Embora considerado prioritário e estratégico para o II Plano Nacional de Desenvolvimento – PND, que objetivava a execução de políticas redistributivas e diminuição da pobreza no país, a redução dos recursos destinados ao II PRONAN limitou a sua atuação à manutenção e ampliação dos programas de suplementação alimentar. As atividades direcionadas ao incremento do sistema produtor e de

¹ O INAN foi extinto em 1997.

abastecimento de alimentos acabaram, em parte, sendo desmanteladas pela força das grandes indústrias alimentícias e pela desarticulação dos órgãos envolvidos: Ministério da Saúde, Agricultura, Trabalho, Educação, Previdência Social e Interior (L'ABBATE 1989).

Através do II PRONAN foram criados três programas de suplementação alimentar: o Programa de Nutrição em Saúde – PNS implantado em 1976 e coordenado pelo INAN, o Programa de Complementação Alimentar – PCA iniciado em 1977 e coordenado pelo Ministério da Previdência Social e realizado através da Legião Brasileira de Assistência e o Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT, criado pelo Ministério do Trabalho em 1976.

O PNS, além das ações de promoção e prevenção, distribuía alimentos básicos e habituais como o leite, açúcar, feijão, fubá, farinha de milho, farinha de mandioca e arroz. Era destinado ao grupo de gestantes, nutrizes e crianças de 6 a 23 meses de idade, com renda mensal inferior a dois salários-mínimos. A utilização de alimentos básicos visava o fomento à produção de gêneros por pequenos produtores de regiões economicamente menos favorecidas.

Em meados da década de 80, o PNS, após avaliação crítica, onde problemas de ordem política, técnicos e operacionais foram apontados (falta de recursos, falta de critérios para seleção de beneficiários, falta de alimentos por desvio e deterioração), foi reformulado, contando com novos recursos, sendo denominado então, de Programa de Suplementação Alimentar – PSA, com o intuito de cumprir suas metas de forma adequada. O PSA foi extinto no início da década de 90,

juntamente com outros programas de alimentação e nutrição, durante o governo Collor² (SCHMITZ e col. 1997).

De acordo com SCHMITZ e col. (1997), o Programa de Complementação Alimentar – PCA, posteriormente chamado de Programa de Apoio Nutricional – PAN, distribuía alimentos desidratados de preparo instantâneo, à base de leite e soja para nutrizes, gestantes e crianças de até 3 anos de idade, sendo desativado em 1991 em virtude da redução de recursos.

O Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT, ainda existente, objetiva o fornecimento de refeições aos trabalhadores nos seus locais de trabalho, a fim de melhorar as condições de saúde do trabalhador, aumentar a produtividade no trabalho e diminuir índices de absenteísmo e acidentes de trabalho.

Com relação aos programas de distribuição de leite pelo governo federal, em 1986, foi implantado o Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes – PNLCC, para crianças de 0 a 7 anos de idade, com renda familiar de até dois salários-mínimos. Segundo PELIANO (1990), esse programa era o que atendia maior número de crianças quando comparado aos demais programas então existentes. Os beneficiários recebiam tíquetes (vale-leite) equivalentes a 30 litros de leite por mês. Os tíquetes eram entregues mediante a participação em palestras educativas realizadas por entidades comunitárias. As críticas existentes ao programa apontavam o seu alto custo, a desvinculação dos serviços de saúde, o risco de clientelismo na

² Dentre eles, destacam-se como exemplos:

- PROAB: Programa de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda
- PROCAB: Programa de Racionalização de Produção de Alimentos Básicos
- PNLCC: Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes
- PCA/PAN: Programa de Complementação Alimentar
- PAIE: Programa de Alimentação de Irmãos de Escolares

seleção dos beneficiários por parte das lideranças comunitárias e desvios e falsificações dos tíquetes (SCHMITZ e col. 1997).

Em 1993, a sociedade se organizou em torno do movimento “Ação de Cidadania Contra a Fome e a Miséria e pela Vida”, liderada pelo sociólogo Herbert de Souza. Pressionado, o novo governo retomou os programas de alimentação e nutrição. Assim, foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar – CONSEA – que definiu como prioritárias ações voltadas à geração de emprego e renda, combate à desnutrição materno-infantil, entre outras. O grande mérito do CONSEA foi a realização, em 1994, da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar onde se ressaltou a necessidade de uma parceria entre Estado e sociedade na formulação e controle de políticas públicas e o fortalecimento do conceito de segurança alimentar. O CONSEA durou dois anos (1993/94), sendo substituído pelo movimento “Comunidade Solidária”, liderado pela então Primeira Dama do Brasil, a socióloga Profª Ruth Cardoso.

Ainda em 93, coordenado pelo INAN e voltado ao combate da desnutrição infantil, foi lançado o programa “Atenção ao Desnutrido e à Gestante em Risco Nutricional – Leite é Saúde – PLS”. Esse programa consistia na distribuição gratuita de leite em pó e óleo de soja às crianças desnutridas (6 a 23 meses) captadas nas unidades de saúde, bem como aos irmãos maiores (24 a 59 meses) e gestantes com déficit ponderal. Com relação aos resultados do PLS, SCHMITZ e col. (1997) citam uma avaliação operacional do programa que apontou vários problemas como o elevado preço pago pelo leite distribuído, condições inadequadas de armazenamento, a não obediência aos critérios antropométricos para inclusão de beneficiários, a baixa

integração com as ações básicas de saúde e o uso político eleitoral do programa.³ Em compensação, outra avaliação voltada para o impacto do PLS sobre o estado nutricional relata que o programa foi efetivo na recuperação da desnutrição em crianças no Rio de Janeiro, resultado que poderia ser generalizado para outras áreas urbanas similares, dado o rigor metodológico aplicado ao estudo (CASTRO 1999; CASTRO e MONTEIRO 2002).

Em 1998, o PLS foi substituído pelo programa “Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN”, o qual, por sua vez, desde 2001, está sendo substituído paulatinamente pelo programa “Bolsa-Alimentação”. Este, que deverá ser implantado em praticamente todos os municípios brasileiros, recebeu a adesão de 5.194 (93,4%) municípios (BRASIL 2003).

Diferentemente dos programas federais anteriores que distribuíam algum tipo de alimento *in natura* ou industrializado, o Bolsa-Alimentação realiza uma transferência direta de renda monetária, com o objetivo de contribuir para a redução das carências nutricionais, desnutrição e mortalidade infantil. O Bolsa-Alimentação inclui entre seus beneficiários gestantes, nutrizes e crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade em risco nutricional, pertencentes às famílias sem renda ou que possuam renda mensal de até R\$ 90,00 *per capita*. Cada família pode receber um limite máximo de R\$ 45,00, sendo R\$ 15,00 por beneficiário.

A favor dessa forma de intervenção, LAVINAS e col. (2000), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, defendem que “os programas de suplementação alimentar com transferência de alimentos *in natura* são inefetivos,

³ Taddei, JAAC et alli. Avaliação operacional do programa de atendimento aos desnutridos e às gestantes em risco nutricional – Leite é Saúde. Pós-graduação em Nutrição – UNIFESP/EPM. São Paulo, 85, 1996.

pois não atendem nem mesmo à demanda emergencial de reduzir o grau de insegurança alimentar da população de risco”. Os Autores afirmam ainda que uma transferência direta na forma de renda monetária à população carente teria maior impacto redistributivo, levando também a maiores níveis de eficiência econômica. Entre os argumentos apontados por eles a favor da transferência monetária estão o elevado custo da distribuição dos alimentos *in natura* e a baixa cobertura; os beneficiários não são estigmatizados como indigentes, valorizando-os como cidadãos de direito; os beneficiários podem consumir mais e melhor, pois podem exercer o direito individual de escolha dos alimentos; o governo não fica dependente de setor agroalimentar. Eles concluem que “dar renda em vez de alimentos é uma forma das menos onerosas e das mais eficazes, de renovar as políticas sociais de caráter compensatório, para que passem a agir eficientemente não só sobre o combate a curto prazo à pobreza, mas também sobre a desigualdade, causa maior da miséria no Brasil”.

A Distribuição de Leite no Estado de São Paulo

Os programas de suplementação alimentar no Estado de São Paulo não ficaram restritos aos programas federais (STEFANINI 1987). Na década de 50 e até 1983, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, havia um programa de distribuição de leite em pó para as crianças de 0 a 1 ano de idade.

Os programas de distribuição de leite em pó financiados pelo Estado de São Paulo e por alguns municípios no Estado continuaram e novas recomendações são utilizadas na escolha dos produtos, como o fornecimento de leite integral ao invés do leite desnatado e a distribuição do leite, a partir dos 6 meses de idade, para não haver desestímulo ao aleitamento materno. A elevação dos preços do leite em pó determinada pelas indústrias fabricantes do produto, que tinham seu mercado garantido nessa política pública, estrangularam os orçamentos dos programas e a Secretaria de Saúde de São Paulo, a partir de 1983, buscou outra alternativa com a substituição do leite em pó pelo leite fluido. Assim, os beneficiários passaram a receber tíquetes mensais para serem trocados por leite fluido no comércio varejista (1984/97), política que, concomitantemente, visava ao estímulo aos pequenos produtores de leite do Estado de São Paulo.

Outro programa existente no município de São Paulo sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Abastecimento é o “Leve Leite”. Este programa, instituído em 1995, distribui leite em pó integral para as crianças da rede municipal de ensino, desde creches até o ensino fundamental, vinculado ao comparecimento mínimo de 90% às aulas ao mês. Segundo a Prefeitura Municipal de São Paulo – PMSP, “o programa Leve Leite é uma medida profilática preventiva, de caráter nutricional para garantir o bom desenvolvimento físico e neurológico das crianças”.

Este programa atende 870 mil crianças, distribuindo, mensalmente, cerca de 1.600 toneladas de leite (PMSP 2001).

Em meados de 1995, os recursos destinados ao programa de distribuição de leite coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo foram repassados para a Secretaria de Agricultura e Abastecimento, sendo então denominado “Programa Campo/Cidade – Leite”, distribuindo o leite, ainda sob a forma de tíquetes (1995/97).

Em virtude de inúmeros problemas verificados (desvio do produto, falsificação de tíquetes, etc), o sistema de troca de tíquetes foi substituído em 1997, por sistema de distribuição direta do leite às famílias. Ao mesmo tempo, levando em conta o compromisso brasileiro (FAO/OMS 1992) de erradicação da hipovitaminose A e a diminuição da deficiência de ferro entre pré-escolares, o leite passou a ser fortificado com esses nutrientes e o programa recebeu o nome de “Projeto Estadual do Leite Vivaleite” (Anexo 1).

A Anemia e suas Conseqüências

A prevenção e controle da deficiência de ferro vêm se constituindo um enorme desafio à saúde pública, sendo a deficiência nutricional de maior prevalência no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS 1975). Estimativas indicam que cerca de dois milhões de pessoas encontram-se com deficiência de ferro e mais da metade delas são anêmicas (FREIRE 1997).

A OMS (1968) define a anemia nutricional como “um estado em que a concentração de hemoglobina no sangue é anormalmente baixa em conseqüência de um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem dessa carência”. VANNUCCHI e col. (1992) referem que são vários os nutrientes cuja falta concorre para a instalação das anemias carenciais, porém o ferro é dentre eles o mais importante, responsável por mais de 90% das mesmas. As maiores prevalências encontram-se entre as gestantes e lactentes, quando as necessidades de ferro são máximas devido à rápida expansão da massa celular vermelha e pelo crescimento acentuado dos tecidos.

A deficiência dos estoques de ferro no organismo ocorre de forma gradual e progressiva, sendo o estágio final, a anemia, caracterizada pela presença de hemácias hipocrômicas e microcíticas, diminuição da produção de hemoglobina e aumento da protoporfirina eritrocitária livre (SZARFARC e col. 1995).

A deficiência de ferro que precede a anemia nem sempre é diagnosticada, pois o quadro inicial apresenta várias manifestações clínicas, dificultando a detecção da doença (GARCIA e col. 1998). Dentre elas são comumente relatadas: fadiga, debilidade, irritabilidade, dispnéia de esforço, palpitações e parestesias,

acompanhadas freqüentemente da palidez gradual da pele e mucosas (VEGA-FRANCO 1989).

Uma das conseqüências mais conhecidas relacionada com a deficiência de ferro é a redução da capacidade de trabalho físico, o que pode afetar de forma relevante todo o sistema produtivo de um país e a qualidade de vida de seus habitantes.

Os diferentes mecanismos pelos quais a deficiência de ferro e a anemia afetam a capacidade para o trabalho são a redução da capacidade oxidativa dos tecidos e do transporte de oxigênio (HAAS e BROWNLIE 2001).

Com relação à imunidade e a infecção, os resultados encontrados na literatura ainda são divergentes. WALTER e col. (1997), através de uma extensa revisão, relatam que para alguns pesquisadores a deficiência de ferro seria benéfica para a imunidade, pois evitaria o crescimento de microorganismos e/ou parasitas, através do empenho do hospedeiro em lhes “negar” o ferro como alimento. Entretanto, outros pesquisadores encontraram resultados opostos, enfatizando que um déficit de ferro deprime a função imunitária, proporcionando maior risco às infecções e que o tratamento da anemia através da suplementação ou fortificação de alimentos contribui para menores incidências de doenças infecciosas como infecções respiratórias e diarréias.

As gestantes constituem o grupo populacional mais sensível à anemia. Na gravidez, o crescimento feto-placentário e a expansão do volume sanguíneo contribuem para tornar a mulher grávida intensamente exposta ao risco de se tornar anêmica (SZARFARC 1983).

Embora os efeitos adversos causados pela anemia na gestante e feto não sejam totalmente compreendidos, ALLEN (1997) relata algumas conseqüências descritas por vários pesquisadores, como o aumento da incidência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, mortalidade materna e fetal.

Alguns estudos mostram que entre as crianças, o desenvolvimento psicomotor e o rendimento intelectual são afetados pela carência de ferro, embora os mecanismos que causam essas alterações ainda não estejam totalmente compreendidos. Entretanto, conforme relatam ANDRACA e col. (1997), a presença de altas concentrações de ferro em algumas áreas do cérebro e a incorporação do ferro nos tecidos cerebrais, durante os dois primeiros anos de vida, justificam o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o assunto. Sabe-se que é nesse período que se desenvolvem mais rapidamente as habilidades cognitivas e motoras coincidindo também com a faixa etária em que a deficiência de ferro é mais prevalente.

WALTER (1993) destaca que, quanto maior for a severidade da deficiência de ferro, maiores serão os efeitos deletérios sobre o desenvolvimento psicomotor e intelectual, ressaltando também que, nos dois primeiros anos de vida, os efeitos têm-se mostrado persistentes mesmo após vários meses de tratamento com ferro e completa correção dos níveis hematológicos.

Assim como os mecanismos que levam a um déficit no desenvolvimento psicomotor e cognitivo, a reversão dos danos causados pela anemia, através da suplementação com ferro, também é controversa na literatura. POLLITT (1997) relata que em estudos realizados com escolares na Indonésia e no Egito, a suplementação com sulfato ferroso proporcionou uma melhora nos resultados dos testes de desenvolvimento, enquanto que na Tailândia e Guatemala não foi encontrada associação estatisticamente significativa que indicasse resultados positivos após a suplementação.

Para os países em desenvolvimento, a perda do potencial físico e intelectual das crianças afetadas pela anemia representa não somente a perpetuação de uma menor capacidade econômica, mas também, ao nível familiar, o fechamento do círculo para qualquer tipo de ascensão e expectativas, o que justifica plenamente todas as medidas que visem ao tratamento e à prevenção da anemia.

O Projeto Estadual do Leite Vivaleite

O Projeto Vivaleite visa o atendimento às crianças de 6 meses a 6 anos de idade, cujas famílias tenham renda mensal de até dois salários-mínimos⁴. Como adendo a essas condições, devem ser priorizadas para inclusão no programa crianças com idades entre 6 e 23 meses e, dentre estas, aquelas pertencentes às famílias cujo chefe encontra-se desempregado e aquelas em que a mãe for arrimo de família (Anexos 1 e 2).

Os critérios de exclusão, de uma certa forma, se direcionam em sentido contrário aos de inclusão, uma vez que a criança somente é excluída do programa ao completar 7 anos, podendo ser substituída por outra da mesma família e de menor idade. Obviamente, faltas injustificadas e/ou mudança de endereço, também levam à exclusão da família. O sistema de informações do Projeto exclui automaticamente o beneficiário ao completar 7 anos e pela ausência de assinatura da mãe por três vezes consecutivas (Anexo 3).

O Vivaleite distribui gratuitamente cerca de 10.500 milhões de litros por mês, o que corresponde a aproximadamente 720 mil famílias atendidas pelo Projeto em todo o Estado de São Paulo. A distribuição é realizada por entidades da sociedade civil no município de São Paulo e Região Metropolitana e por Prefeituras Municipais no interior do Estado. Todas as instituições que distribuem o leite são devidamente credenciadas junto à CODEAGRO – Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios/Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo. Cabe a esta, a compra do leite mediante licitação pública e às usinas contratadas, a entrega nas instituições credenciadas.

⁴ A partir do Decreto nº 45014 de 28/6/2000, o Vivaleite ampliou o atendimento a idosos de baixa renda (Anexo 2).

O leite distribuído pelo Vivaleite é fluido, pasteurizado, tipo C, contendo no mínimo 3% de gordura, fortificado com 6 mg de ferro aminoácido quelato⁵, 2000 U.I. de vitamina A e 400 U.I. de vitamina D por litro (Anexo 3). Cada família cadastrada recebe 15 litros por mês, distribuídos duas vezes por semana.

Considerando que as crianças priorizadas pelo Projeto Vivaleite constituem o grupo onde a anemia é mais prevalente, e o ferro veiculado pelo leite apresenta elevada biodisponibilidade (ASHEMEAD 2001; OSMAN e AL-OTHAIMEEN 2002), e que ainda, o leite é acrescido também de vitamina A, considerada promotora da absorção do ferro (GARCIA CASAL e LAYRISSE 1998), supõe-se que estas crianças estão sendo duplamente beneficiadas. O suplemento oferecido, além de ser um alimento de elevado valor nutritivo, é o principal componente da alimentação nos dois primeiros anos de vida e se mantém como alimento de relevância durante toda a infância e é enriquecido com ferro o que, por sua vez, permite pressupor o controle da situação orgânica do mineral em pauta.

A partir destes pressupostos, este estudo, que faz parte de uma avaliação mais ampla do Projeto Vivaleite, visa conhecer as especificidades do mesmo em um município da Grande São Paulo, considerando o papel ímpar do leite na alimentação de crianças em idade pré-escolar e, por extensão, no estado nutricional e de ferro dessa população.

⁵ A partir de 2003, o leite do Vivaleite passou a ser fortificado com 7,5 mg de ferro aminoácido quelato, FeChel.

OBJETIVOS

GERAL:

- › Verificar se as diretrizes propostas no Projeto Estadual do Leite Vivaleite, no município de Santo André, estão sendo seguidas.

ESPECÍFICOS:

- › Descrever as características do Projeto Estadual do Leite Vivaleite no município de Santo André, Estado de São Paulo.
- › Caracterizar as entidades participantes destacando os critérios adotados para a inclusão e substituição das famílias no Projeto.
- › Identificar as características das famílias beneficiadas em relação a: idade da criança-alvo, a escolaridade e o trabalho dos pais e a renda familiar.
- › Verificar a prevalência da anemia nas crianças beneficiadas pelo Projeto.

METODOLOGIA

Este estudo, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, foi desenvolvido no município de Santo André. A escolha desse local justifica-se por entender que a realização deste estudo em um município de grande porte e com as características de Santo André, pode contribuir para a análise da complexidade de operacionalização de um programa de suplementação alimentar como o Projeto Vivaleite.

A seguir são descritas algumas características desse município que se relacionam com as condições de vida da população.

Santo André está localizado a 18 km da capital do estado de São Paulo e é o segundo maior município da conhecida Região do Grande ABC⁶, com 175 km². Segundo dados do IBGE (2000), possui uma população de 649.331 habitantes, com uma densidade demográfica de 3.723,66 hab/ km² e média de 3,5 habitantes por domicílio, em área totalmente urbana.

Historicamente, a partir da década de 50, o município foi se desenvolvendo com o crescimento nos setores automobilístico, mecânico, metalúrgico, de material elétrico e autopeças, tornando-se uma cidade tipicamente industrial. A partir dos anos 80, durante o período de recessão econômica, o crescimento desacelerou e Santo André perdeu várias indústrias, o que levou a uma diminuição nos postos de trabalho e elevação da taxa de desemprego, superando inclusive os índices do município de São Paulo e da região metropolitana⁷.

⁶ Região do Grande ABC : Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

⁷ Taxa de desemprego em dezembro de 1999, segundo o DIEESE: Município de São Paulo = 16,2%; Região Metropolitana = 17,5% e Região do Grande ABC = 19,6%.

Na área de saneamento, Santo André conta com uma infra-estrutura que atende praticamente a totalidade da população quanto ao abastecimento de água (98%), rede de esgoto (96%) e coleta de lixo (100%).

Na assistência à saúde, possui 16 hospitais (14 particulares, 1 municipal e 1 estadual), 30 unidades básicas de saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, Unidades de Saúde Mental, entre outros, além de um destacado serviço de atenção à saúde de crianças, realizado pela FAISA (Fundação de Assistência à Infância de Santo André) que foi recentemente integrado à rede de saúde municipal.

Como mostra o Quadro 1, a taxa de mortalidade infantil é uma das menores da região, possivelmente reflexo das ações do município nas áreas de saúde e saneamento.

Quadro 1. Taxa de Mortalidade Infantil na Região do Grande ABC e Município de São Paulo, em 2000.

Município	Mortalidade infantil (1000 nascidos vivos)
Santo André	14,30
São Bernardo do Campo	15,99
São Caetano do Sul	11,97
Diadema	14,17
Mauá	18,76
Ribeirão Pires	13,48
Rio Grande da Serra	23,29
São Paulo	15,80

Fonte: Fundação Seade, 2002.

A taxa de alfabetização na população maior de 10 anos de idade é de 95,90%, só sendo superada na região do ABC, pelo município de São Caetano do Sul cuja taxa é de 97,20% e em relação à renda da população, somente 7% das famílias

possuem rendimento mensal líquido inferior a 3 salários mínimos (PMSA 1999).

Com relação às políticas sociais, o município tem alcançado destaque, inclusive com reconhecimento internacional⁸. O programa “Santo André Mais Igual” integra um conjunto de ações multisetoriais visando à melhoria da qualidade de vida e redução da desigualdade social no município. Assim, os programas de Renda-Mínima, Saúde da Família, Banco do Povo, Ensino Profissionalizante, Alfabetização de Adultos, Criança-cidadã, Santo André Recicla, Urbanização Diferenciada, e Incubadora de Cooperativas atuam simultaneamente potencializando resultados. O programa conta com recursos dos três níveis de governo além de financiamento externo⁹. O programa começou em 1997 e no momento atende mais de 5 mil famílias (16 mil habitantes) em quatro favelas¹⁰ e pretende atingir os 137 núcleos de favelas do município, onde residem atualmente cerca de 97 mil habitantes, cerca de 3% da população total (FUNDAÇÃO UNICAMP 2002).

Segundo dados da EMPLASA – Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano S/A, Santo André é o segundo melhor município da região do ABC em termos de desenvolvimento humano sendo o 23º colocado dentre todos os 645 municípios paulistas, com IDH-M de 0,836.¹¹

Atualmente, por meio de recursos do Fundo Nacional de Saúde, o município, através de sua secretaria de saúde, coordena a distribuição de leite e óleo do Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN, dirigidos às

⁸ O Programa Santo André Mais Igual foi um dos dez premiados em 2003, entre 544 projetos de mais de 90 países, pelo Best Practices and Local Leadership Programme, promovido pelo Centro das Nações Unidas para Assentamentos Humanos da Organização das Nações Unidas.

⁹ Banco Interamericano de Desenvolvimento, Programa de Gestão Urbana da ONU e Programa de Apoio às Populações Menos Favorecidas da Comissão Européia.

¹⁰ Favelas: Capuava, Tamarutaca, Quilombo II e Sacadura Cabral.

¹¹ O IDH-M é um indicador que avalia o nível de atendimento das necessidades humanas básicas de uma população, sob três aspectos: longevidade, educação e renda, variando de 0 (pior) a 1 (melhor). IDH acima de 0,800 aponta sociedades de alto desenvolvimento humano.

crianças desnutridas. Estes produtos são distribuídos nas creches municipais, atendendo cerca de 640 crianças.

Com relação ao Vivaleite, 43 entidades sem fins lucrativos da sociedade civil são credenciadas no município (anexo 4). A coleta de informações para a caracterização das mesmas foi realizada no decorrer do ano de 2002/03, através de questionário aplicado pela pesquisadora (anexo 5). Assim, 16 questionários foram aplicados no próprio local de distribuição do leite, 21 foram aplicados durante a prestação de contas das entidades junto à CODEAGRO e 5 foram aplicados por telefone, totalizando 42 instituições. Uma entidade não foi localizada, pois o endereço fornecido pela CODEAGRO não consta de guias de ruas de Santo André¹² e o número de telefone informado não existe.

A partir dos dados obtidos junto à CODEAGRO e que não correspondem ao descrito pelas entidades (anexo 4), verificou-se que a população de 6 a 23 meses que, de acordo com o Edital, deveria ser prioritária na composição da clientela, era a menos numerosa.

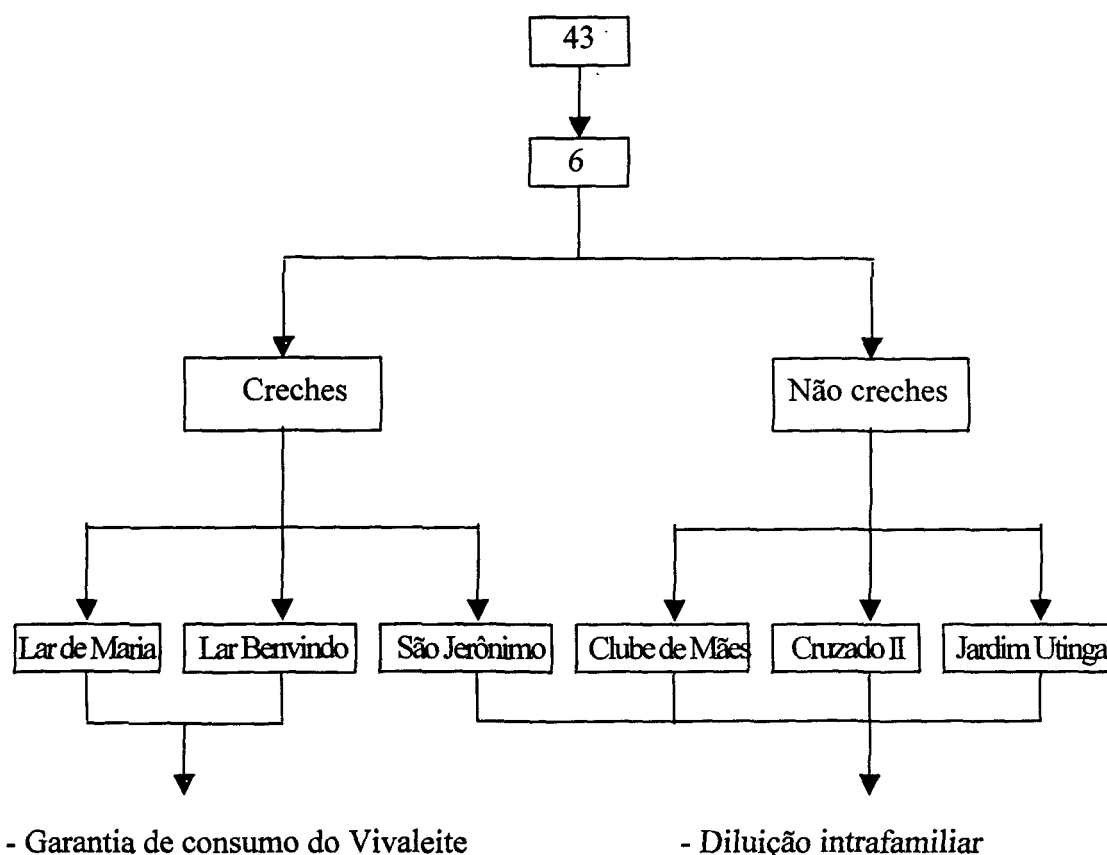
O Programa Vivaleite, possivelmente por ser de caráter exclusivamente assistencial, não ressalta a qualidade ímpar do leite distribuído fortificado com ferro. Os lactentes têm sido destacados em programas de controle da deficiência marcial dada a sua dieta sempre pobre no nutriente em pauta. Os pré-escolares em geral, incluindo aqueles que freqüentam creches assistenciais, apresentam elevada prevalência da deficiência do mineral (TORRES e col. 1994a; MAGALHÃES 1997; SILVA JV 1999; BRUNKEN e col. 2002) e, seja qual for a idade, respondem positivamente ao aumento do consumo do mesmo.

¹² Max Guia São Paulo, 1998. Editora Caterplan e Guia Quatro Rodas São Paulo, 2003. Editora Abril S/A

Nos contactos prévios com os representantes das entidades, foi referida a distribuição do leite Vivaleite entre os membros da família e que, ainda muitas vezes, a criança-alvo do programa nem mesmo ingeria o produto. A partir desse conhecimento, considerando o objetivo de avaliar a prevalência da anemia, na escolha da amostra, privilegiaram-se 6 instituições: as 3 únicas creches que distribuíam o leite, duas das quais usavam o produto nas refeições lácteas da instituição e 3 entidades com o maior número de crianças menores de 24 meses de idade, visto a elevada prevalência de anemia nessa população.

Assim, a amostra, não probabilística, foi constituída por crianças dessas 6 instituições seleccionadas e que participavam do Vivaleite há pelo menos 3 meses (Figura 1).

Fig. 1 – Seleção das entidades credenciadas no Vivaleite através de amostra não probabilística.

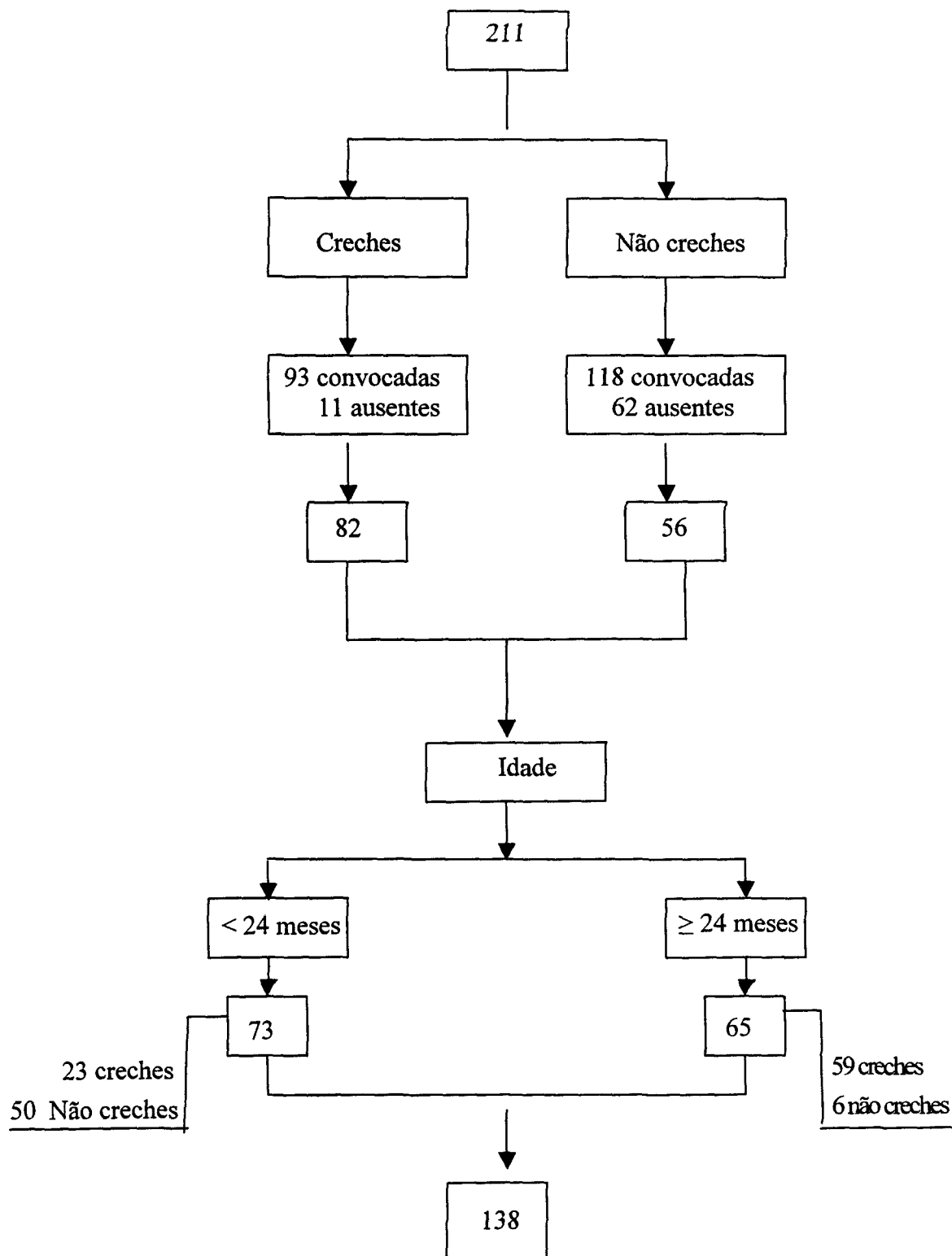


Em todas as instituições selecionadas, foram realizados novos contactos com os representantes para explicar o objetivo da pesquisa e solicitar a entrega de cartas-convite (anexo 6) às mães de crianças que estavam recebendo o benefício pelo tempo mínimo de 3 meses, para comparecem em data agendada, com o filho beneficiário do Programa.

Nesse dia, elas deveriam comparecer à instituição no horário de distribuição do leite, juntamente com a criança-alvo do programa para a colheita de sangue e para responder ao questionário com as informações necessárias ao desenvolvimento da pesquisa, após consentimento por escrito (anexo 7).

Das 211 crianças convocadas, 73 não compareceram, 11 das quais (15,7% do total) eram das creches e faltaram no dia marcado para a dosagem de hemoglobina. A maior perda amostral das outras entidades foi devida, principalmente, à inexistência de arquivo atualizado da clientela local. Desta forma, grande parte das mães convocadas não mais participavam do programa. Em menor número foi a perda por ausência na data pré-fixada. No total, 138 crianças atendidas nestas seis instituições selecionadas foram avaliadas. A idade das mesmas variou de 9 a 26 meses nas entidades “não creches” e de 12 a 50 meses nas creches. (Figura 2).

Fig. 2 – Esquemática das crianças amostradas.



A colheita de sangue para dosagem da concentração de hemoglobina ([Hb]) foi feita por punção digital sendo a leitura realizada com o hemoglobinômetro portátil de leitura direta, Hemocue ®. Adotou-se para diagnóstico de anemia o valor proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS 1968): < 11,0 g Hb/dL. Valores inferiores a 9,5 g Hb/dL indicaram anemia grave (INACG 1979).

Os resultados eram imediatamente passados para os responsáveis que eram orientados, no caso da criança estar anêmica, a procurar a unidade de saúde habitualmente freqüentada ou, no caso das creches, ao pediatra que atendia à instituição (Anexo 8).

Os dados encontrados foram analisados no programa Epi-Info, versão 6.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entidades Participantes do Vivaleite

Conforme descrito anteriormente, a distribuição do leite no Interior do Estado é realizada pelas prefeituras municipais. Na Capital e Região Metropolitana, é realizada através de entidades assistenciais sem fins lucrativos que se cadastram na CODEAGRO. Para a obtenção do seu credenciamento são exigidos: o estatuto social, comprovando execução de atividade social sem fins lucrativos há pelo menos dois anos, relatório das atividades desenvolvidas, inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e documentos pessoais do presidente da entidade e do responsável pelo recebimento e distribuição do leite.

Atualmente, os 39 municípios que compõem a Região Metropolitana, incluindo a Capital, contam com cerca de 4 mil entidades para a distribuição do benefício. Dentre elas, 43 estão localizadas em Santo André, principalmente nas áreas de favelas ou próximas delas (Anexo 9).

De acordo com a regulamentação do Vivaleite, cada entidade pode cadastrar, no máximo, 150 crianças. Entretanto, a média encontrada no município foi de 126 crianças por entidade sendo que em 2 delas, as cotas eram dobradas devido ao repasse de beneficiários de entidade próxima descredenciada. Afora essas, apenas 9 entidades distribuíam a cota máxima. As menores cotas encontravam-se em 2 entidades que também distribuíam a cesta de alimentos fornecida pela CODEAGRO (Projeto Alimenta São Paulo).

O município possui um total autorizado de 5.510 cotas, como pode ser observado na Tabela 1. Entretanto, conforme verificado no anexo 4, esse número não corresponde ao número de crianças encontradas no cadastro fornecido pela CODEAGRO, fato justificado pela desatualização do mesmo, visto que a prestação de contas era realizada trimestralmente ¹³.

Tabela 1. Distribuição das entidades, segundo número de cotas recebidas.

Nº de cotas recebidas	Nº de entidades	%
50	02	4,65
80	01	2,33
100	10	23,25
120	07	16,28
130	03	6,97
140	09	20,93
150	09	20,93
240	01	2,33
300	01	2,33
Total 5.510	43	100,00

Fonte: CODEAGRO, 2002.

Cabe salientar que as instituições recebem o volume total de leite de acordo com número de cotas autorizadas e não conforme o cadastro. Quando há sobras, as mesmas são repassadas para as pessoas não cadastradas no Projeto e que comparecem às instituições nos dias de entrega do leite, aguardando o término da distribuição. Este procedimento é autorizado pela CODEAGRO, sendo que a mesma orienta que as sobras de leite sejam distribuídas entre as mães da lista de espera.

De acordo com informações obtidas da CODEAGRO e transmitidas pessoalmente ao pesquisador, durante o ano de 2001 foi realizado um recadastramento de todas as entidades da Grande São Paulo, a fim de identificar a

¹³ Atualmente, a prestação de contas é realizada mensalmente.

real situação das mesmas e das famílias atendidas, o que resultou, durante o ano seguinte, na criação de uma equipe de monitoramento, com o objetivo de avaliar as entidades, quer mediante denúncias de irregularidades, quer para o credenciamento de novas instituições. Além disso, outras atividades como elaboração de material para esclarecimentos, treinamento para entidades ingressantes e melhoria no sistema de informações do Projeto foram implantados.


Outra consequência gerada por esse recadastramento foi o redimensionamento das cotas para possibilitar o aumento do número de instituições credenciadas em locais até então não beneficiados, mas igualmente carentes.

Quanto ao tempo de credenciamento no Vivaleite, do total de 43 entidades, 21 (49%) forneciam o benefício desde o início do Projeto (1997) referindo inclusive, a participação em programa anterior quando eram distribuídos os tíquetes de leite. Das outras 22 entidades, 9 foram credenciadas em 2000, 9 em 2001 e 4 em 2002. O último credenciamento foi efetuado no município em maio de 2002, sendo que, até o momento, estão suspensos novos credenciamentos em todo o Estado, sendo autorizados apenas para a substituição em caso de descredenciamento.

A entrega do leite para as instituições é realizada 2 vezes por semana, totalizando 7 entregas por mês. Cada beneficiário recebe 4 litros por semana (6 entregas) e 3 litros na última entrega/semana, totalizando os 15 litros mensais. As datas de entrega são agendadas antecipadamente, ocorrendo sempre um intervalo entre a passagem de um mês a outro, de pelo menos 6 dias sem que as famílias recebam o benefício. A figura 3 exemplifica um calendário de distribuição do leite.

Fig. 3 – Exemplo de calendário de distribuição de leite

Fevereiro/2004							Março/2004							Abril/2004						
D	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	S	D	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	S	D	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	S
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	4	5	6	7	8	9	10	
8	9	10	11	12	13	14	7	8	9	10	11	12	13	11	12	13	14	15	16	17
15	16	17	18	19	20	21	14	15	16	17	18	19	20	18	19	20	21	22	23	24
22	23	24	25	26	27	28	21	22	23	24	25	26	27	25	26	27	28	29		
29							28	29	30	31										

 Dias de entrega do leite

Quanto às condições de entrega e distribuição do leite, verificou-se que os pacotes de leite chegam às entidades em caminhões refrigerados e são colocados em recipientes isotérmicos (isopores) até o momento da distribuição. Esta distribuição, em quase todas as entidades, ocorre logo após a chegada do produto. Das 2 entidades que referiram distribuir o leite no dia seguinte à entrega, uma delas o estocava em freezer e a outra o mantinha nos isopores. Três entidades referiram efetuar a distribuição três a seis horas após a entrega, que é realizada, na maioria das instituições, no horário das 8:00 às 12:00 horas (28 entidades). As demais referiram que o recebimento do leite ocorria após às 12:00 horas.

Os recipientes são cedidos pelos fornecedores do leite cabendo às entidades a conservação e higienização dos mesmos. Em dois locais visitados, onde foi possível acompanhar a chegada do leite à instituição, verificou-se que os isopores são colocados diretamente sobre o piso e que os mesmos não comportaram os pacotes de leite colocados (150 litros cada), não permitindo o fechamento correto até o início da distribuição, que ocorreria, em um dos locais, após quatro horas. Certamente, a forma de distribuição referida compromete a qualidade do produto.

Quanto aos critérios de inclusão/substituição das famílias, 42 responsáveis pelas entidades foram entrevistados.

Nota-se pela lista de critérios (Tabela 2), que cada entidade estabelece suas próprias prioridades para a inclusão das famílias, sendo que a prioridade estabelecida pela CODEAGRO (crianças entre 6 e 23 meses) somente foi atendida em 3 delas. Certamente, o risco social que dá origem a programas assistenciais como o Vivaleite, leva os responsáveis pelas instituições que distribuem o alimento ao estabelecimento de critérios específicos para cada local.

Tabela 2. Distribuição das entidades segundo critérios adotados para inclusão/substituição das famílias.

Critérios	n	%
Obedecem exclusivamente à seqüência da lista de espera	13	30,9
Obedecem a seqüência da lista mas priorizam pelo maior número de filhos	12	28,6
Priorizam as famílias mais necessitadas	06	14,3
Obedecem a seqüência da lista mas priorizam pelo maior número de filhos com menos idade	03	7,1
Priorizam exclusivamente crianças com menos idade	03	7,1
<i>As creches priorizam sua clientela</i>	02	4,8
Obedecem a seqüência da lista mas priorizam crianças mais novas	01	2,4
Obedecem a seqüência da lista mas priorizam responsável desempregado	01	2,4
Priorizam pela ordem de chegada no dia da substituição/não possui lista de espera	01	2,4
Total	42	100,0

No entanto, se por um lado, destaca-se que os critérios adotados pelas entidades para inclusão/substituição das crianças baseiam-se em situações reconhecidas pelos responsáveis como extremamente precárias, em que o recebimento de um alimento de boa qualidade nutricional tem um significado muito importante, contribuindo para diminuir a vulnerabilidade social das famílias beneficiadas, por outro, a liberdade de escolha dos beneficiários confere um poder aos responsáveis das instituições que fixam seus próprios critérios de prioridade e pode favorecer o clientelismo.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das crianças atendidas nas 43 entidades de Santo André segundo idade, e foi elaborada a partir do cadastro de beneficiários

fornecidos pela CODEAGRO. Os dados dessa Tabela mostram claramente que os critérios de inclusão das crianças não levam em conta o risco nutricional da criança de menor idade. Essa afirmação fica ainda mais nítida quando se verificou que nas 4 entidades cadastradas em 2002¹⁴, 55% das crianças-alvo tinham mais de 3 anos de idade o que significa que, por ocasião do ingresso no Programa, no máximo 45% delas tinha menos de 24 meses. Por ocasião das visitas, apenas 14% das crianças cadastradas estavam com menos de 24 meses. Dessas entidades, apenas uma soube informar sobre a idade das ingressantes: na ocasião apenas 18% das 49 crianças cadastradas atendiam à prioridade dada para lactentes.

Tabela 3. Distribuição das crianças atendidas, segundo faixa etária.

Faixa Etária (meses)	n	%
6 – 23	576	12,57
24 – 36	973	21,23
37 – 48	1.006	21,96
49 – 60	869	18,96
61 e +	1.158	25,28
Total	4.582	100,00

Fonte: CODEAGRO, 2002.

Outra observação importante refere-se à substituição automática do beneficiário que completou 7 anos por seu irmão menor, independente da idade, desde que o mesmo tenha sido incluído na ficha de cadastro do Vivaleite (Anexo 10). Esse fato, associado ao pequeno número de crianças menores de 2 anos e à extensão da faixa etária admitida no Projeto, contribuem para a eternização das famílias no Vivaleite, o que pode ser comprovado pelo baixo número de substituições mensais, referidas pela CODEAGRO. Mesmo as 14 mil substituições mensais (2%) realizadas, não significam, necessariamente, a troca de família, mas da criança beneficiária. Assim, as crianças que deveriam ser priorizadas pelo risco nutricional, acabam sendo alijadas do Projeto.

¹⁴ Entidades nº 15 a 18 do Anexo 4

A População Estudada

A população amostral para o diagnóstico da anemia foi composta pelas 138 crianças de seis entidades selecionadas, presentes nos dias agendados para essa atividade e cujas mães concordaram em participar do estudo.

A Tabela 4 apresenta as crianças amostradas segundo idade e instituição. Com respeito a elas, e como já referido, cada uma das creches tem uma especificidade em relação à forma de distribuição do leite. A Creche Lar de Maria utiliza a totalidade de suas cotas de leite entre as crianças que freqüentam a instituição. Assim, as 38 crianças amostradas ingerem o produto na própria creche e não o levam para casa. Já a Creche Lar Benvindo utiliza 9 cotas daquelas recebidas pela instituição para consumo interno entre suas crianças, sendo que, 18 delas tomam o leite do Vivaleite na creche e também recebem o produto para levar para casa. Outras 5 crianças não freqüentam a creche mas recebem o leite no Lar Benvindo para levar para suas casas. A São Jerônimo, por sua vez, distribui todo o leite sendo que parte dele (17 cotas) é fornecido para crianças que freqüentam essa instituição e 4 ficam com famílias cujas crianças não são da creche.

A idade média das crianças estudadas foi de 27,3 meses ($dp \pm 12,5$) e a mediana 22,4 meses, variando entre 9,3 e 50,4 meses.

Tabela 4. Distribuição das crianças estudadas, segundo faixa etária e local onde recebem o leite.

Local	Idade (meses)		Total
	< 24	≥ 24	
Creche Lar de Maria	13	25	38
Creche Lar Benvindo	05	18	23
Creche São Jerônimo	05	16	21
Clube de Mães da Domenicanos	29	02	31
Esp. Clube Cruzado II	14	02	16
Grêmio Rec. Jardim Utinga	07	02	09
Total	73	65	138

A renda familiar como causa de deficiências nutricionais é bem estabelecida na literatura (DALY e col. 1982; CAMPINO 1986; MONTEIRO e BENÍCIO 1987; VANNUCCHI e col. 1992; SZARFARC e SOUZA 1997; ENGSTROM e ANJOS 1999), sendo um indicador bastante utilizado na mensuração da situação de privação e pobreza. Para PRATES (1990), a variável renda indica a capacidade de consumo dos indivíduos, considerando-se pobre, a família que possui renda abaixo de um *mínimo determinado, necessário para suprir as necessidades de alimentação, habitação, transporte e afins*. Segundo esse critério, a renda de dois salários-mínimos estabelece a linha de pobreza.

Levando-se em consideração que a principal condição de ingresso no Vivaleite é a renda inferior a 2 salários-mínimos, verificou-se que uma parcela importante de beneficiários (36,1%) encontravam-se fora do critério de prioridade. (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das crianças estudadas, segundo níveis de renda familiar.

Renda familiar (salário-mínimo)	n	%
≤ 2	85	63,9
> 2	48	36,1
Total	133*	100,0

* 5 sem informação

A renda familiar está condicionada, na maioria das vezes, ao grau de instrução dos responsáveis pela criança e que, quanto maior, possibilitaria uma melhor qualificação para o mercado de trabalho e, portanto, elevação da renda.

A Tabela 6 apresenta a distribuição das famílias segundo a escolaridade dos responsáveis.

Tabela 6. Distribuição das famílias estudadas, segundo escolaridade (anos completos) dos responsáveis.

Escolaridade (Anos de estudo)	Mãe		Pai	
	N	%	n	%
≤ 4	60	44,8	40	40,4
5 – 8	57	42,5	45	45,4
9 e +	17	12,7	14	14,2
Total	134*	100,0	99**	100,0

* 4 mães sem informação , ** 39 pais sem informação (referido pelas mães)

Como pôde ser observado, é precário o nível de instrução das famílias atendidas pelo Vivaleite, cabendo ressaltar o elevado número de famílias que não referiram essa informação para o pai, fato que sugere a ausência do mesmo no domicílio. Entre as mães, das 117 relacionadas com até 8 anos de estudo, apenas 27 (23,1%) completaram o ensino fundamental. Como destacam MONTEIRO e col. (1986), a educação além de permitir melhores oportunidades de acesso ao emprego e *elevação da renda, reflete na capacidade de compreensão dos problemas de saúde, permitindo uma melhoria no bem-estar da família e, principalmente, no desenvolvimento da criança.*

A Tabela 7 permite observar a importância do nível educacional sobre a renda familiar.

Tabela 7. Distribuição das famílias estudadas, segundo renda familiar e escolaridade dos pais (anos de estudo).

Renda familiar (salário-mínimo)	Escolaridade Materna				Escolaridade Paterna			
	≤ 8		> 8		≤ 8		> 8	
	n	%	N	%	n	%	n	%
≤ 2	77	66,9	06	35,3	56	66,8	03	21,4
> 2	38	33,1	10	64,7	28	33,2	11	78,6
Total	115*	100,0	17	100,0	84**	100,0	14	100,0

* 6 mães sem informação

Mãe: $\chi^2 = 6,36$ p = 0,0116 (GL = 1)

** 40 pais sem informação

Pai: $\chi^2 = 10,25$ p = 0,0013 (GL = 1)

Conforme esperado, entre as famílias com renda de até 2 salários-mínimos, critério primordial para a inclusão no Vivaleite, aproximadamente 67% dos responsáveis possuíam baixa escolaridade, no máximo ensino fundamental completo. Além disso, outros fatores foram constatados que certamente contribuem para o agravamento da situação dessas famílias:

- em 24 famílias, nenhum dos pais estava trabalhando, e dentre eles, 8 referiram renda familiar zero;
- ao se constatar a situação de trabalho dessas famílias, verificou-se que, entre os pais, normalmente os mantenedores da família, 31% estavam desempregados;
- a média de moradores por domicílio foi de 4,66 ($dp \pm 1,49$), superior ao encontrado no município como um todo (3,5 habitante/domicílio), fato que provavelmente se justifica por se tratar de áreas de favelas e
- 91,2% das famílias não participavam de nenhum outro programa de suplementação alimentar.

Merece destaque a relevante participação da mãe que trabalha no orçamento familiar: nas famílias estudadas com renda superior a 2 salários-mínimos, 83% das mães trabalhavam.

Conforme sugerido pelas variáveis sócio-econômicas, a maioria das famílias atendidas pelo Vivaleite em Santo André encontrava-se em situação de extrema privação. Embora o município se destaque pelo grau de desenvolvimento e ações sociais, essa população ainda vive à margem dos recursos disponíveis no município.

O Leite na Alimentação da Criança Beneficiada pelo Vivaleite

A alimentação da criança nos primeiros anos de vida é um dos aspectos mais importantes para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, não somente para suprir suas necessidades orgânicas, mas também como uma forma de interação da criança com o mundo, influenciando no seu desenvolvimento neurológico e emocional (UNICEF 1998).

Indiscutivelmente, o leite materno é o primeiro e único alimento que deve ser oferecido às crianças em processo normal de crescimento e desenvolvimento, até o sexto mês de vida. Após esse período, a introdução de novos alimentos se faz necessária a fim de proporcionar todos os nutrientes indispensáveis ao desenvolvimento infantil, devendo o aleitamento materno estender-se até o segundo ano de vida. No Brasil, esta prática está longe de atingir essas recomendações. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, de 1996 (MONTEIRO 2000), somente 40% das crianças entre zero e quatro meses de idade recebiam exclusivamente o leite materno. O leite de vaca acaba substituindo o leite materno, constituindo-se entre as crianças, menores de 24 meses, o alimento mais consumido.

AQUINO (1999) com o objetivo de verificar o consumo de alimentos industrializados nas dietas das crianças entre 0 e 60 meses de idade, no município de São Paulo, constatou esse fato. Entre os tipos de leite, o leite fluido foi o mais consumido (54,6%), seguido pelo leite em pó integral (31,9%) e o leite modificado (4,0%). Igualmente relevante foi a constatação de que entre as crianças de 0 a 5 meses de idade, 15,8% consumiam o leite fluido e, nas crianças de 6 a 11 meses essa proporção elevou-se para 43,4%. A partir dos 12 meses de idade o consumo de leite

fluido foi de 67,3%. Mesmo entre as crianças institucionalizadas, cuja dieta não difere da oferecida nos domicílios, HOLLAND e SZARFARC (1999) verificaram que o leite também era oferecido em casa, duas ou três vezes ao dia. ANDRADE (2001), em estudo para identificar os alimentos habituais na dieta brasileira, passíveis de serem fortificados com ferro, apontou o leite como o alimento presente em praticamente todos os domicílios. Em 85,4% das residências, o consumo de leite fluido era diário, independente de estrato social, sendo as crianças de até 8 anos de idade, as maiores consumidoras do produto. Sendo assim a Autora recomendou a fortificação do leite como a opção mais interessante e abrangente para o controle da deficiência de ferro entre a população de crianças nos primeiros anos de vida. Andrade, ainda, chama a atenção para a fortificação de farinhas, prevista para junho de 2004, sugerindo que provavelmente essa intervenção terá um pequeno impacto sobre a deficiência marcial, entre a população de pré-escolares, uma vez que o veículo selecionado e seus produtos derivados (pão, macarrão, biscoitos) são consumidos em quantidade pequena e frequência irregular entre esse grupo populacional.

Conforme destacado anteriormente, a carência de ferro é um grave problema de saúde pública, atingindo especialmente as crianças de menor idade. O rápido crescimento e a alimentação basicamente láctea justificam amplamente a elevada prevalência com que a anemia e/ou deficiência de ferro ocorrem entre os lactentes. Conseqüentemente, a prevalência da anemia em crianças menores de 24 meses é amplamente referida na literatura, conforme destacaram VANNUCCHI e col. (1992). TORRES e col. (1994b) constataram entre crianças de 4 a 36 meses de idade, atendidas em unidades básicas de saúde de São Paulo (SP), 38,4% de anemia, sendo que entre crianças de 12 e 23 meses, esse índice foi de 50,4%. Em Criciúma (SC), NEUMAN e col. (2000) encontraram 54% de anemia em crianças menores de 3

anos, sendo que entre aquelas de 6 a 12 meses e de 13 a 18 meses de idade, a prevalência foi de 65,4% e 78,3% respectivamente. MONTEIRO e col. (2000b), em um estudo para estabelecer a tendência secular da anemia em crianças menores de 5 anos, no município de São Paulo, no período compreendido entre 1984/96, verificaram um aumento significativo na sua prevalência de 35,6% para 46,9%, aumento independente de sexo, idade e situação econômica, salientando a alta prevalência encontrada nas faixas etárias de 6 a 12 meses (71,8%) e de 12 a 24 meses (65,3%). LACERDA e CUNHA (2001), no Rio de Janeiro, encontraram 50% de anemia entre crianças de 12 a 18 meses. SILVA e col. (2001), em Porto Alegre (RS), encontraram 47,8% de anemia em crianças de 0 a 36 meses de idade.

Se por um lado, a elevada prevalência de anemia no País exige ações urgentes para combatê-la, por outro lado, dentre as várias formas de intervenção no controle da deficiência do mineral em pauta, a fortificação de alimentos que fazem parte da dieta habitual da população-alvo tem provado ser a mais eficiente.

Desde a década de 80, várias pesquisas utilizando o leite como veículo para fortificação com ferro sempre mostraram a eficiência do produto no controle da deficiência marcial. No Brasil, destacam-se os diversos trabalhos liderados por Queiroz e Torres (TORRES 2000), que mostraram, de forma definitiva, o papel do leite na dieta infantil e a fortificação do produto como a forma mais eficiente no controle da anemia ferropriva.

A preocupação do Governo do Estado de São Paulo em diminuir a prevalência da anemia entre pré-escolares, cujas conseqüências deletérias são largamente descritas, juntamente com os conhecimentos gerados pelos estudos de fortificação acima mencionados (TORRES 2000), definiram em 1997 o programa de

leite com a adição do ferro veiculado pelo composto ferro bis glicina quelato, FeChel, sendo que a normatização do programa ocorreu em 2000 (Anexo 3).

Com o estabelecimento do Projeto Estadual do Leite Vivaleite no Estado de São Paulo foi criado um instrumento de intervenção dos mais importantes para o controle da anemia na população de crianças de baixa idade e de maior risco, não só pela escolha do veículo mais adequado à fortificação, o leite, mas também devido à qualidade da fonte de ferro utilizado, o FeChel.

Tendo em vista que:

- cerca de 720 mil crianças recebem o benefício do leite fortificado com ferro, o Vivaleite;
- que o FeChel utilizado na fortificação é cerca de 4 vezes mais eficiente do que o sulfato ferroso no controle da deficiência do mineral (BOVELL-BENJAMIN e col. 2000);
- que, sem exceção, a totalidade de estudos de intervenção (Anexo 11), incluindo a série de estudos de TORRES (2000), que levaram à formulação do Vivaleite, mostraram respostas positivas no controle da anemia;
- que o consumo de alimentos fortificados com ferro, mesmo que por pouco tempo ou de forma intermitente atuam positivamente no controle da desnutrição em pauta;

não existe qualquer dúvida que o leite do Projeto Vivaleite teria uma ação positiva para as pessoas que o utilizassem na sua alimentação.

No entanto, os resultados obtidos na avaliação da concentração de hemoglobina (Tabela 8), apontam para uma situação muito distante da esperada.

Tabela 8. Prevalência de anemia nas crianças estudadas, segundo idade (meses).

Idade (meses)	[Hb] < 11 g/dL		[Hb] ≥ 11 g/dL		Total
	n	%	n	%	
6 – 12	04	50,0	04	50,0	08
12 – 18	21	87,5	03	12,5	24
18 – 24	30	73,1	11	26,9	41
24 e +	21	32,3	44	67,7	65
Total	76	55,1	62	44,9	138

$$\chi^2 = 29,32 \quad p = 0,00005 \quad (GL = 3)$$

Do total das crianças estudadas, 55,1% eram anêmicas sendo que, entre as crianças menores de 24 meses, esse percentual elevou-se para 72,3%. Destaca-se a elevada prevalência no grupo de 12 a 17 meses, diminuindo após essa idade, repetindo o encontrado em outros trabalhos (MONTEIRO e col. 2000b). Em relação à gravidade da doença, 47,3% das crianças anêmicas tinham a concentração de hemoglobina menor que 9,5 g/dL.

Mesmo dentro de uma população homogênea como a de beneficiários do Vivaleite, encontrou-se a influência da renda na ocorrência da deficiência nutricional de ferro (Tabela 9).

Tabela 9. Prevalência de anemia nas crianças estudadas, segundo renda familiar (salário-mínimo).

Renda familiar	[Hb] < 11 g/dL		[Hb] ≥ 11 g/dL		Total	
	N	%	N	%	n	%
≤ 2	53	63,1	31	36,9	84	63,1
> 2	19	38,8	30	61,2	49	36,9
Total	72	54,1	61	45,9	133*	100,0

$$* 5 \text{ sem informação} \quad \chi^2 = 7,37 \quad p = 0,0066 \quad (GL = 1)$$

Embora a escolaridade mantenha uma associação positiva com a renda, a mesma significância não foi observada quando se associou a escolaridade materna com a prevalência de anemia (Tabela 10).

Tabela 10. Prevalência de anemia nas crianças estudadas, segundo escolaridade materna (anos de estudo).

Escolaridade (anos completos)	[Hb] < 11		[Hb] ≥ 11		Total
	n	%	n	%	n
≤ 8	65	55,5	52	44,5	117
> 8	08	47,0	09	53,0	17
Total	73	54,5	61	45,5	134*

* 4 sem informação $\chi^2 = 0,87$ p = 0,6470 (GL = 1)

Embora aceito sem contestação que o nível de educação, principalmente materna, repercute na saúde dos filhos, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre nível escolar das mães e anemia nas crianças. Mesmo não sendo significativa, no entanto, pode ser observada a maior prevalência da deficiência nutricional no grupo de lactentes cujas mães completaram, no máximo o primeiro grau escolar. Neste grupo, encontrou-se 30% de crianças com [Hb] < 9,5 g/dL, ou seja anemia grave. Entre as outras, ou seja, crianças cujas mães ultrapassaram o 1º grau escolar, embora a prevalência de anemia fosse elevada, não houve nenhum caso de anemia de maior gravidade.

Outra possível variável importante na determinação das deficiências nutricionais na infância é o trabalho materno. Nos últimos anos, a inserção da mulher no mercado de trabalho, formal ou informal, contribuiu para a elevação da renda familiar e mesmo para o próprio sustento da família. Na população estudada, a maior parte das mães trabalhava (53,6%). A Tabela 11, que relaciona anemia e trabalho materno, mostra uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Tabela 11. Distribuição do estado nutricional de ferro das crianças estudadas, segundo trabalho materno.

Trabalho materno	[Hb] < 11 g/dL		[Hb] ≥ 11 g/dL		Total
	n	%	n	%	n
Não	43	67,2	21	32,8	64
Sim	33	44,6	41	55,4	74
Total	76	55,1	62	44,9	138

$\chi^2 = 7,03$ p = 0,008 (GL = 1)

Se a ausência da mãe que trabalha interfere nos cuidados da criança, a creche como forma de resolver essa questão tem sido positiva, no que se refere à anemia (Tabela12).

Tabela 12. Distribuição do estado nutricional de ferro das crianças que freqüentam as creches estudadas.

Creche	[Hb] < 11 g/dL		[Hb] ≥ 11 g/dL		Total
	n	%	n	%	
Não	50	74,6	17	25,4	67
Sim	23	33,4	48	67,6	71
Total	73	52,9	65	47,1	138

$\chi^2 = 24,64$ $p < 0,0001$ (GL = 1)

O resultado observado nesta tabela pode ser consequência de dois fatores: a idade maior da criança e a alimentação variada oferecida diariamente onde os alimentos fontes de ferro estão presentes rotineiramente.

Com relação à idade, a Tabela 13 mostra proporção menor de anemia entre as crianças menores de 24 meses que freqüentam creches em relação às outras, sendo essa diferença estatisticamente significativa, ressaltando a maior oportunidade de atendimento das necessidades nutricionais.

Tabela 13. Distribuição do estado nutricional de ferro entre as crianças menores de 24 meses segundo freqüência em creche.

Creche	[Hb] < 11 g/dL		[Hb] ≥ 11 g/dL		Total
	n	%	n	%	
Sim	8	47,0	9	53,0	17
Não	42	75,0	14	25,0	56
Total	50	68,5	23	31,5	73

$\chi^2 = 4,72$ $p = 0,0298$ (GL = 1)

O questionamento sobre o consumo do Vivaleite pela criança-alvo esbarra num aspecto importante que é relativo à distribuição do produto. Conforme referido anteriormente, o horário em que ele chega aos lares, quer pela manhã, quer à tarde,

não corresponde aos horários das refeições lácteas das crianças, o que propicia o consumo do leite adquirido pela mãe no mercado varejista.

A importância cultural do leite e a facilidade de ingestão quando comparada à alimentação sólida, faz com que a mãe, com muita frequência, superestime as qualidades nutricionais do alimento e substitua e/ou complemente refeições com preparações lácteas, diminuindo a oportunidade da criança consumir alimentos fontes de ferro e ricos em energia e, ainda, aumentando o risco de anemia.

Com a presença da diluição intrafamiliar do Vivaleite, e o horário em que o mesmo chega às residências e o elevado consumo de leite, acredita-se que a criança-alvo consuma pouco do leite fortificado e muito do leite não fortificado.

A dificuldade de se associar o consumo do leite fortificado e a presença de anemia, motivou TORRES e col. (1996) a avaliar o papel da diluição intrafamiliar do alimento. Os Autores encontraram, após um ano de intervenção com o leite fortificado, que nas famílias em que havia duas ou mais crianças, a anemia reduziu de 61,9% para 35,2% (\downarrow 15,8%), enquanto nas famílias com apenas uma criança a anemia reduziu de 62,7% para 19,4% (\downarrow 43,3%). Conforme bem salientaram, a diluição intrafamiliar é uma realidade que deve ser considerada nos programas de suplementação alimentar.

A Tabela 14, na qual foi utilizada o modelo elaborado por TORRES (2000) apresenta a avaliação do papel da diluição do Vivaleite entre pré-escolares, na ocorrência da anemia.

Tabela 14. Prevalência de anemia entre as crianças menores de 24 meses de idade, segundo o número de menores de 5 anos na família.

Crianças na família	Amostra	[Hb] < 11 g/dL	
		n	%
1	21	16	76,4
2 e +	39	30	65,4
Total	60 *	46	100,0

* as crianças do Lar de Maria foram excluídas por não levarem o leite para casa

$$\chi^2 = 0,04 \quad p = 0,8327 \quad (GL = 1)$$

Observou-se que a presença de duas ou mais crianças em idade pré-escolar na família não modificou a proporção de anêmicos. Esse achado sugere que, mesmo sendo o leite o alimento mais freqüente entre as crianças, elas não têm no Vivaleite uma fonte importante de ferro.

Deve-se enfatizar ainda o que também foi descrito anteriormente: as mães, assim como as entidades que distribuem o leite, não têm conhecimento da importância da fortificação na saúde dos seus consumidores e, dessa forma, não diferenciam o Vivaleite do leite comprado.

Quando questionadas sobre a ingestão de leite pela criança, em apenas 20,0% (n = 26) das respostas o Vivaleite foi referido como único leite consumido. No entanto, se observou a falta de credibilidade da informação entre as mães em geral, especialmente entre as acima citadas, que o volume referido suplantava em muito, o total distribuído pelo programa, possivelmente por receio de perder o benefício.

Afora a pequena credibilidade que se pode dar às respostas obtidas, a maioria das quais ultrapassava em muito o volume de leite recebido, dois aspectos da maior relevância podem ser destacados:

1. o leite é o alimento de maior consumo na dieta infantil e,

2. a mãe não distingue entre a qualidade especial do leite do Vivaleite e do leite não fortificado, consumido praticamente pela totalidade das famílias. Para ela o Vivaleite serve apenas para complementar o consumo de leite das crianças e, principalmente, diminuir os gastos com a aquisição do produto.

Dessas duas considerações decorrem sérias conseqüências para o estado nutricional do ferro. O leite adquirido no varejo, não contendo ferro, é um inibidor da absorção do mineral. LEVY-COSTA (2002), em uma amostra probabilística de crianças entre 6 e 59 meses de idade, residentes no município de São Paulo, através de inquéritos alimentares recordatórios, estimou a participação do leite de vaca na alimentação infantil. A Autora verificou que conforme aumentava a participação do leite na dieta, a concentração de hemoglobina diminuía e que o risco de anemia entre as crianças com consumo de leite superior a 500 mL/dia foi 2,2 vezes maior do que entre as outras de menor consumo. Tal resultado permitiu concluir que o elevado consumo do produto (> 500 mL/dia) exerceu um efeito negativo sobre a concentração de hemoglobina e positivo sobre o risco de anemia na infância.

A Tabela 15 apresenta a ocorrência de anemia entre as crianças, distribuídas segundo ingestão referida de leite, independente da origem, tendo como valor crítico 500 mL/dia.

Tabela 15. Prevalência de anemia, segundo consumo diário (mL) de leite, independente da origem, referido pelo responsável.

Consumo diário (mL)	[Hb] < 11 g/dL		[Hb] > 11 g/dL		Total
	N	%	N	%	
≤ 500	31	53,4	27	46,6	58
> 500	42	59,1	29	40,9	71
Total	73	56,6	46	43,4	129 *

* 9 não souberam informar quantidade. $\chi^2 = 0,42$ $p = 0,5153$ (GL = 1)

Embora não seja estatisticamente significativa, nota-se uma maior proporção de anêmicos entre os maiores consumidores de leite.

Ressalta-se que, mesmo entre as 26 mães que referiram a utilização exclusiva do Vivaleite, apenas 5 informaram consumo de até 500 mL/dia pela criança-alvo, ratificando o sugerido quanto à falta de confiabilidade da informação.

Por sua vez, a importância do Vivaleite pode ser verificada comparando o resultado da prevalência de anemia, encontrada nas duas creches estudadas, onde o produto é consumido nas refeições lácteas diárias (Tabela 16).

Tabela 16. Prevalência de anemia entre as crianças institucionalizadas, maiores de 24 meses, segundo consumo semanal de Vivaleite (mL).

Creche	Consumo semanal	Local de consumo	[Hb] < 11 g/dL		[Hb] ≥ 11 g/dL		Total N
			n	%	n	%	
Lar de Maria	900	creche	09	36,0	16	64,0	25
Lar Benvindo	1.725 (400+1325*)	creche + casa	02	12,5	14	87,5	16
Total			11	26,8	30	73,2	41

* consumo médio em casa (referido pela mãe)
 χ^2 (Teste exato de Fisher) = 2,74 p = 0,0975 (GL = 1)

Mesmo ingerindo pequeno volume de leite, e mesmo que parte dele não seja confirmável, a influência positiva do Vivaleite parece presente entre as crianças do Lar Benvindo. O mesmo não ocorreu em relação ao Lar de Maria onde a prevalência de anemia foi similar a encontrada nas crianças da Creche São Jerônimo.

A baixa eficácia do Programa Vivaleite no controle da anemia foi inesperada. A elevada ingestão de leite não fortificado entre a população alvo do projeto,

juntamente com a pequena ingestão do produto enriquecido com ferro possivelmente justificam esse resultado.

O Programa Vivaleite está sendo entendido como um programa assistencial e sua importância na área da saúde não está sendo valorizada. A ausência de conhecimento, tanto das entidades que distribuem o leite, quanto da população beneficiada, minimiza o efeito esperado para o alimento no controle da anemia. Certamente, ações intersetoriais entre as Secretarias de Agricultura e de Saúde propiciariam as atividades necessárias para que o programa atingisse o seu potencial na melhoria da saúde da população.

CONCLUSÕES

As informações obtidas do estudo “Política Pública de Suplementação Alimentar: Caracterização do Projeto Vivaleite no Município de Santo André - SP”, permitiram chegar às seguintes conclusões:

- as entidades participantes do Projeto Estadual do Leite Vivaleite, em Santo André, seguem critérios próprios de inclusão de beneficiários não levando em conta a prioridade estabelecida para as crianças menores de 24 meses, ocasionando a baixa participação das mesmas no programa. O desconhecimento do risco nutricional dessas crianças e o próprio sistema do Projeto (substituição automática do beneficiário que completou 7 anos pelo seu irmão menor) contribuem para essa ocorrência. As famílias beneficiadas pelo Vivaleite permanecem vários anos no Projeto devido à extensão da faixa etária de atendimento e o sistema de substituição por irmãos, o que, por sua vez, reforça a contradição do critério de prioridade de inclusão de crianças menores de 24 meses presente no edital.
- Embora as condições sócio-econômicas da maioria das famílias beneficiárias sejam extremamente precárias, 36,1% delas declararam renda familiar acima de 2 salários mínimos, limite imposto para seu cadastramento. A escolaridade das mães é baixa, sendo que 76,9% delas não completaram o ensino fundamental. Quanto ao trabalho, 53,6% das mães trabalhavam e, entre as famílias que referiram a presença de pais como chefe de família, 31% estavam desempregados.

- ▶ É elevada a prevalência de anemia nas crianças amostradas nas 6 instituições estudadas: 55,1%, sendo que este valor se eleva para 72,3% entre os menores de dois anos, diferença esta estatisticamente significativa. A proporção de anêmicos entre a clientela de creches foi menor ($p < 0,0001$) do que a observada entre as das outras entidades. Também significantes foram as associações de anemia ($[Hb] < 11,0$ g/dL) com: renda (≤ 2 salários-mínimos) e com o trabalho materno.
- ▶ Embora o leite seja um alimento muito valorizado na dieta infantil e ingerido com grande frequência e quantidade, a importância da fortificação do Vivaleite não é percebida, nem pelas entidades cadastradas para distribuir o produto, nem pelas famílias beneficiadas pelo Programa, como uma forma importante de prevenir e/ou controlar a anemia ferropriva, cuja prevalência e conseqüências deletérias, se constitui no problema nutricional específico de maior relevância na nossa sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Vivaleite destaca-se de todos os outros programas assistenciais de distribuição de leite, pela característica de sua fortificação com nutrientes cujo controle faz parte do compromisso brasileiro junto às Nações Unidas, até o ano de 2004: a anemia por deficiência de ferro e a hipovitaminose A.

A fortificação do leite com ferro de elevada biodisponibilidade é, indiscutivelmente, uma das estratégias mais eficazes no controle da anemia entre as crianças de menor idade, não só pelo seu valor nutricional, mas especialmente por ser o leite alimento de consumo praticamente universal entre a população infantil.

Certamente, como para qualquer programa de distribuição de alimentos, o Vivaleite deveria ter, como rotina, o controle da quantidade e composição dos nutrientes adicionados, juntamente com a avaliação da qualidade microbiológica.

Para que os objetivos e metas, apresentados no Projeto Vivaleite se concretizem, são necessárias algumas ações entre as quais a revisão da forma como a prioridade dada para idade está apresentada no Edital e como estão sendo operacionalizadas a captação e manutenção da clientela.

Atividades integradas entre a CODEAGRO, as entidades credenciadas e a população beneficiada são fundamentais para a eficácia e visibilidade dos resultados.

Entre essas atividades sugerem-se:

- estabelecer processo de sensibilização das entidades credenciadas para entenderem sua importância no desenvolvimento do Projeto Vivaleite;
- credenciar para a distribuição do Vivaleite, entidades:

- ✓ aptas a armazenar e distribuir o produto em condições ótimas de higiene e saneamento, garantindo a qualidade do mesmo;
- ✓ envolvidas com o Programa, comprometidas a convocar sua clientela e com credibilidade para obter a presença das famílias beneficiadas sempre que necessário.

Dentre os compromissos sugeridos para as entidades credenciadas, ressalta-se a organização de reuniões obrigatórias para as mães e/ou seus representantes direcionadas para:

- orientação e educação alimentar voltada para a prática de bons hábitos alimentares;
- a importância da ingestão de alimentos fontes de ferro e de vitamina C na alimentação diária da criança e da família;
- as consequências deletérias da anemia, especialmente para as crianças menores de dois anos;
- a necessidade de priorizar o alimento fortificado para os lactentes.

Participar de atividades que beneficiem a população carente deve ser encarada como uma oportunidade ímpar de cidadania. Assim, as entidades que se credenciam para a distribuição do Vivaleite têm que estar conscientes da importância do Projeto para a melhoria da saúde dos beneficiários, não somente pelo seu caráter compensatório, mas também, valorizá-lo por fornecer um alimento de alta qualidade nutricional e diferenciado para o controle da anemia.

REFERÊNCIAS

- Allen LH. Pregnancy and iron deficiency: unresolved issues. *Nutr Rev* 1997; 55(4):91-101.
- Andraca I, Castillo M, Walter T. Psychomotor development and behavior in iron deficient anemic infants. *Nutr Rev* 1997; 55:125-32.
- Andrade KC. **A Escolha de alimentos para fortificação com ferro.** São Paulo; 2001. [Dissertação de mestrado - Curso de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada. FCF/FEA/FSP-USP].
- Aquino RC. **Alimentos industrializados na dieta das crianças do município de São Paulo.** São Paulo; 1999. [Dissertação de mestrado. Curso de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada. FCF/FEA/FSP-USP].
- Ashmead HD. The absorption and metabolism of iron amino acid chelate. *Arch Latinoam Nutr* 2001; 51:13-21.
- Arraval SRM. **Consumo de ferro suplementar no controle da anemia.** São Paulo; 2001. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Batista F^o M, Barbosa, NP. **Alimentação e nutrição no Brasil (1974 – 1984).** Brasília – DF: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1985.
- Behar M. Análisis crítico de los programas de nutrición aplicada em América Latina. *Rev Nutr PUCCAMP* 1991; 4(1/2): 9-24.
- Bovell-Benjamin A, Viteri FE, Allen LH. Iron absorption from ferrous bisglycinate and ferric trisglycinate in whole maize is regulated by iron status. *Am J Clin Nutr* 2000; 71:1563-9.

- BRASIL. República Federativa do Brasil. **Bolsa – Alimentação** [online]. Disponível em < URL: <http://brasil.gov.br/planos.htm> > [2003 ago 04].
- Brunken GS, Guimarães LV, Fisberg M. Anemia em crianças menores de 3 anos que freqüentam creches públicas em período integral. **J Pediatra (Rio J)** 2002; 78:50-6.
- Campino ACC. Aspectos sócio-econômicos da desnutrição no Brasil. **Rev Saúde Pública** 1986; 20:83-101.
- Cardoso RP, Giorgini E, Braga JAP, Ferreira AMA, Farias M, Kliamca PE e col. Fortification of sugar with iron. Determination of the dose impact. In: **35º Reunião Anual da Sociedade Latino Americana de Investigação Pediátrica**; 1997 nov 23-27; Valdivia Chile. p. 58
- Castro IRR. **Efetividade da suplementação alimentar na recuperação nutricional de crianças: avaliação do Programa “Leite é Saúde” (PLS) no município do Rio de Janeiro**. São Paulo; 1999. [Tese de doutorado- Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Castro IRR, Monteiro CA. Avaliação do impacto do programa “Leite é Saúde” na recuperação de crianças desnutridas no município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol** 2002; 5:52-62.
- Costa OV. Distribuição gratuita de alimentos no Brasil. **São Paulo Perspect** 1992; 6:114-22.
- Daly JA, Davis JH, Robertson R. Determinantes del estado nutricional y de salud. RE, editor. In: **Evaluación del impacto de los programas de nutrición y de salud**. Washington (DC); 1982 (OPAS – Publicación Científica, 432).
- De Paula RCA, Fisberg M. El uso de azucar fortificado com hierro tris-glicinato quelado en la prevención de anemia ferropriva em preescolares. **Arch Latinoam Nutr** 2001; 51:54-9.

- Engstrom EM, Anjos LA. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com as condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. **Cad Saúde Pública** 1992; 15:559-67.
- FAO/OMS. **Final report of the International Conference on Nutrition**. Rome; 1992.
- Ferreira JF, Aranda RA, Binachi MLP, Desai ID, Oliveira JED. Utilização da água potável como veículo de nutrientes: estudos experimentais com ferro. **Arch Latinoam Nutr** 1991;41:400-6
- Fisberg M, Braga JAP, Kliamca PE, Ferreira AMA, Berezowski M. Utilização de queijo *petit suisse* na prevenção da anemia carencial em pré-escolares. **Clin Pediatr** 2001; 6(19):14-24.
- Freire WB. Strategies of Pan American Health Organization/World health Organization for the control of iron deficiency in Latin America. **Nutr Rev** 1997; 55:183-8.
- FUNDAÇÃO IBGE. **Censo 2000** [on line]. Disponível em <URL: <http://www1.ibge.gov.br/cidadesat/ufs/perfil2.php?codmun=354780>> [2003 jun 07].
- FUNDAÇÃO SEADE. **Taxa de mortalidade infantil** [on line]. Disponível em <URL:http://www.seade.gov.br/cgi-bin/lincv98/spd_01.ksh> [2003 dez 06]
- FUNDAÇÃO UNICAMP. **Mais igualdade** [on line]. 2002. Disponível em <URL:<http://www.funcamp.unicamp.br/espacofuncamp/noticias/ler.asp?noticia=548>> [2003 abr 04].
- Garcia-Casal MN, Layrisse M. Absorción del hierro de los alimentos. Papel de la vitamina A. **Arch Latinoam Nutr** 1998; 48:191-5.
- Garcia LYC, Mota AC, Odone Fº V, Vaz FAC. Anemias carenciais na infância. **Pediatria (São Paulo)** 1998; 20:112-25.

- Giorgini A, Fisberg M, De Paula RCA, Ferreira AMA, Valle J, Braga JAP. The use of sweet rolls fortified with iron bis-glycinate chelate in the prevention of iron deficiency anemia in preeschool children. **Arch Latinoam Nutr** 2001; 51:48-53.
- Haas JD, Brownlie T. Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship. **J Nutr** 2001; 131:S676-S690.
- Hertrampf E, Olivares M, Walter T, Pizarro FA, Heresi G, Llaguno S e col. Anemia ferropriva en el lactante: erradicacion con leche fortificada con hierro. **Rev Méd Chile** 1990; 118:1330-6.
- Hertrampf E, Pizarro FA, Pereyra AL, Vega VB. Nueva fórmula láctea: biodisponibilidad del hierro y efecto en la prevención de su deficiencia en lactantes. **Rev Chil Pediatr** 1991; 62:94-8.
- Holland C, Szarfarc SC. O papel da creche na formação de práticas alimentares. In: **Livro de resumos da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição do 5º Congresso Nacional de Alimentação e Nutrição: perspectivas para o próximo século**; 1999 dez 5-8; São Paulo (SP). p. 173.
- Iost C, Name JJ, Jeppsen RB, Ashemed HD. Repleting hemoglobin in iron deficiency anemia in young children through liquid milk fortification with bioavailable iron amino acid chelate. **J Am Col Nutr** 1998; 17(2):187-94
- [INACG] INTERNATIONAL NUTRITIONAL ANEMIA CONSULTATIVE GROUP. **Guidelines for the eradication of iron deficiency anemia: a report of the International Nutritional Anemia Consultative Group**. Washington, (DC): INACG; 1979.

- L'Abbate S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. I. Período de 1940 a 1964. **Rev Nutr PUCCAMP** 1988; 1:87-138.
- L'Abbate S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. II. A partir dos anos setenta. **Rev Nutr PUCCAMP** 1989; 2:7-54.
- Lacerda E, Cunha AJ. Anemia ferropriva e alimentação no 2º ano de vida no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 2001; 9:294-301.
- Lavinás L, Manão D, Garcia EH, Bittar M, Bahia M, Bezerra RA. **Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil**. Rio de Janeiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000. (IPEA-Texto para Discussão, 748).
- Levy-Costa RB. **Consumo de leite de vaca na infância no município de São Paulo**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Loft M, Mannar MGM, Mery RJHM, Euvel PN. **Micronutrient fortification of foods: current practices, researchs, and opportunities**. Canadá; International Development Research (IDRC)/International Agriculture Centre (IAC); 1996.
- Magalhães P. **Parâmetros nutricionais em pré-escolares de creches municipais de Viçosa – MG, relacionados com anemia e deficiência de Vitamina A**. São Paulo; 1997. [Dissertação de mestrado - Curso de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada. FCF/FEA/FSP-USP].
- Monteiro CA, Zuñiga HPP, Benicio MHDA, SZARFARC SC. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (BR), 1984/1985. I – Aspectos metodológicos, características sócio-econômicas e ambiente físico. **Rev Saúde Pública** 1986; 20:435-45.

- Monteiro CA, Benicio MHDA. Estado nutricional e renda. **São Paulo Perspect** 1987; 1:67-70.
- Monteiro CA, Iunes RF, Torres A M. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP, 2000a. p. 349-56.
- Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondili L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984 – 1996). **Rev Saúde Pública** 2000b; 34(6 Supl):62-72.
- Monteiro CA. Evolução da nutrição infantil nos anos 90. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP; 2000. p.375-92.
- Neuman NA, Tanaka OY, Szarfarc SC, Guimarães PRV, Victora CG. Prevalência e fatores de risco para anemia no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34:56-63.
- Nilson A. Fortificación de alimentos con micronutrients. In: **Tercer Taller Regional sobre Deficiencias de Vitamina A y otros Micronutrientes en America latina y el Caribe**; 1992 ago 23-27; Recife (PE) p. 93-8.
- Nogueira NN, Colli C, Cozzolino SM. Controle da anemia ferropriva em pré-escolares por meio da fortificação de alimento com concentrado de hemoglobina bovina (estudo preliminar). **Cad Saúde Pública** 1992; 8:459-65.

- Olivares M, Walter T, Hertrampf E, Pizarro F, Stekel A. Prevention of iron deficiency by milk fortification. **Acta Pediatric Scand Suppl** 1989; 361:109-13.
- Osman AK, Al-Othaimen A. Experience with ferrous bis-glycine chelate as an iron fortificant in milk. **Int J Vitam Nutr Res** 2002; 72:256-63.
- [OMS] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Anemias nutricionais**. Ginebra; 1968 (OMS - Série de Informes técnicos, 405).
- [OMS] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Lucha contra la anemia, especialmente contra la carencia de hierro**. Ginebra; 1975 (OMS - Série de Informes técnicos, 580).
- Peliano AM. **Quem se beneficia dos programas governamentais de suplementação alimentar**. Brasília. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 1990. (IPEA - Texto para Discussão, 205).
- Pizarro F, Yip R, Dallman PR, Olivares M, Hertrampf E, Walter T. Iron status with different infant feeding regimens: relevance to screening and prevention of iron deficiency. **J Pediatr** 1991; 118:687-92.
- Pollitt E. Iron deficiency and educational deficiency. **Nutr Rev** 1997; 55:133-41.
- Prates CA. Mensuração da pobreza: o dedo na ferida. **São Paulo Perspect** 1990; 412: 59-63.
- [PMSA] Prefeitura Municipal de Santo André. **Estimativa do percentual de famílias segundo a faixa de rendimento líquido mensal (agosto 1999) - Santo André e ABC** [on line] 1999. Disponível em <URL:<http://santoandre.gov.br/servicos/dados/rendfamiliar.htm>> [2001 abr 8].

- [PMSP] Prefeitura Municipal de São Paulo. **Programa Leve Leite** [on line]. Disponível em <URL: <http://www2.prefeitura2.sp.gov.br/secretarias/abastecimento/servicos/008>> [2001 abr 8].
- Rondó Schilling P. Supplementary feeding programs: a critical analysis. **Rev Saúde Pública** 1990; 24:412-9.
- Sant'anna SC, Rocha SMM. Suplementação alimentar e a criança desnutrida: uma revisão bibliográfica relativa ao Estado de São Paulo. **Acta Paul Enf** 1997;10(2):40- 8.
- Schmitz B, Von Der Heyde MED, Cintra IP, Franceschini SCC, Taddei JAAC, Sigulem DM. Políticas e programas governamentais de alimentação e nutrição e sua involução. **Cad Nutr** 1997; 13:39-54.
- Silva JV. **Estado nutricional de ferro de crianças menores de 5 anos assistidas em creches públicas do município de Niterói, RJ.** São Paulo, 1999 [Tese de doutorado –Escola Paulista de Medicina da UNIFESP].
- Silva LSM, Giugliani ERJ, Aerts DRGC. Prevalência e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. **Rev Saúde Pública** 2001; 37:66-73.
- Stefanini MLR. **Programa de suplementação alimentar: uma reflexão sobre o assunto.** São Paulo; 1987 [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Stefanini MLR, Lerner BR, Lei DRM, Chaves SP. **Fome e política. História, implantação, desenvolvimento, avaliação e implicações de um programa federal de suplementação alimentar do Estado de São Paulo.** São Paulo; Instituto de Saúde, 1997. (Políticas Públicas em Saúde I).

- Stefanini MLR. **Merenda escolar: história, evolução e contribuição no atendimento das necessidades nutricionais da criança.** São Paulo; 1998. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Stekel LA, Olivares M, Pizarro F, Chadud P, Cayazzo M, López I, Amar M. Prevención de la carencia de hierro en lactantes, mediante la fortificación de la leche. Estudio sobre el terren de una leche semidescremada. **Arch Latinoam Nutr** 1986; 36:655-61.
- Szarfarc SC. **Prevalência de anemia nutricional entre gestantes matriculadas em centros de saúde do Estado de São Paulo.** São Paulo; 1983. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Szarfarc SC, Stefanini MLR, Lerner BR. Anemia nutricional no Brasil. **Cad Nutr** 1995; 9:5-24.
- Szarfarc SC, Souza SB. Prevalence and risk factor in iron deficiency and anemia. **Arch Latinoam Nutr** 1997; 47:(2 Supl 1):35-8.
- Taddei JAAC. **Avaliação antropométrica do impacto nutricional de um programa de suplementação alimentar.** São Paulo; 1987. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Torres MAA, Sato K, Novo NF, Queiroz SS. O leite fortificado no controle da anemia carencial ferropriva, em crianças matriculadas nas creches municipais da Grande São Paulo. **Bol Soc Hematol** 1994a; 16(166):221-7.
- Torres MA, Sato K, Queiroz SS. Anemia em crianças menores de 2 anos atendidas nas unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1994b; 28:290-4.

- Torres MAA, Sato K, Lobo NF, Queiroz SS. Efeito do uso de leite fortificado com ferro e vitamina C sobre os níveis de hemoglobina e condição nutricional de crianças menores de 2 anos. **Rev Saúde Pública** 1995; 29:301-7.
- Torres MAA, Sato K, Queiroz SS. Fortificação do leite fluido na prevenção e tratamento de anemia carencial ferropriva em crianças menores de 4 anos. **Rev Saúde Pública** 1996; 30: 350-7.
- Torres MAA. **Programa de fortificação do leite pasteurizado e de atividades de educação em saúde e nutrição, na prevenção e recuperação da anemia carencial ferropriva, em crianças menores de 2 anos.** São Paulo; 2000 [Tese de doutorado – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo].
- Turconi VL, Turconi SJ. Redução da anemia ferropriva em lactentes através de leite enriquecido. **Pediatr Mod** 1994; 30:1088-94.
- UNICEF. **Situação Mundial da Infância.** Brasília, DF; 1998.
- Vannucchi H, Freitas MLS, Szarfarc SC. Prevalência de anemias nutricionais no Brasil. **Cad Nutr** 1992; 4:7-26.
- Vega-Franco L. Deficiencia de hierro en la infancia: manifestaciones clinicas, tratamiento y prevención. **Bol med Hosp Infant Mex** 1989; 46:690-5.
- Yuyama LKO, Tuma RB, Nagahama D, Rosa RD, Aguiar JPL, Alcar FA, Marques EQ, Cordeiro GWO. Fortificação da farinha de mandioca: avaliação do impacto em pré-escolares de uma unidade filantrópica de Manaus, AM. In: **Anais do 5º Congresso Nacional de Alimentação e Nutrição: perspectivas para o próximo século;** 1999 dez 5-8; São Paulo (SP). p. 161.

- Walter T. Impact of iron deficiency on cognition in infancy and childhood. **Eur J Clin Nutr** 1993; 47:307-16.
- Walter T, Olivares M, Pizarro F, Muñoz C. Iron, anemia and infection. **Nutr Rev** 1997; 55:111-24.

ANEXO 1



ESTADO DE SÃO PAULO

DECRETO Nº 44.569 , DE 22 DE DEZEMBRO DE 1999

Institui o Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE" dentro do Programa Estadual de Alimentação e Nutrição para populações carentes, em substituição ao Programa Campo/Cidade-Leite, de que trata o Decreto nº 41.612, de 7 de março de 1997, e dá providências correlatas.

MÁRIO COVAS, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais,

D e c r e t a :

Artigo 1º - Fica instituído o Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE", em substituição ao Programa Campo/Cidade-Leite, de que trata o Decreto nº 41.612, de 7 de março de 1997.

Artigo 2º - O Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE" é destinado ao atendimento às crianças carentes do Estado de 6 (seis) meses até 6 (seis) anos de idade, mediante a distribuição gratuita de leite fluido pasteurizado, com teor de gordura mínimo de 3% (três por cento), e enriquecido com Ferro (Fe) e Vitaminas A e D.



ESTADO DE SÃO PAULO

§ 1º - Serão beneficiadas com o Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE" as crianças cujas famílias tenham renda mensal de até 2 (dois) salários mínimos.

§ 2º - Terão prioridade no atendimento as crianças de 6 (seis) a 23 (vinte e três) meses de idade.

§ 3º - Serão atendidas preferencialmente as crianças de famílias cujo chefe encontrar-se desempregado e aquelas cuja mãe for o arrimo de família.

Artigo 3º - Fica constituída a Comissão Estadual do Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE", com atribuição de estabelecer metas e critérios para execução do Programa, bem como avaliar periodicamente os resultados obtidos.

§ 1º - A Comissão Estadual será composta por 1 (um) representante de cada um dos seguintes órgãos:



ESTADO DE SÃO PAULO

1.Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios da Secretaria de Agricultura e Abastecimento;

2.Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social;

3.Secretaria da Saúde;

4.Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho;

5.Secretaria do Governo e Gestão Estratégica;

6.Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo.

§ 2º - A Comissão Estadual será presidida pelo Secretário de Agricultura e Abastecimento e reunir-se-á, ordinariamente, a cada 3 (três) meses.

Artigo 4º - O Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE" será coordenado pela Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, podendo ser executado com a par-



ESTADO DE SÃO PAULO

ticipação de outros órgãos públicos estaduais, Municípios e entidades da sociedade civil.

Artigo 5º - As despesas resultantes da execução do Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE" correrão à conta de recursos alocados no orçamento da Secretaria de Agricultura e Abastecimento.

Artigo 6º - Para participação de Municípios no Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE", serão celebrados convênios entre os mesmos e o Estado de São Paulo através da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, mediante:

I - apresentação pelo Município e aprovação pela Secretaria de Agricultura e Abastecimento de Plano de Trabalho;

II - atendimento pelo Município do disposto no artigo 8º do Decreto nº 40.722, de 20 de março de 1996;

III - observância pelos partícipes das exigências legais, atinentes à espécie, em especial a



ESTADO DE SÃO PAULO

Lei Estadual nº 6.544, de 21 de novembro de 1989 e Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com as alterações posteriores.

Parágrafo único - O Secretário de Agricultura e Abastecimento fica autorizado a celebrar convênios, segundo modelo em anexo, com os Municípios do Estado de São Paulo, para execução do Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE".

Artigo 7º - Para a supervisão da execução do convênio de que trata o artigo anterior, deverão ser formadas comissões municipais, tendo a seguinte composição:

I - 1 (um) representante da Secretaria de Agricultura e Abastecimento;

II - 1 (um) representante da Prefeitura Municipal;

III - 1 (um) representante do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Parágrafo único - As comissões municipais apresentarão seus relatórios, sugestões e pro-



ESTADO DE SÃO PAULO

postas à Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios da Secretaria de Agricultura e Abastecimento e à Prefeitura Municipal.

Artigo 8º - Para fins de participação na execução do Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE", as entidades da sociedade civil interessadas deverão credenciar-se na Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios da Secretaria de Agricultura e Abastecimento mediante a apresentação de documentos que comprovem sua natureza social e finalidade não lucrativa.

Artigo 9º - Serão estabelecidas pelo Secretário de Agricultura e Abastecimento, após ouvir a Comissão Estadual:

I - as normas regulamentadoras do Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE";

II - as regras de credenciamento e de participação de entidades da sociedade civil na execução do Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE", no âmbito dos municípios com os quais tenham sido firmados convê-



ESTADO DE SÃO PAULO

nios, conforme artigo 6º, e naqueles atendidos diretamente pela Secretaria de Agricultura e Abastecimento.

Artigo 10 - Ficam mantidos os credenciamentos de entidades comunitárias para participação na execução do Projeto Estadual do Leite "VIVALEITE", até o estabelecimento das novas regras previstas no inciso II do artigo 9º.

Artigo 11 - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogado o Decreto nº 41.612, de 7 de março de 1997.

PALÁCIO DOS BANDEIRANTES, em 22

de dezembro de 1999



MÁRIO COVAS

JOÃO CARLOS DE SOUZA MEIRELLES
Secretário de Agricultura e
Abastecimento

ATG/mcl
(3492-DECCO)

CELINO CARDOSO
Secretário-Chefe da Casa Civil

ANEXO 2

D.O.E., Poder Executivo, Seção I, São Paulo, 110 (123), quinta-feira, 29 de junho de 2000

DECRETO Nº 45.014 DE 28 DE JUNHO DE 2000.

Altera o Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, que instituiu o Projeto Estadual do Leite "Vivaleite".

MARIO COVAS, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,
Decreta:

Artigo 1º - O artigo 2º do Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, que instituiu o Projeto Estadual do Leite "Vivaleite", passa a vigorar com a seguinte redação:

"Artigo 2º - O Projeto Estadual do Leite "Vivaleite" é destinado ao atendimento às crianças carentes de 6 (seis) meses até 6 (seis) anos de idade e as pessoas idosas de baixa renda com idade superior a 60 (sessenta) anos, mediante a distribuição gratuita de leite fluido pasteurizado, com teor de gordura mínimo de 3% (três por cento) e enriquecido com ferro (Fe) e vitaminas A e D.

§ 1º - Serão beneficiados com o Projeto Estadual do Leite "Vivaleite" as crianças e as pessoas idosas cujas famílias tenham renda mensal de até 2 (dois) salários-mínimos.

§ 2º - Terão prioridade no atendimento as crianças de 6 (seis) a 23 (vinte e três) meses de idade e as pessoas com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

§ 3º - Respeitadas as prioridades previstas no parágrafo anterior, serão atendidas, preferencialmente, as crianças de famílias cujo chefe encontrar-se desempregado e aquelas cuja mãe for arrimo de família, assim como os idosos portadores de doenças crônicas ou que necessitem do uso contínuo de medicamentos". (NR)

Artigo 2º - O modelo de convênio a que se refere o parágrafo único do artigo 6º do Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, fica substituído pelo modelo constante do Anexo deste decreto.

Artigo 3º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 28 de junho de 2000

MARIO COVAS

João Carlos de Souza Meirelles

Secretário de Agricultura e Abastecimento

João Caraméz

Secretário Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita

Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicado na Secretaria de Estado do Governo e Gestão Estratégica aos 23 de junho de 2000.

Termo de Convênio que entre si celebram o Estado de São Paulo, através da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, e o Município de _____, objetivando a execução do Projeto Estadual do Leite "Vivaleite".

Aos _____ de _____, o Estado de São Paulo, através da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, neste ato representada pelo seu Titular, João Carlos de Souza Meirelles, devidamente autorizado, nos termos do Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 45.014 de 28 de junho de 2000, doravante denominada SECRETARIA, e do Município de _____, aqui representada pelo Prefeito Municipal, devidamente autorizado pela Lei Municipal nº _____, de _____, ora designado simplesmente MUNICÍPIO, resolvem celebrar o presente Convênio para os fins e mediante as condições e cláusulas seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA:

Do objeto

O presente convênio tem por objetivo a conjugação de esforços entre os partícipes para a distribuição gratuita de leite fluido pasteurizado no Município de _____, com observância das regras de prioridade e preferência estabelecidas no Projeto estadual do Leite "Vivaleite", instituído pelo Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 45.014, de 28 de junho de 2000.

CLÁUSULA SEGUNDA

Das obrigações

I - Constituem obrigações comuns dos partícipes:

- colaborar, acompanhar, supervisionar, avaliar e divulgar a implantação e o desenvolvimento das ações decorrentes do presente Convênio;
- fazer menção no presente convênio sempre que for divulgado andamento ou os resultados dos trabalhos nele previstos;
- assegurar o cumprimento das disposições do Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 45.014, de 28 de junho de 2000, e das normas estabelecidas por Resolução do Secretário de Agricultura e Abastecimento;
- assegurar o cumprimento dos termos e disposições legais em vigor, atinentes à espécie, principalmente a Lei Estadual nº 6.544, de 22 de novembro de 1989, e a Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com as alterações posteriores.
- participar do Comissão Municipal responsável pela execução do Convênio, composta de 1 (um) representante de cada partícipe e 1 (um) representante do conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

II - Constituem obrigações da SECRETARIA:

- entregar ao Município, através de empresa contratada como fornecedora do produto na região, no mínimo 3 (três) vezes por semana, em locais determinados pela Prefeitura, a cota equivalente a litros de leite/dia, perfazendo o total mensal de litros de leite;
- proceder à supervisão e a fiscalização do Projeto, através da Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios, do fornecimento do leite ao Município, conforme os termos deste Convênio e o contrato, assinado entre a SECRETARIA e a empresa fornecedora do produto;
- proceder a avaliações periódicas do Convênio;

III - Constituem obrigações do MUNICÍPIO:

- realizar o cadastramento das pessoas beneficiárias do Projeto Estadual do Leite "Vivaleite", residentes no território municipal, que preencham as condições estabelecidas no Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 45.014, de 28 de junho de 2000, e em Resolução do Secretário de Agricultura e Abastecimento;
- efetuar o controle mensal dos beneficiários, atualizando o cadastro quanto ao rendimento familiar e a idade;
- definir o órgão do Município encarregado do Projeto e indicar, por escrito, o seu responsável e local de instalação;
- distribuir a cota de leite recebida para os beneficiários cadastrados, obedecendo às regras de prioridade e preferência estabelecidas no Projeto Estadual do Leite "Vivaleite", fixadas

no Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 45.014, de 28 de junho de 2000;

- permitir a verificação, pela SECRETARIA, de toda a operação de distribuição, bem como das fichas cadastrais e documentos comprobatórios;
- afixar, nos locais de cadastramento e distribuição, a lista dos beneficiários, os critérios e horários estabelecidos para a entrega do leite, assim como cartazes indicativos do Projeto, a serem fornecidos pela Secretaria de Agricultura e Abastecimento;
- fazer o acompanhamento nutricional mensal das crianças beneficiadas pelo Projeto do Leite através da curva de crescimento, com supervisão de profissionais da área de saúde, com o envio periódico de informações sobre os resultados alcançados;
- enviar relatório bimestral sobre o desenvolvimento do Projeto, conforme modelo instituído pela Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios, da Secretaria de Agricultura e Abastecimento elaborado pela Comissão Municipal nos termos do parágrafo único do artigo 7º do Decreto nº 44.569, de 22 de dezembro de 1999.

CLÁUSULA TERCEIRA

Da denúncia e da rescisão

O presente Convênio poderá ser denunciado, a qualquer tempo, por desinteresse consensual ou unilateral, nessa última hipótese mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, bem como rescindido por descumprimento das obrigações assumidas ou por infração legal.

Parágrafo único - Na hipótese de denúncia por parte da Prefeitura Municipal, esta deverá fornecer dentro do prazo acima estipulado, dados que permitam à Secretaria de Agricultura e Abastecimento dar continuidade de atendimento dos beneficiários do Projeto.

CLÁUSULA QUARTA

Do valor

O valor de presente Convênio corresponde às despesas ordinárias alocadas no orçamento-programa de cada partícipe, atinentes a gastos com pessoal e material de consumo.

CLÁUSULA quinta-feira

Da vigência

O prazo de vigência deste Convênio é de () ano(s), a contar da data de sua assinatura, prorrogável, mediante aditamentos, observado o período máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA

Do foro

Fica eleito o foro da Cidade de São Paulo para dirimir as dúvidas decorrentes da execução do presente Convênio, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem de acordo, os partícipes assinam o presente Convênio em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo.

JOÃO CARLOS DE SOUZA MEIRELLES SECRETÁRIO DE AGRICULTURA E ABASTECIMENTO
PREFEITO MUNICIPAL

Testemunhas:

1. _____
Nome: _____
RG: _____

2. _____
Nome: _____
RG: _____

AGRICULTURA E ABASTECIMENTO

Secretário: JOÃO CARLOS DE SOUZA MEIRELLES
Av. Miguel Stefano, 9.900 - Água Funda - CEP 04301-903
Fone: 5584-0433

ANEXO 3

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SAA - 24, de 1-8-2000.

Regulamenta o Projeto Estadual do Leite Viva Leite, estabelecendo as regras de credenciamento e de participação de entidades da sociedade civil e de Prefeituras Municipais na sua execução

O Secretário de Agricultura e Abastecimento, com fundamento no art. 9º do Dec. 44.569-99, alterado pelo Dec. 45.014-00, ouvida a comissão Estadual do Projeto Estadual do Leite Viva Leite, resolve:

Artigo 1º - O Projeto Estadual do Leite "Viva Leite" é destinado ao atendimento a crianças de 6 meses a 6 anos de idade e a pessoas com idade superior a 60, pertencentes a famílias com renda mensal de até 2 salários mínimos, através da distribuição gratuita de leite fluido pasteurizado, com teor de gordura mínimo de 3% e enriquecido com 6 mg de Fe (aminocácido quelato), 2.000 U.I. de vitamina A e 400 U.I. de vitamina D por litro.

§ 1º - A distribuição de leite observará os limites de 15 litros por beneficiário e 30 litros/mês por família.

§ 2º - Terão prioridade para o recebimento do leite as crianças de 6 a 23 meses de idade e as pessoas com idade superior a 65 anos.

§ 3º - Somente após o atendimento dos beneficiários das faixas etárias mencionadas no parágrafo anterior haverá a distribuição do excedente de litros de leite aos demais beneficiários do Projeto.

§ 4º - Respeçada a prioridade das faixas etárias mencionadas no § 2º, serão atendidas preferencialmente as crianças pertencentes a famílias cujo chefe encontrar-se desempregado e aquelas em que a mãe for arribo de família e as pessoas mais idosas ou portadoras de doenças crônicas que necessitem de uso constante de medicamentos.

Artigo 2º - A distribuição do leite, dentro do Projeto Estadual do Leite "Viva Leite", será feita por entidades da sociedade civil, devidamente credenciadas junto à Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, e por Prefeituras Municipais do Estado de São Paulo, mediante a celebração de convênio com o Estado, nos termos do modelo anexo ao Decreto 44.569-99, alterado pelo Decreto 45.014-00, podendo contar com a participação de outros órgãos públicos estaduais.

§ 1º - As entidades da sociedade civil e as Prefeituras Municipais receberão quotas de litros de leite proporcionalmente à quantidade de famílias a serem atendidas, respeitada a disponibilidade de leite e os critérios de prioridade e preferência previstos no artigo 1º desta Resolução.

§ 2º - O número de crianças atendidas pelas entidades da sociedade civil credenciadas não poderá ser superior a 150, salvo para atendimento ao disposto no artigo 7º desta resolução, hipótese em que tal limite será duplicado.

§ 3º - O número de idosos atendidos pelas entidades da sociedade civil credenciadas não poderá ser superior a 100, salvo para atendimento ao disposto no artigo 7º desta Resolução, hipótese em que tal limite será de 500.

Artigo 3º - Para o credenciamento junto à Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios as entidades da sociedade civil interessadas deverão apresentar, através de cópias autenticadas, os documentos abaixo especificados:

I - estatuto social comprovando ter por objeto a execução de atividade social sem fins lucrativos;

II - ata de eleição dos integrantes da diretoria em exercício;

III - inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

IV - cédula de identidade e do cartão de identificação de contribuinte do Ministério da Fazenda (CIC) do presidente da entidade e do seu substituto legal, bem como da pessoa responsável pelo efetivo recebimento e distribuição do leite;

V - relatório sucinto das atividades exercidas pela entidade.

§ 1º - As entidades da sociedade civil que pretendem o credenciamento para participarem da distribuição de leite a idosos deverão apresentar, além dos documentos previstos no caput, prova de atendimento a idosos há mais de 1 ano, emitido por Órgão Público.

§ 2º - O credenciamento para participação na distribuição de leite deverá ser específico para crianças ou para idosos, admitindo o credenciamento para ambos os atendimentos, apenas no caso do estatuto social da entidade prever o atendimento de ambos (crianças e idosos).

§ 3º - Os documentos de que tratam os incisos I e II do caput deste artigo devem estar registrados no Cartório de Registros de Títulos e Documentos.

Artigo 4º - Caberá à entidade credenciada ou ao Município conveniente:

I - cadastrar os beneficiários do Projeto e suas famílias;

II - controlar o cumprimento dos requisitos previstos no artigo 1º desta resolução, comunicando à Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios as alterações ocorridas.

III - divulgar junto à comunidade as condições de participação no Projeto.

§ 1º - O cadastramento dos beneficiários e suas famílias dar-se-á:

a) no tocante às crianças, mediante a identificação do seu responsável legal, a apresentação de certidão de nascimento e de carteira de vacinação e a comprovação da renda familiar e, quando for o caso, da condição de desemprego ou de ser a mãe arribo de família;

b) no tocante aos idosos, mediante a apresentação de documento de identificação, da carteira de vacinação e de prova de renda familiar e, quando for o caso, atestado médico de ser portador de doença crônica com necessidade de uso constante de medicamentos.

Artigo 5º - À entidade da sociedade civil caberá dar ciência aos beneficiários, por escrito, no local de sua sede e do número de credenciamento junto à Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios.

§ 1º - A entidade deverá fixar no logradouro utilizado para entrega do leite aos beneficiários inscritos, em local visível, a placa de identificação do ponto de distribuição do benefício que será fornecido pela Coordenadoria, bem como listagem dos beneficiários do Viva Leite.

Artigo 6º - É vedado à entidade da sociedade civil, sob pena de descredenciamento, independentemente das sanções penais cabíveis:

I - cobrar contribuição de qualquer natureza para a inscrição das famílias no Projeto ou para a entrega do leite;

II - condicionar a participação de famílias no Projeto ao seu ingresso no quadro associativo da entidade ou ao pagamento de contribuição associativa;

III - condicionar a distribuição do leite à aquisição, ou venda, pelas famílias inscritas no Projeto, de bilhetes, bingos, rifas, sorteios, produtos ou à execução de qualquer atividade com o intuito de angariar receitas para a entidade;

IV - condicionar a inscrição da família no Projeto à sua filiação ou participação político-partidária;

V - deixar de atualizar, junto à Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios, a documentação apresentada para credenciamento, tal como ata de diretoria, cartão do C.N.P.J., e alteração do estatuto prazo de 60 dias corridos, a contar da data de ocorrência da expiração da validade de documento;

VI - deixar de fornecer, quando exigido pela Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios e no prazo fixado, o cadastro dos beneficiários, com os exigidos para o cadastramento;

VII - deixar de fornecer à Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios, quando exigido, levantamentos e informações sobre o andamento do Projeto;

VIII - descumprir exigência de ordem sanitária emitida pelo Poder Público;

IX - alterar o endereço de entrega do leite, sem a autorização da Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios.

Artigo 7º - Ocorrendo o descredenciamento de uma entidade, as famílias por ela atendidas poderão ser remanejadas para outra entidade credenciada próxima, ou atendida de acordo com o Artigo 4º do Decreto 44.569-99.

Artigo 8º - A substituição dos beneficiários do Projeto será providenciada pelas entidades credenciadas ou por Municípios convenientes nos seguintes casos:

I - quando a criança inscrita completar a idade de 6 anos;

II - quando for necessária para atendimento aos critérios de prioridade e preferência previstos no artigo 1º desta resolução;

III - quando houver modificação da renda familiar beneficiária(s), passando a exceder a 2 salários mínimos;

IV - quando ocorrer o não comparecimento para a entrega do leite no local e horário pré estabelecidos pela entidade ou Município para a distribuição do leite, por mais de 3 vezes consecutivas, sem justificativa.

Artigo 9º - Os Municípios poderão participar do Projeto mediante a celebração de convênios com o Estado de São Paulo, através da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, observado o disposto no artigo 6º do Decreto 44.569-99, alterado pelo Decreto 45.014-00.

Parágrafo Único - O Plano de Trabalho para a execução do Projeto, a ser apresentado pelo Município para aprovação pela Secretaria de Agricultura e Abastecimento, deverá conter:

a) identificação do objeto e ser executado;

b) quantidade de litros de leite a serem distribuídos mensalmente;

c) especificação do(s) local(is) de distribuição;

d) quantidade de beneficiários atendidos;

e) forma de controle e avaliação do estado nutricional das crianças beneficiárias do Projeto, através do cartão de menino e da menina, como preconizado pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional da Secretaria de Estado de Saúde).

Artigo 10º - As Prefeituras Municipais deverão instituir COMISSÕES para acompanhamento das atividades do convênio, com a seguinte composição:

1 representante da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, que deverá presidir a comissão;

1 representante da Prefeitura Municipal, da área de Saúde;

1 representante do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

§ 1º - Serão atribuições das Comissões Municipais:

I - enviar relatórios à Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios acerca da execução do Projeto;

II - zelar pela observância dos critérios para inscrição das crianças e dos idosos no Projeto e para a distribuição do leite;

§ 2º - O presidente da comissão poderá convidar outros representantes da Sociedade, para acompanhar o trabalho da comissão.

Artigo 11º - A distribuição de leite a idosos iniciará-se pela Capital do Estado e pela Grande São Paulo, podendo estender-se aos outros Municípios do Estado de São Paulo existindo disponibilidade orçamentária.

Artigo 12º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução SAA 9, de 20-4-2000.

ANEXO 4

Relação das entidades credenciadas no Projeto Estadual do Leite Vivaleite no município de Santo André, segundo idade das crianças.

Nº	Entidade	Idade					Total do cadastro	Total 2º cotas recebidas
		6 – 23	24 – 36	37 – 48	49 – 60	61 e +		
1	Lar Benvindo (Creche)	25	10	23	10	17	87	80
2	Ins. B. Lar de Maria (Creche)	22	40	24	36	21	143	150
3	Creche São Jerônimo	14	31	15	12	20	92	100
4	Grêmio E.J. Utinga	22	25	24	24	48	143	150
5	Clube Mães Dominicanos	44	50	43	26	13	186	240
6	Esp. C. Cruzado II (4180)	56	40	64	39	75	274	300
7	As. Com. V. Gamboa	21	35	22	26	24	128	140
8	Centro Espir. E. Armond	19	21	18	12	17	87	100
9	Soc. Am.J. Bom Pastor	8	20	21	19	24	102	120
10	Sajea Futebol Clube	9	12	15	33	35	104	120
11	Soc. Am. J.Estádio e Adj.	7	13	30	16	34	100	120
12	Soc.Esp. Bela Vista	0	14	16	19	37	86	130
13	União Espirita B. Paz	7	25	27	24	41	124	150
14	1ª Igreja B. Santo André	10	17	19	18	17	81	100
15	Com.Evang.Ger. Eleita	8	10	12	11	3	44	50
16	Casa As. Amor Próximo	7	13	10	14	18	62	100
17	Igreja B.Renovada Agape	11	29	11	11	12	74	100
18	As. Bem.Lar Canto	15	4	6	8	18	51	50
19	Igreja Batista J. Climaco	13	21	19	15	20	88	100
20	Cons.Central	12	23	22	19	21	97	150
21	Com.Evang. P. Ruah	20	16	15	10	23	84	100
22	As. Mor.J.Riviera	21	22	16	09	18	86	100
23	As. Mor.C.Hab.S.André	21	18	17	13	14	83	100
24	As.Mor.J.Irene/V.Luzita	16	12	19	11	16	74	100
25	Soc.Am.Favela Capuava	20	28	29	31	15	123	150
26	As.Mor.N.H.VistaAlegre	14	15	32	20	20	101	120
27	As.Mor.Favela Sacad.Cab.	0	19	32	36	40	127	150
28	Cl.Mães Mãe Damiana	0	17	23	32	35	107	150
29	As. Donas Casa S.Vianas	11	30	38	27	29	135	140
30	Cl.mães Favela V.Metal	3	24	24	18	32	101	120
31	As. Mor. V.Cecília Maria	0	9	21	19	31	80	120
32	Ação Cristã Com.Brasil	0	34	33	27	14	108	140
33	Soc.A.M.Rec.B.Campo	12	21	16	26	57	132	140
34	Soc.A M.Rua Pintacilgo	0	13	23	30	47	113	130
35	As.M.Sítio Vianas	12	31	32	16	35	126	140
36	Cl.Mães Cruzado II	19	23	17	23	33	115	140
37	Mov.Sem Terra urbano	0	29	29	17	35	110	150
38	Ass. J.S.Bernardo	0	24	31	21	37	113	140
39	Esp.C.Cruz. II (4196)	16	21	20	28	17	102	130
40	Cl.Mães J.R.V.Rica	0	22	21	18	33	94	120
41	As.Mor.Futuro melhor	20	24	15	12	11	82	100
42	Cl.Mães S.J.Sta.Cristina	18	27	30	15	16	106	140
43	Cl.M. Somar R.Levy de S	23	31	32	18	15	129	140
Total		576	973	1006	869	1158	4582	5510
%		12,57	21,23	21,96	18,96	25,28	100,00	

Fonte: CODEAGRO, 2002.

Obs: Entidades 1 a 6 : Colheita de sangue/avaliação [Hb] / Entidades 1 e 2: consomem o leite internamente. Entidades 1 a 16: visitadas pessoalmente./ Entidades 15 a 18: dados sobre a idade das crianças foram fornecidos pelos representantes. / Entidades 1 a 16 e 19 a 43: dados sobre a idade das crianças foram fornecidos pela CODEAGRO./ Entidade 43: não foi localizada.

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

NOME: _____

Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS NO PROJETO: _____

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO DE FAMÍLIAS NO PROJETO:

TEMPO DA ENTIDADE NO PROJETO: _____

DIAS DE DISTRIBUIÇÃO DE LEITE _____

HORÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO: _____

OBSERVAÇÕES:

ANEXO 6



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira Cesar
CEP: 01246-904 São Paulo/SP
Tel./FAX: (011) 3066-7705 / 7771 / 7762
Tel.: (011) 3062.6748
e-mail: hnt@fsp.usp.br

Senhora _____

Mãe,

A anemia é uma doença causada pela falta de ferro no organismo. A anemia deixa a criança fraca, descorada e menos resistente às infecções. A criança anêmica tem menos disposição para brincar, menos capacidade para aprender e está mais sujeita as infecções.

O seu filho está numa idade em que é grande o risco de ficar anêmico. Queremos identificar se ele está com essa doença. Essa identificação é feita colhendo uma gota de sangue da criança e medindo a concentração de hemoglobina (cor do sangue). Este exame é feito com material descartável e não acarreta nenhum prejuízo para seu filho.

A sua concordância será muito importante para que possamos conhecer a situação de anemia das crianças de sua comunidade, assim, procurar soluções para evitar essa deficiência.

No entanto, se por qualquer motivo a senhora não puder participar, esteja certa de que isso não resultará em qualquer prejuízo para a sua criança.

Gratos pela colaboração.

Solicitamos sua presença, juntamente com o seu filho(a) _____, no dia ____/____/2002, no horário da distribuição do leite, para a realização desta pesquisa.

ANEXO 8



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira Cesar

CEP: 01246-904 São Paulo/SP

Tel./FAX: (011) 3066-7705 / 7771 / 7762

Tel.: (011) 3062.6748

e-mail: hnt@fsp.usp.br

Venho por meio deste, informar que a criança _____

_____ realizou exame de dosagem da

concentração de hemoglobina no dia ____/____/ 2002, através de punção digital,

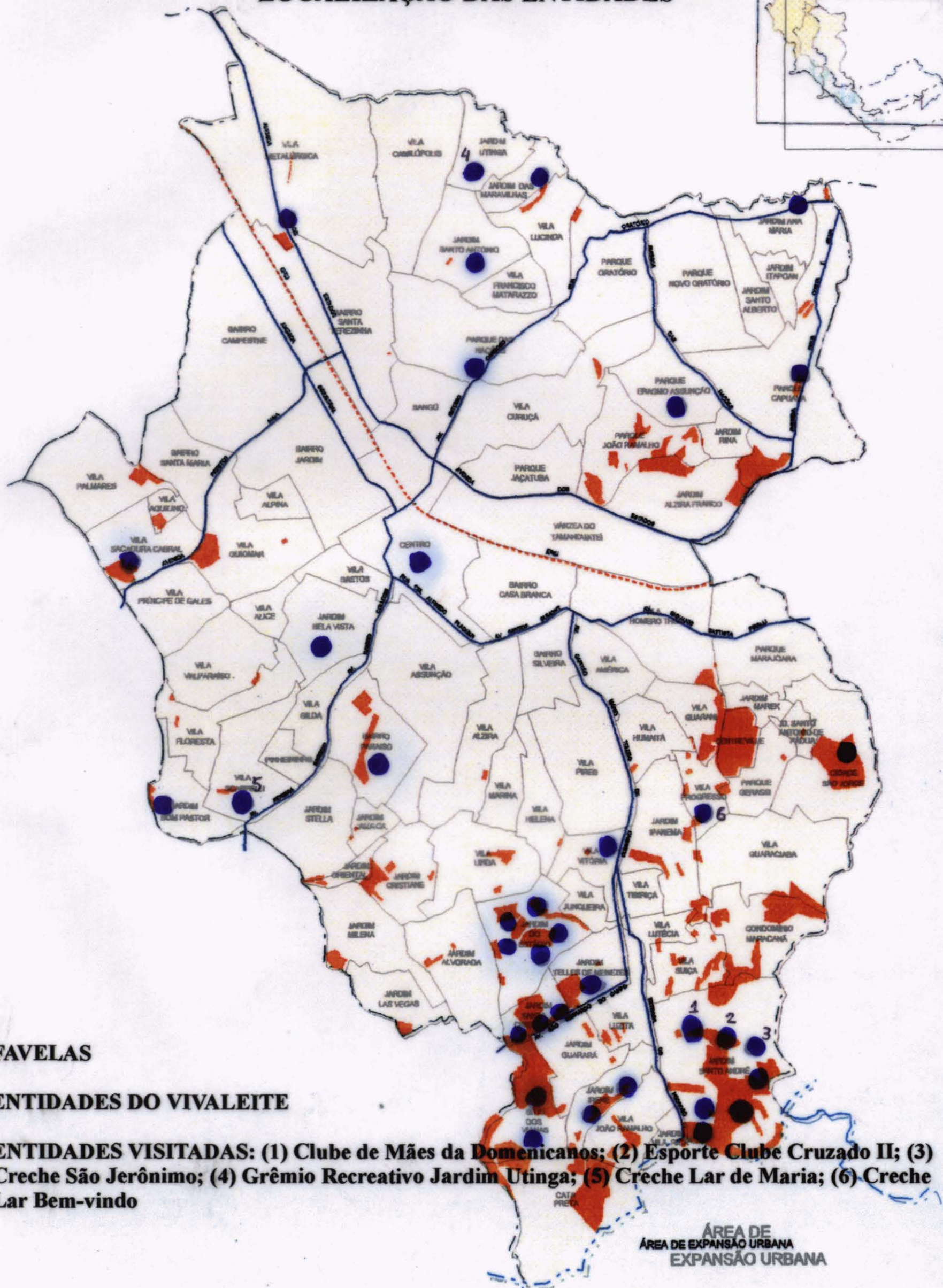
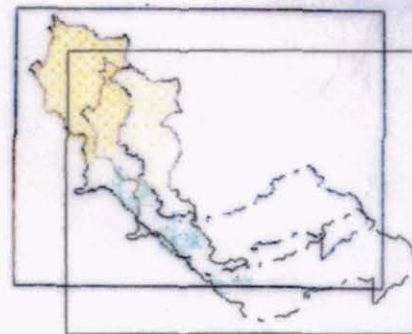
realizada com o aparelho Hemocue.

O Resultado encontrado foi de _____ g/dL

Marly Matiko Viski
Nutricionista – CRN-3 3426

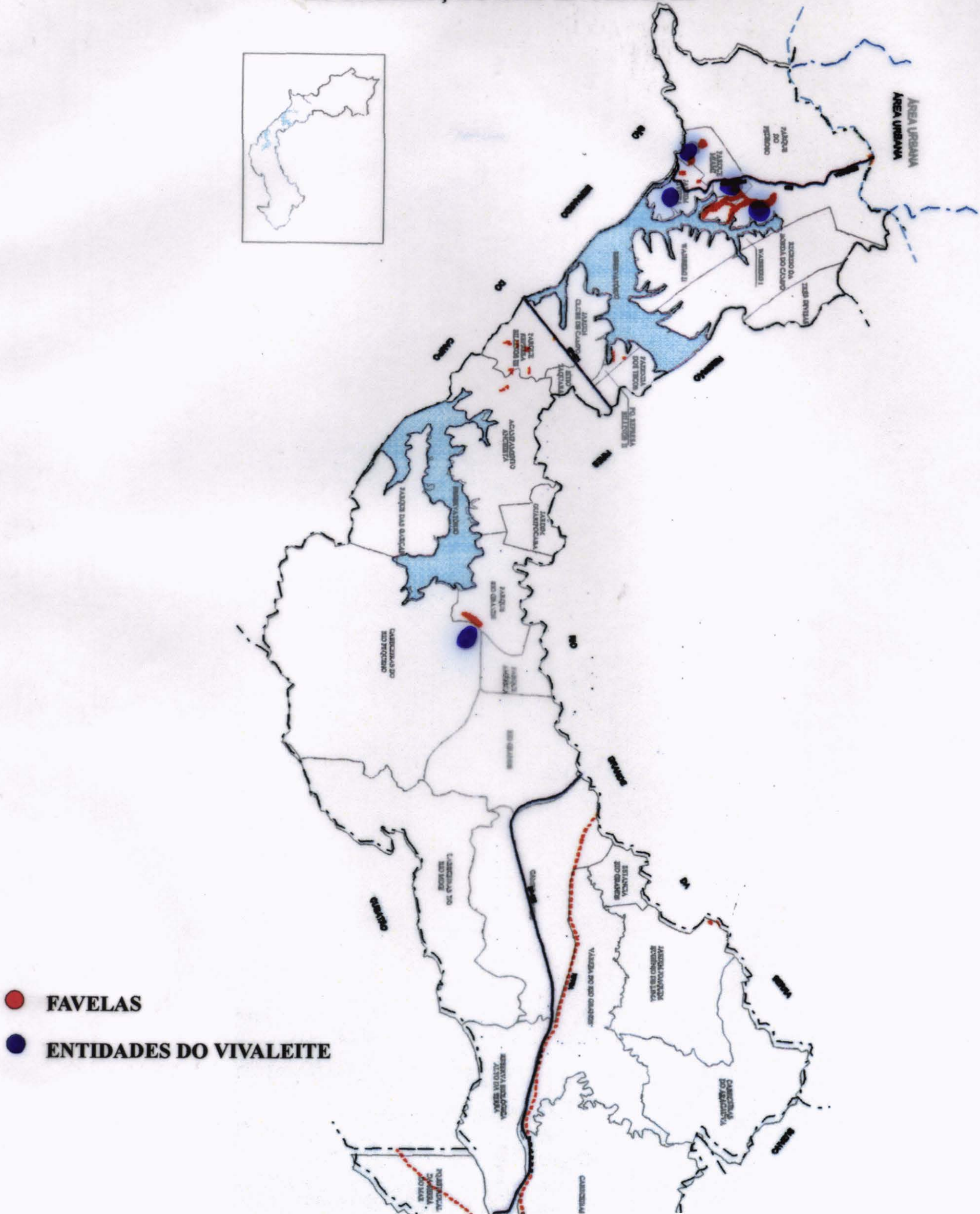
ANEXO 9

MAPA DO MUNICÍPIO (ÁREA URBANA) E LOCALIZAÇÃO DAS ENTIDADES



ANEXO 9

MAPA DO MUNICÍPIO (ÁREA DE EXPANSÃO URBANA) E LOCALIZAÇÃO DAS ENTIDADES





PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Cadastro da Família / Idoso



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO

Novo Cadastro
 Atualização
 Substituição
 1 - Projeto: VIVALEITE:
 Criança
 Idoso
 ALIMENTA SÃO PAULO

2 - Entidade: 2a. Número
 2.b CNPJ
 2.c Nome

3 - Mãe (ou responsável) / Idoso: 3.a Nome

3.b R.G.
 3.c U.F.
 3.d Data de Nascimento
 3.e Sexo
 3.f Renda R\$
 ,00

3.g Endereço
 3.f Número

3.h Complemento
 3.i CEP
 3.j Telefone

3.l Bairro
 3.m Município

4. Quadro de Composição Familiar

a. Nome	b. Data de Nasc.	c. Sexo		d. R.G.	e. Parentesco (ver tabela 1)	f. Escolaridade (ver tabela 2)	g. Ocupação (ver tabela 3)	h. Renda Mensal	
		M	F					R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00
								R\$	.00

Tabelas de Códigos

Utilize as tabelas ao lado para o preenchimento dos Itens: 4.e; 4.f e 4.g	Tabela 1 (Parentesco)	Tabela 2 (Escolaridade)	Tabela 3 (Ocupação)
	Esposo(a) = 1	Não Alfabetizado = 1	Empregado(a) com Carteira assinada = 1
	Filho(a) = 2	Fundamental (1ª a 8ª série do 1º Grau) = 2	Empregado(a) sem Carteira assinada = 2
	Avô(ô) = 3	Médio (1ª a 3ª do 2º Grau) = 3	Autônomo (Bico) = 3
	Irmão(ã) = 4	Superior (3º Grau / Universitário) = 4	Desempregado = 4
	Outros = 5		

Se necessário utilize o quadro no verso para completar a composição familiar.

vire >

4. Quadro de Composição Familiar

a. Nome	b. Data de Nasc.	c. Sexo		d. R.G.	e. Parentesco (ver tabela 1)	f. Escolaridade (ver tabela 2)	g. Ocupação (ver tabela 3)	h. Renda Mensal	
		M	F					R\$	,00
								R\$	,00
								R\$	,00
								R\$	,00
								R\$	,00
								R\$	,00

5 - Nº de Pessoas por domicílio: 6 - Renda Familiar R\$,00 7 - Renda Per Capita R\$,00 8 - Alguém da família é portador de deficiência mental ou física grave? Sim. Quem?

Projeto Vivaleite-Idoso

9 - Apresenta alguma(s) da(s) seguinte(s) doença(s) crônica(s):

9.a Hipertensão (Pressão Alta) 9.b Diabetes 9.c Cardiopatia (Doença do Coração) 9.d Neuropatia (Doença do Sistema Nervoso) 9.e Osteoporose 9.f Doenças Circulatórias 9.g Doenças Reumáticas (Reumatismo, Artrite, Artrose, etc.)

10 - Qual o gasto mensal com medicamentos: R\$,00

11 - Em caso de dependência do idoso, preencher nome, R.G. e grau de parentesco do responsável.

11.a Nome

11.b R.G. 11c. Parentesco (ver tabela 1)

Projeto Alimenta São Paulo

12 - Há quanto tempo a família reside no Município?

12.a Menos de 2 anos 12.b Mais de 2 anos

13 - Alguém da família já recebe cesta de alimentos?

13.a Não 13.b Sim. Quem fornece a cesta?

14. Data do Preenchimento

15 - Responsável pelas informações: 15.a Nome

15.b R.G. Assinatura

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que, caso não sejam, estarei sujeito as medidas legais.

16 - Responsável pelas Entidade: 16.a Nome

16.b R.G. Assinatura

Resumo de alguns trabalhos nacionais realizados com o Ferro aminoácido quelato (FeChel)

Referência	População	Alimento fortificado	Quantidade de FeChel (mg)	Tempo de utilização (meses)	Resultados
Torres 1996	< 4 anos, Programa de suplementação alimentar	Leite fluido in natura	03/L	12	Redução de anemia: as famílias com: 01 criança: 62,7% para 19,4% 2 crianças: 59,8% para 35,6% 3 e + : 72,2% para 33,3%
Yuyama e col. 1999	1 a 5 anos, creches	farinha de mandioca	02/10 g	04	Reduziu 12,5% da prevalência.
Iost e col. 1999	6 meses a 24 meses, Unidades Básicas de Saúde	leite fluido, tipo C, pasteurizado	09/L	07	Prevalência Inicial: 87% Prevalência Final: 42,7%
Torres 2000	4 meses a 24 meses, Programa de Suplementação Alimentar	leite fluido, tipo C, pasteurizado	09/L	12,6	Redução de anemia: nas famílias com: 01 criança: 72,8% para 0 2 e + crianças: 75,9 para 7,6% Crianças anêmicas graves também receberam sulfato ferroso até atingir [Hb] > 9,5
Fisberg e col. 2001	2 anos a 6 anos, creches	queijo tipo <i>petit suisse</i>	02/90 g	03	Prevalência Inicial: 10,5% Prevalência Final: 6,3% Ferritina inicial: 15,69 µg/ml final: 24,68 µg/ml
Giorgini e col. 2001	12 a 72 meses, creche	pão doce	04/50 g	06	Prevalência Inicial: 62% Prevalência Final: 22%
De Paula e col. 2001	10 a 48 meses, creche	açúcar	a) 0,2/200 mL b) 2/200 mL	06	a) reduziu 43,8% b) reduziu 66,7%
Arraval 2001	7 a 63 meses, creche	Arroz ou macarrão instantâneo	4,2 mg/100 g	03	Prevalência Inicial: 36,8% Prevalência Final: 17,5%