

PROJETO VIVA LEITE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE EPITÁCIO: POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR

Shirlene de Azevedo SILVA¹
Andréia Cristina da Silva ALMEIDA ²

RESUMO: O presente artigo tem como finalidade analisar a Política de Segurança Alimentar suas possibilidades de efetivação e pontuar os direitos e deveres da sociedade que busca sempre uma melhor qualidade de vida a todos os membros da família. A organização de uma rede integrada de assistência esta baseada nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no Sistema Único de Saúde, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo. Contem dados das crianças de Presidente Epitácio que são beneficiadas pelo Projeto Viva Leite, e assim faz uma proposta de intervenção do Serviço Social e da equipe de saúde com crianças em estado de sobrepeso, baixo peso e risco nutricional. O Serviço Social busca esta articulação para que não tenha índice de desnutrição infantil no município e que a Política de Segurança Alimentar atinja os seus reais abjetivos que é disponibiliza a toda a sociedade alimentos de qualidade suficientes para garantir uma vida cada vez mais saudável.

PALAVRA-CHAVE: Segurança Alimentar; Saúde; Criança.

1 POLITICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICINAL

¹ Discente do 8º termo do Curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente”. e-mail shirleneazevedo@unitoledo.br

² Docente do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo – e-mail Andréia_almeida@unitoledo.br

O principal objetivo de a Política de Segurança Alimentar e Nutricional é a realização do direito ao acesso de toda a população a alimentos seguros e saudáveis, em quantidades suficientes, qualidades adequadas, e assim garantir uma vida cada vez mais saudável, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, respeitando as diversidades culturais, e realizando-se em bases sustentáveis do ponto de vista sócio-econômico e agroecológico. A Política de Segurança Alimentar e Nutricional foi implantado no Brasil a partir de 2003 e até nos dias de hoje vem tentando tornar o acesso á alimentação de qualidade como um direito para toda a população. Uma parcela substancial da população brasileira tem rendimentos tão baixos que a colocam em situação de insegurança alimentar. Há muitas dificuldades enfrentadas. Ex: O fato de que o acesso á alimentação é pouco percebido como um direito humano pela maioria da população.

Os países na Oitava Seção do Comitê de segurança Alimentar Mundial, em 1987, concordaram em adotar a seguinte definição:

o objetivo final da segurança alimentar mundial é assegurar que todas as pessoas tenham, em todo momento, acesso físico e econômico aos alimentos básicos que necessitam... a segurança alimentar deve ter três propósitos específicos: assegurar a produção alimentar adequada, conseguir a máxima estabilidade no fluxo de tais alimentos e garantir o acesso aos alimentos disponíveis por parte de quem os necessita.

Um dos desafios enfrentados pelo Brasil é a falta de renda da população para a escolha e compra de determinados alimentos essenciais a uma boa nutrição, é importante também que a população tenha acesso á saúde, á educação alimentar, nutricional e ao saneamento básico. Evitar sempre a contaminação microbiológica, física e química no processamento dos alimentos e também a perda de nutrientes por erros de preparação que podem também comprometer a utilização dos alimentos pelo organismo. A promoção de segurança alimentar e nutricional está ligada com o Direito Humano á Alimentação Adequada (DHAA) e as políticas promovidas pelo governo das três esferas em conjunto com os profissionais da saúde.

O decreto de 13 de maio de 2002 cria o Conselho Nacional de Promoção à Alimentação (CNPDA). O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), juntamente com o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) se tornou o órgão responsável pela implementação de políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) para assim buscar e garantir que tais desafios sejam amenizados.

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) define como obrigação do Estado a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) a todos os que vivem no país, com base no conceito de segurança alimentar e nutricional, entendendo-a como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Inequivocamente e de forma inovadora, esse conceito coloca a dignidade da pessoa humana como foco central do compromisso que todos devemos assumir.

Quando se promove e facilita o acesso de pessoas, famílias e comunidades aos conhecimentos sobre os cuidados para uma vida e alimentação saudáveis, possibilitando a elas a apropriação de tais conhecimentos e a aquisição de capacidades, habilidades e autonomia para gerirem sua própria saúde e nutrição.

Logo, esse conceito e esse entendimento implicam que o setor Saúde, além de ser responsável pela implementação da Política Nacional de Saúde, precisa adotar uma postura pró-ativa na implementação da LOSAN e na construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e de todas as demais políticas que concorrem para a promoção da segurança alimentar e nutricional.

O Ministério da Saúde editou e aprovou, em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que expressa as diretrizes com as quais o setor saúde trabalha no contexto do SUS.

1.1 Sete eixos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN):

- Estímulo a ações intersetoriais;
- Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos;
- Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- Prevenção e controle de distúrbios e doenças nutricionais;
- Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Em 2006, o Ministério aprovou também a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e o Pacto pela Vida, instrumentos legais que expressam as intenções e os compromissos dos gestores com a responsabilidade sanitária. No entanto, não se verificam nesses documentos determinações explícitas e objetivas para a efetiva incorporação das ações de alimentação e nutrição nos programas e ações de atenção primária em saúde.

2 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Na área da saúde, além de prestar apoio técnico junto à equipe multiprofissional nas questões específicas ao Serviço Social que atua também na elaboração, implantação, gerência de programas, projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde, além de projetos desenvolvidos na própria instituição. Segundo Matos (2003,p.18).

[...] Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento de Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atendendo que o trabalho do assistente social na saúde que queria ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

O profissional do Serviço Social na dinâmica de seu cotidiano de trabalho deve ser dotado de uma postura e olhar crítico da realidade, não se detendo a imeditividade dos fatos apresentados. Com seu conhecimento técnico-operativo, teórico-metodológico é capaz de desvelar as diversas relações presentes numa determinada realidade do sujeito, onde através das mediações alcança as demandas implícitas.

O Serviço Social intervém planejando, organizando e promovendo o atendimento dos usuários da instituição identificando os aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo de saúde e doença. Cria condições para que ele desenvolva sua capacidade crítica, enquanto sujeito de direitos. É mediador quando orienta e esclarece a importância da participação dos familiares junto ao tratamento, resgatando e mesmo propiciando a reconstituição dos vínculos familiares, contribuindo para retomada da relação social do cidadão, a qual muitas vezes apresenta-se fragilizada ou inexistente.

3 O QUE É O PROJETO VIVA LEITE?

O Projeto Estadual do Leite “VIVALEITE” instituído pelo Decreto n°.44.569, de 22 de dezembro de 1999, dentro do Programa. Estadual de Alimentação e Nutrição para populações carentes, em substituição ao Programa Campo/ Cidade-Leite. Seu objetivo principal é oferecer um complemento alimentar seguro e de alto valor nutritivo às crianças de baixa renda que vive em condição de risco nutricional. Visa ainda auxiliar o escoamento da produção leiteira, correspondendo a aproximadamente 8% da produção atual de leite tipo C do Estado de São Paulo, gerando assim, de forma indireta, novos empregos no campo.

O Projeto Viva leite distribui gratuitamente leite fluido pasteurizado enriquecido com Ferro, Vitamina A e Vitamina D, auxiliando na prevenção da anemia ferro priva e das hipovitaminoses A e D. O produto é embalado em sacos plásticos de 1 litro, padronizados com o logotipo do Governo do Estado

de São Paulo. O Projeto Viva leite atende todos os municípios do Estado de São Paulo, sendo considerado um dos maiores programas governamentais de distribuição gratuita de leite fortificado da América Latina, distribui mais de 10 milhões de litros de leite por mês, o que equivale a uma capacidade de atendimento superior a 700 mil famílias. Beneficia crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, pertencentes a famílias com renda mensal de até 2 salários mínimos. Atendido o critério de prioridade, tem preferência crianças pertinentes às famílias cujo chefe encontra-se desempregado ou cuja mãe for arrimo de família. Cada criança recebe 15 litros de leite por mês, sendo que cada família pode cadastrar no máximo duas crianças.

Os critérios de exclusão do Projeto, ou seja, a criança deve sair quando: Completar 7 anos de idade, A renda familiar aumentar, ultrapassando 2 salários mínimos, A mãe ou responsável não retirar o leite, na data e horário marcados, por mais de 3 vezes consecutivas sem justificativa, A família mudar de município ou se for necessário para atender ao critério de prioridade, ou seja, havendo uma criança com menos de 2 anos de idade na lista de espera, a criança mais velha deve ceder sua vaga no Projeto.

Para continuar recebendo o leite enriquecido, a mãe/responsável deve assumir alguns compromissos como: Manter a vacinação da criança em dia, comparecer às palestras informativas sempre que for agendado, levar a criança para pesar e medir ao entrar no Projeto e sempre que solicitado (de 4 em 4 meses), assinar a ficha de controle de recebimento do leite, não faltar na entrega e sim buscar o leite na data e horários combinados.

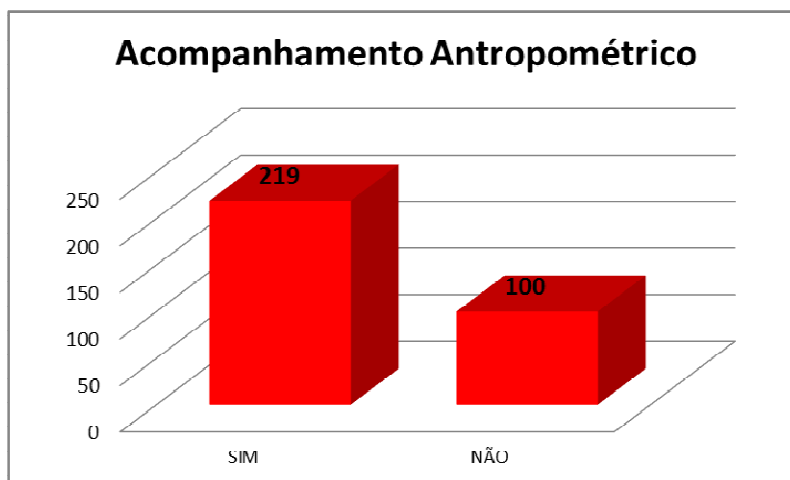
4 PROJETO VIVA LEITE NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE EPITÁCIO

No município de Presidente Epitácio o Projeto Viva Leite é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, coordenado por uma assistente social responsável pelo cadastramento, avaliação das famílias

interessadas, divulgação do projeto, zelar pela realização de pesagens, veracidade das informações registradas no sistema e entrega do leite às famílias cadastradas, bem como comunicar à equipe de Controle de Qualidade da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social a ocorrência de problemas relacionados à entrega ou à qualidade do leite. Hoje no Município são 1530 famílias beneficiadas pelo projeto Viva leite que soma um total de 1754 crianças.

Para a distribuição do leite, o município dispõe de 11 pontos de entrega em diferentes bairros. Cada ponto de entrega é responsável pela convocação e o acompanhamento antropométrico dos beneficiários de 4 em 4 meses.

A seguir podemos observar no gráfico o acompanhamento antropométrico do mês de setembro.



Fonte: Pesquisa em relatórios mensais do Projeto Viva Leite/setembro 2011

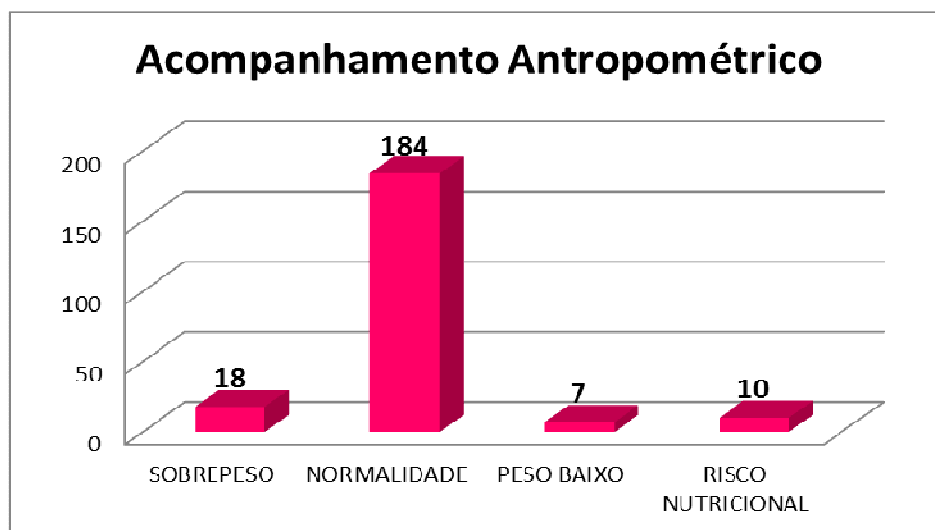
Este gráfico corresponde às crianças que foram convocadas para pesagem no mês de setembro, nos mostrando que, das 319 crianças convocadas para pesagem, apenas 219 compareceram.

A não realização do acompanhamento antropométrico quadrimestral não é critério de exclusão pelo Programa, mas um compromisso da esfera municipal dentro das obrigações firmadas no convênio.

4.1 ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS BENEFICIADAS NO MUNICÍPIO

O estado nutricional depende da adequação do consumo alimentar e da saúde da criança que, por sua vez, são influenciados pela disponibilidade de alimentos, condições do ambiente e cuidados dispensados às crianças.

A seguir o gráfico nos mostra o estado nutricional das crianças que realizaram o acompanhamento antropométrico no mês de setembro.



Fonte: Pesquisa em relatórios mensais do Projeto Viva leite/ setembro 2011

Este gráfico nós mostra que 184 crianças estão com seu estado nutricional dentro das normalidades, porém ainda é grande o índice de crianças que correm risco nutricional, onde 18 crianças está com sobrepeso em relação à idade, 7 com peso baixo para a idade que refere-se ao estado de desnutrição no momento atual, e 10 com risco nutricional que refere – se a crianças que se encontram no limite entre o peso adequado e o peso baixo por idade, apontando um estado de vulnerabilidade.

A alimentação, o ambiente e os cuidados com a criança estão condicionados à renda, como serviços públicos ofertados à população, saneamento e educação. O estado nutricional inadequado determina riscos sobre a morbidade, mortalidade, crescimento e desenvolvimento da criança.

➤ **Concepção de Desnutrição:** É uma doença causada pela dieta inapropriada, hipocalórica e hipoprotéica. Também pode ser causada por má-absorção de nutrientes ou anorexia. Tem influência de fatores sociais, psiquiátricos ou simplesmente patológicos. Acontecem principalmente entre indivíduos de baixa renda, pois sua causa mais frequente é a má alimentação.

➤ **Concepção de sobrepeso:** É consequência de um excesso de calorias que o corpo não consegue queimar, pois as pessoas estão cada vez mais sedentárias (fazem pouco exercícios físicos) e se alimentam muito mal. O sobrepeso infantil é uma condição que afeta cada vez mais crianças ela está relacionada a uma série de fatores como hábito alimentares, atividade física, bem como, fatores biológicos, de desenvolvimento, doenças, comportamentais e psicológicos.

4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E DA EQUIPE DE SAÚDE COM CRIANÇAS EM ESTADO DE SOBREPESO, BAIXO PESO E RISCO NUTRICIONAL.

A proposta é um trabalho em rede, uma intervenção da Assistente Social de posse das informações geradas pelo programa Viva Leite repassa as Enfermeiras dos ESFs, que avalia a necessidade da consulta com Médico Pediatra ou Nutricionista, realizando orientação junto aos Agentes Comunitários de Saúde para acompanhamento sistemático das crianças e

orientação aos pais e responsáveis. Esta articulação visa acabar com os índices de sobrepeso, baixo peso e risco nutricional das crianças beneficiadas pelo projeto Viva Leite proporcionando uma melhor qualidade de vida aos beneficiados pelo programa.

Este acompanhamento será nos ESFs e PACS, local onde é realizada a entrega do leite e o acompanhamento antropométrico com a equipe fixa da unidade composta por Médico, Enfermeira, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Também com a equipe móvel composta por Assistente Social, Nutricionista e Psicólogos. Com metas de atender todas as crianças em risco nutricional e suas respectivas famílias, até sua recuperação nutricional necessária.

Frente a questão apresentada pode-se notar a importância da intervenção de um assistente social comprometido com o seu projeto ético-político, para propor um trabalho com a rede de atendimento e com as famílias do projeto viva leite, onde ela deverá avaliar a situação de cada família, ou seja, conhecer a condição sócio-econômica e a rede de relacionamentos e de recursos das mesmas, além de acompanhamento domiciliar para que tome contato com a realidade da família e a situação da criança, permitindo-lhe conhecer e estabelecer vínculos com os membros da família, assim como identificar situações que precisem de intervenção, de acordo com as necessidades identificadas e assim ligando-a a outros serviços quando necessário, com perspectiva de potencializar possibilidades das famílias ter uma melhor qualidade de vida.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MATOS, Maurílio Castro. O debate do serviço social na saúde nos anos 90. **Revista Serviço Social e Sociedade**: Saúde qualidade de vida e direitos. n.4 ano XXIV. São Paulo: Cortez, jul 2003.

MELO, Fernando Homem de. **O problema alimentar no Brasil**: a importância dos desequilíbrios tecnológicos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 226 p. (Coleção estudos brasileiros; 65)

POLÍTICA agrícola e segurança alimentar. Viçosa, MG: Universidade Federal de Viçosa, 1996. 174 p.

Segurança Alimentar e Cidadania / Maria Martins Galeazzi (org.). – Campinas, SP : Mercado de Letras, 1996.

<<http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar>> Acesso em 02 out. 2011.

<<http://www.mds.gov.br/>> Acesso em 04 out. 2011.

<<http://www.codeagro.sp.gov.br/vivaleite/vivaleite.php?pg=1>> Acesso em 28 set. 2011