

CONTRIBUIÇÃO DO PROJETO VIVA LEITE NO COMBATE À DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM FAMÍLIAS DE BAIXA RENDA

Érika Cristina da Silva Ribeiro¹
Silmara Quintana²

¹Fomanda do Curso de Serviço Social UNIP Interativa/2017.

² Professora Orientadora de TCC Curso de Serviço Social UNIP Interativa, coordenadora e professora do Curso de Serviço Social UNIP Campi Campinas, professora tutora UNISEPE/UNIFIA

RESUMO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa bibliográfica acerca do Projeto Viva Leite, programa do Governo do Estado de São Paulo que oferece leite enriquecido com vitaminas A e D e Ferro para crianças com idade de 06 meses a 5 anos e 11 meses de idade. O foco da pesquisa é a avaliação acerca da viabilidade do Projeto no combate a desnutrição infantil em famílias de baixa renda, observando, sobretudo, a qualidade do produto oferecido bem como a atuação do assistente social junto ao Projeto.

Palavras chave: Projeto Vivaleite, alimentação infantil, serviço social.

INTRODUÇÃO

O **Projeto Vivaleite** é o maior programa de distribuição gratuita de leite pasteurizado do Brasil, tendo sido criado pelo Governo do Estado de São Paulo em 1999, na gestão do então governador Mário Covas (SÃO PAULO, 1999).

Atualmente, o Vivaleite é responsável pela distribuição anual de 75 milhões de litros de leite enriquecido, os quais beneficiam crianças de 6 meses a 5 anos e 11 meses de todo o Estado de São Paulo, além de idosos acima de 60 anos da capital paulista (SEDS, 2017).

Por mês, cada beneficiário do Projeto Vivaleite recebe 15 litros de leite enriquecido com ferro e vitaminas A e D, sendo que a prioridade para os participante do Projeto é que pertençam a famílias com renda mensal de até 1/4 de salário mínimo *per capita* (SEDS, 2017).

O Vivaleite está presente em 606 municípios do interior e 39 na capital e Grande São Paulo. No interior são 2.041 postos de distribuição por meio das prefeituras, enquanto na Grande São Paulo são 1.574 entidades, as quais distribuem o Vivaleite para capital e região metropolitana (SEDS, 2017).

No total são 322.790 crianças atendidas em todo Estado/SP, sendo 105.728 na região metropolitana e 217.062 no interior. Na Capital são 856 entidades parceiras; e na Grande São Paulo, a distribuição é feita por meio de 718 entidades assistenciais, totalizando 1.574 parceiros. Em 2017, o orçamento do Programa Vivaleite totaliza o montante de R\$ 168.660.412,20 (SEDS, 2017).

De acordo com os números supracitados, o Projeto Vivaleite é um importante programa social que vem ajudando milhares de pessoas através da distribuição de leite para famílias de baixa renda. Contudo, como isso é gerenciado socialmente e qual o papel do assistente social nesse processo?

Visando sanar essa questão, o presente trabalho busca avaliar a contribuição do Projeto Vivaleite no combate à desnutrição infantil em famílias de baixa renda do Estado de São Paulo, dando ênfase ao papel do assistente social nesse processo.

Esse trabalho foi desenvolvido mediante um estudo de cunho bibliográfico, sendo realizado através da análise de material divulgado pela Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SEDS), além da revisão de literatura feita em artigos científicos pesquisados que discutem o papel do assistente social em programas de distribuição de alimentos, como é o caso do Vivaleite.

Para melhor compreensão acerca da contribuição do Projeto Vivaleite no combate à desnutrição, se faz necessário antes fazer um breve relato acerca da alimentação infantil, pois assim é possível verificar se o produto oferecido no programa faz jus à demanda necessária.

Também é preciso refletir acerca das nuances que envolvem programas assistencialistas no Brasil, em nosso caso dando ênfase é claro ao Vivaleite. Nesse sentido, é fundamental a visão histórica, cuja experiência brasileira mostra que desde a metade dos anos 80 e focando notadamente as crianças das famílias de baixa renda, houve crescente aumento dos programas de distribuição sistemática de alimentos essenciais.

No entanto, a gestão desses programas sociais de distribuição de alimentos representa um aspecto preocupante não tendo ainda sido concretizado um sistema de monitoramento e avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das ações desenvolvidas, se é que é possível fazê-lo exatamente em função das distintas estruturas da organização e das práticas comunitárias das diferentes realidades atendidas por esses programas.

No caso do Vivaleite, é interessante notar que o programa surgiu em decorrência da crise na produção leiteira, ou seja, a criação do programa se deu em razão da necessidade de um agente regulador da cadeia do leite, de modo que o combate à desnutrição pode ser entendido como elemento secundário nesse processo.

Sendo assim, o presente trabalho se torna relevante, pois visa discutir um assunto de muita importância social e, sobretudo, ponderar acerca da participação do assistente social em projetos assistencialistas de distribuição de alimentos no Brasil, tais como o vivaleite.

O trabalho está estruturado em itens, sendo que o primeiro será dedicado a aspectos históricos do serviço social, onde também será abordada a origem do Programa Vivaleite. O segundo item discute aspectos normativos do serviço de proteção social no Brasil, sendo dada ênfase nas necessidades sociais

em relação à alimentação infantil no Estado de São Paulo, destacando também os critérios para concessão do benefício. O terceiro e último item se dedica a discutir o papel do assistente social frente aos programas de distribuição de alimentos, como é o caso do Vivaleite.

ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL

Evolução do serviço de proteção social no mundo

Muitos teóricos afirmam que estamos vivendo um tempo de conquistas no campo da proteção social. Albernaz e Pereira (2010), por exemplo, argumentam que a assistência social é um dos eixos da seguridade social que mais avança no Brasil, cujo objetivo principal é o combate à pobreza.

Realmente, o aparato assistencial apresenta avanços notáveis, tais como, a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, o Sistema único de Assistência Social, o Estatuto do Idoso e o direito de acesso ao BPC aos 65 anos de idade, o Cadastro Único e o Programa Bolsa-Família, o Vivaleite, entre outros; avanços esses que são resultantes da luta de militantes da assistência social, que de longa data vêm se mobilizando pela regulamentação desta política como direito (BATTINI e COSTA, 2007; SILVEIRA et al, 2010).

Nesse sentido, é fundamental estudarmos o passado para compreendermos a política assistencial da atualidade. Conforme Nigro (2010), para compreender um fenômeno ou instituto jurídico é preciso ter conhecimento em relação à sua evolução histórica, ou seja, através da história é possível estudar o desenvolvimento das diferentes concepções de um determinado acontecimento ou conceito jurídico.

Nigro (2010) ressalta que à medida que a civilização humana foi se desenvolvendo surgiu também a preocupação em tutelar os indivíduos em suas dimensões sociais, de modo que as realidades socioculturais de cada povo e os novos métodos de proteção solidária contribuíram, ao longo da História da Humanidade, para amenizar as precárias condições sociais das comunidades mundo afora.

Rocha (2011) corrobora, enfatizando, porém, o fato de que durante muito tempo a questão da pobreza foi tratada através de caridade, sobretudo de iniciativas particulares, de grupos ou frações de classe que se organizavam principalmente por intermédio da Igreja. A autora revela que a Lei dos Pobres, na Inglaterra, se constituía em um dos exemplos mais pertinentes acerca desse fato; contudo, as ações do Estado, por sua vez, eram pautadas na repressão policial e, posteriormente, nas ações de cunho assistencialistas e paternalistas.

Nigro (2010) ressalta que na Roma Antiga existiam as *collegias*, associações formadas por pequenos artesãos que contribuía sistematicamente para um fundo geral, cuja finalidade encaminhava-se aos funerais de seus associados. Segundo a autora, mais tarde, na Idade Média, surgiram associações

de caráter mutualistas, as *guildas*, cujas atuações, mesmo que restritas, visavam a cobertura e o interesse de seus respectivos associados, a maioria marinheiros ou militares.

Contudo, esses exemplos supracitados da Antiguidade ainda não tinham natureza de seguridade social, algo que somente muito depois, na Inglaterra, em meados do século XIX, começou a se concretizar quando surgiram os primeiros empreendimentos dedicados à oferta de seguros à classe operária (COUTINHO et al, 2004; MOURA, 2008; APOLINÁRIO e SOUZA, 2009).

Todavia, Nigro (2010) lembra que o papel exercido pela Igreja Católica durante a Idade Média, época em que a doutrina católica servia de medida de ordem pública, de modo que usava desse poder para lançar dispositivos sociais de caridade, pois ao contrário sua influência poderia ser ameaçada pela fome e pela miséria de grandes grupos excluídos.

Como exemplo dos dispositivos assistenciais lançados pela Igreja Católica na Idade Média, Nigro (2010) destaca a Lei dos Pobres Londrinos, de 1601 (*Poor Relief Act*) que instituiu uma contribuição compulsória destinada:

- a) a viabilizar empregos para crianças pobres,
- b) ao ensino do trabalho para os pobres sem capacitação, e,
- c) ao atendimento, na medida do possível, aos necessitados em geral.

Para Nigro (2010) a Lei dos Pobres Londrinos é de notória relevância, sobretudo por ser a primeira legislação acerca da proteção social. Segundo a autora, o Estado, de forma inédita, deu os primeiros passos na condução e concretização da assistência social, através de serviços aos mais necessitados.

Entretanto, mesmo com a atuação da Igreja Católica na Idade Média, não se pode afirmar que existiam políticas de proteção social, o que só veio a ocorrer, coma já fora dito, em meados do século XIX, mais precisamente durante a Revolução Industrial (FERNANDES et al, 2003; COUTINHO et al, 2004; MOURA, 2008; APOLINÁRIO e SOUZA, 2009).

Fernandes et al (2003) ressaltam que a Revolução Industrial forçou uma mobilização social em prol de direitos sociais, afinal, naquela época os direitos dos cidadãos se limitavam às denominadas liberdades públicas, de modo que não havia mecanismos no Estado relativos à assistência social, por isso, a revolta do povo culminou em um período de evolução sem precedentes na história.

Segundo Fernandes et al (2003), os trabalhadores operários, massacrados por um regime de exploração sem igual, ainda precisavam se acobertar por sua conta e risco, sem gozar de nenhuma política estatal.

Nigro (2010) corrobora afirmando que o cenário da época era tenso, de modo que a pressão das reivindicações da classe operária dos mais necessitados exigia uma nova postura do Estado. Em outras

palavras, a autora afirma que o homem, livre, porém, oprimido, foi bater às portas do Estado em busca de proteção aos graves problemas sociais.

No final do século XIX, com o agravamento da situação da pobreza e exploração dos trabalhadores, somado à necessidade de regular os conflitos entre capital e trabalho, acirrados pela transição do capitalismo concorrencial para a fase monopolista, obrigou-se o Estado a pensar a proteção social e seu papel na viabilização do acesso a determinados bens e serviços que possibilitassem a reprodução dos trabalhadores e, portanto, a acumulação capitalista (MOURA, 2008; ROCHA, 2011).

Foi assim que surgiu o chamado Estado de Bem-Estar, cujo cotidiano dos cidadãos visavam à satisfação das necessidades individuais e coletivas, principalmente a saúde, educação, trabalho, transporte, previdência e assistência social (COUTINHO et al, 2004; APOLINÁRIO e SOUZA, 2009; ROCHA, 2011).

Conforme Rocha (2011), nessa mesma época, devido ao surgimento do Estado do Bem-Estar, surgiu também o seguro social obrigatório, de modo que é aqui onde de fato pode-se falar em Seguridade Social e sua conseqüente evolução.

Para Nigro (2010), o marco mais importante da evolução previdenciária foi o Ordenamento Legal de Otto Von Bismarck, datado de 13 de junho de 1883, Alemanha. Segundo a autora, essa disciplina jurídica instituiu o seguro-doença, custeado de forma tríplice pelos trabalhadores, empresas e Estado; além disso, em um segundo momento, criou-se o seguro contra acidentes do trabalho, arcado pela classe empresária e, por fim, instituiu o seguro contra invalidez, também custeado de forma tríplice.

Nigro (2010) argumenta que Bismarck teve o objetivo de ruir a solidez dos movimentos socialistas pós-industrialização, evitando tensões populares e ganhando o apoio eleitoral; e nesse sentido, o sucesso alcançado pelo plano segurador de Bismarck culminou na proliferação de políticas estatais seguradoras do mesmo escalão, pelos demais países da Europa, em prol, principalmente da classe trabalhadora.

De acordo com Rocha (2011), no final do século XIX alguns países ocidentais adotaram medidas de proteção social, cujos sistemas reuniam um conjunto de práticas na área da previdência, saúde e assistência social, contudo, tais sistemas se relacionam estreitamente com as necessidades de criação de mecanismos voltados para a ampliação da força de trabalho, ou seja, não se preocupavam exatamente com o bem estar da pessoa, mas sim em criar condições para que a mesma produzisse mais.

Nigro (2010) ressalta que depois da consolidação dos direitos fundamentais no início do século XX, conhecidos como liberdades públicas, a sociedade passou a reivindicar direitos de forma mais enfática, de modo que as nações que saíram fortalecidas na Primeira Guerra Mundial perceberam que

era preciso melhorar a proteção social, sendo que foi nesta perspectiva que surgiram os direitos sociais, sob o fim de amenizar uma constante crise social instaurada no mundo pós-guerra.

Rocha (2011) ressalta que devido à escassez de alimento no mundo a partir da Primeira Guerra Mundial, o Estado e os setores dominantes da sociedade foram impulsionados a criar mecanismos que favorecessem a retomada do processo de acumulação capitalista, adotando assim o pensamento Keynesiano, ou seja, o pensamento advindo da proposta de que o governo deveria promover a construção maciça de obras públicas, o que incentivaria o aumento do consumo dos produtos postos à venda e garantiria o pleno emprego.

Rocha (2011) lembra que é importante destacar o fato de que a constituição de um Estado Social regulador e claramente intervencionista fornece as principais bases para a formação do Estado de Bem Estar Social, o que pode ser comprovado através da literatura especializada no assunto, a qual dedica grande atenção à identificação dos fatores que determinaram as diferenças na construção dos vários tipos de Estado de Bem Estar Social.

Nesse sentido, Aureliano e Draibe (1989) afirmam haver divergências na política estatal quanto a aplicação das ações sociais, de modo que enquanto a escola teórica marxista de tipo funcionalista credita o Estado de Bem Estar à industrialização ou acumulação de capital, para a escola marxistas de tipo conflitualistas esse estado é resultado da mobilização sindical e da luta política de classes.

Corroborando, Mota (2008) ressalta que essas duas vertentes interpretativas devem ser vistas em conjunto, pois só assim é possível explicar os novos campos de intervenção estatal, tendo em vista que as ações nesse sentido fazem parte de um processo mais amplo de valorização do capital, o qual adquire diferentes influências e expressões em cada país, a depender de variados elementos relacionados às correlações de forças existentes.

A experiência brasileira

Para Oliveira (2003), um dos principais elementos para se compreender a construção do sistema de proteção social é a origem do Estado, de modo que, no caso brasileiro, cuja origem do Estado foi marcada pela tradição patrimonialista, onde prevalecia o sistema de troca de favores, o acesso a bens e serviços públicos na maioria das vezes também era mediado por essas práticas.

Nessa mesma perspectiva, Silva (2010) também faz apontamentos acerca da instauração do chamado Estado de Bem Estar Social, cuja ideologia visava amenizar as pressões da classe trabalhadora, sendo que, no caso brasileiro, os dirigentes passaram a ponderar quanto ao fato de que a questão social poderia deixar de ser um problema de polícia para ser tratada como um problema político; e ao ser tratada como problema político passou a acontecer também como troca de favores.

Todavia, de acordo com Rocha (2011), a herança portuguesa de relação direta do governante com a população contribuiu para um fenômeno vivenciado, não só no Brasil, mas em vários países da América Latina, o populismo, cujo expoente maior foi Getúlio Vargas, que iniciou a construção do sistema de proteção social brasileiro na década de 1930. A autora salienta que esse sistema foi estruturado mediante a assistência aos pobres e previdência para os assalariados, diferente dos sistemas europeus, caracterizados pela ampla e universal cobertura social, de modo que se tornou um consenso na história brasileira.

Contudo, do ponto de vista da proteção social, Rocha (2011) acrescenta que os governos que administraram o País no período de 1930 a 1964 restringiram sua atuação quase exclusivamente ao favorecimento do crescimento da industrialização, dirigindo as políticas sociais aos trabalhadores urbanos, deixando a maioria dos trabalhadores rurais brasileiros da época, sem nenhuma assistência.

Couto (2004) revela que esse sistema de proteção social formulado pelo Poder Executivo e voltado ao trabalho urbano-industrial, cujas políticas sociais podem ser caracterizadas como políticas fragmentadas e de recorte seletivo que se dirige a um grupo específico, respondem de maneira insuficiente às demandas.

Já Oliveira, (2003) destaca o fato de que a proteção social, sendo financiada pelo fundo público, criado através dos impostos arrecadados pelo Estado, encontra-se no centro da disputa entre capitalistas e trabalhadores que buscam respectivamente garantir a acumulação do capital e a reprodução da força de trabalho, obtendo vantagem o grupo que tiver maior força de organização.

Conforme Rocha (2011), a Legislação Brasileira de Assistência – LBA – assegurava estatutariamente sua presidência às primeiras damas da República, estendendo sua ação às famílias da grande massa não previdenciária e atendendo as situações de calamidades com ações pontuais, urgentes e fragmentadas.

Em 1943, a criação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificou toda legislação trabalhista então existente no Brasil, numa clara tentativa de reforçar e dar visibilidade à constituição de um rol de direitos trabalhistas que legitimava o governo perante os trabalhadores e facilitava a mediação das relações entre capital e trabalho (ROCHA, 2011).

Rocha (2011) acrescenta que houve uma tentativa de ruptura com o compromisso das políticas sociais unicamente com os trabalhadores urbanos, ocorrida durante o período democrático dos anos de 1950 até o início dos anos 60, especialmente no curso do Governo de Juscelino Kubitschek, através do Plano de Metas, porém essa tentativa foi fracassada.

Foi nessa mesma época supracitada que houve a unificação dos benefícios da Previdência, através da aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), de 1960, universalizada para todos os trabalhadores urbanos do mercado formal (ROCHA, 2011).

Sua centralização administrativa somente se deu em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Note-se que, até então, os trabalhadores rurais, embora maioria no país, não tinham sido alvo de legislações que garantissem proteção social (SILVA, 2010).

Rocha (2011) ressalta o fato de que, do ponto de vista da instituição de direitos sociais, os governos que administraram o Brasil neste período “restringiram sua atuação quase que exclusivamente na área trabalhista”, ou seja, beneficiaram apenas uma pequena parcela dos trabalhadores urbanos, os quais conseguiram, por intermédios de suas organizações e em consonância com o projeto de desenvolvimento da época, garantir alguns direitos trabalhistas, conferidos tão somente como benefícios sociais.

Nigro (2010) corrobora afirmando que somente com a Constituição de 1988 é que houve grande evolução no que se refere aos direitos sociais, ao inseri-los como verdadeiros direitos fundamentais de força normativa e vinculante, concedendo aos cidadãos a faculdade de exigir do Poder Público ações afirmativas necessárias à garantia do mínimo digno existencial. Nesse sentido, a autora argumenta que:

Sendo assim, antes disso os trabalhadores brasileiros não dispunham de direitos universais nesse campo. Mota (2008) revela que havia uma divisão dos benefícios aos trabalhadores em dois tipos, tais como: aqueles contratados pelo setor monopolista, a quem cabia a maioria dos direitos trabalhistas conquistados até então e aqueles do setor não monopolista, que trabalhavam com vínculos precarizados e a quem se destinavam as políticas residuais.

No entanto, segundo Rocha (2011, p. 22), a partir da década de 1970, em plena vigência da ditadura militar, cuja proposta buscava promover a integração do Brasil à ordem econômica internacional, o Estado foi forçado a promover algumas mudanças no âmbito das políticas sociais. De acordo com a autora, a necessidade de legitimação do modelo econômico e político, adotado pelo regime, com seu projeto de internacionalização do país impôs a necessidade de ampliação da cobertura de alguns programas sociais.

Na década de 1970, além da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, e da instituição da Renda Mensal Vitalícia (RMV), também em 1974, restrita àqueles trabalhadores com mais de 70 anos que tivessem trabalhado e contribuído por pelo menos 12 meses, foi instituído também o Sistema Nacional de Previdência Social, em 1977 (MOTA, 2008; ROCHA, 2011)

Rocha (2011) ressalta que a década de 1970 foi marcada também pelo crescimento econômico, o que influenciou diretamente na redução significativa da pobreza absoluta; contudo, isso não pode ser

comemorado, tendo em vista que o rápido crescimento de renda veio junto com o aumento da desigualdade de renda e seus conhecidos efeitos concentradores, ou seja, embora a queda da pobreza absoluta que se observou no período 1970-1980 tenha sido significativa, ficou aquém da que seria possível atingir sob condições distributivas mais favoráveis.

A ditadura deixou um legado para o país que inclui ampliação do déficit público, endividamento externo e forte crise fiscal; sendo que o resultado da diferença entre arrecadação e gastos pelo governo com a área social bem como o efeito decorrente do alto nível de concentração de renda do período, que gerou uma sociedade extremamente desigual, foi suficiente para proporcionar uma crescente mobilização da população pela redemocratização e pelo enfrentamento da questão social (APOLINÁRIO e SOUZA, 2009; ROCHA, 2011).

Nesse sentido, Couto (2004) ressalta que os novos meios de participação social incluíram também a inserção no processo de construção de um novo estatuto legal para no país, pautado, ao menos do ponto de vista do discurso oficial, no deslocamento do campo particular para a universalização dos direitos, não mais centrados nos méritos, mas nas necessidades.

Em contrapartida, Rocha (2011) mostra que a orientação macroeconômica adotada na década de 1980 em quase todos os países do mundo, inclusive no Brasil, expandiu ainda mais o número de pobres, resultante dos períodos anteriores. Segundo a autora, este período foi caracterizado pela lógica do Estado, ou seja, máximo no que diz respeito à intervenção para os interesses do capital e mínimo para a intervenção no campo das políticas sociais para o povo.

Nesse cenário, Rocha (2011) enfatiza que as políticas sociais contemporâneas à época da redemocratização do País se apresentaram por meio de programas fragmentados, assistemáticos e seletivos, por exemplo, o Programa do Leite, no governo de José Sarney.

A Seguridade Social brasileira foi bastante discutida durante a vigência da Assembléia Nacional Constituinte, alcançando-se um pacto de cidadania com base nas 25 políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, no qual a Saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal; a Previdência Social é organizada sob a forma de regime geral e possui caráter contributivo; e a Assistência Social deve ser prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (APOLINÁRIO e SOUZA, 2009; MEDEIROS, 2010; ROCHA, 2011).

Neste sentido, Rocha (2011) ressalta que a Constituição Federal de 1988 ofereceu a oportunidade de reflexão e mudança, inaugurando um padrão de proteção social afirmativo de direitos, capaz de superar as práticas assistencialistas e clientelistas.

Entretanto, a autora contrapõe esse argumento afirmando que tendo em vista a orientação neoliberal adotada no país a partir do final dos anos 80, as garantias constitucionais referentes à proteção

social, foram alvo de ressignificação pelos governos, os quais se utilizaram disso para elaborar a legislações ordinárias subsequentes sob vários argumentos, um dos quais sustentava que estes direitos tornavam o país ingovernável.

De acordo com Rocha (2011), a desconstrução do conceito de proteção integral, proposto no texto constitucional, começa por não ter sido criada uma instituição capaz de agregar as três políticas da seguridade social de forma a promover ações coordenadas e capazes de cobrir contingências sociais a todos que apresentarem necessidade, seja, por doença, por desemprego, por deficiência, etc.

Vianna (2004) considera que, do ponto de vista estrutural, o Brasil possui um sistema de proteção social capaz de reduzir as desigualdades sociais do país, porém, a consolidação e expansão desse sistema foram prejudicadas pela sua desfiguração através da legislação infraconstitucional, de modo que a seguridade social brasileira foi abandonada pelos governos que se sucederam desde a promulgação da Carta Magna.

Rocha (2011) corrobora acrescentando que o legado destes governos para a área social inclui poucas ações, com poucos esforços e poucos recursos, fatores que não trouxeram mudanças significativas para o quadro social do país. A autora ainda acrescenta ainda que nesse período o Estado se eximiu da responsabilidade com os programas sociais, transferindo-os para a sociedade civil através de forte apelo ao voluntariado, tendo como expoente deste processo a criação, em 1995, do Programa Comunidade Solidária.

De acordo com a análise de Silva (2001), o Programa Comunidade Solidária se constituiu uma nova estratégia para enfrentar a pobreza e a exclusão social, mediante a articulação de ações já desenvolvidas por diferentes Ministérios, numa perspectiva descentralizada e com a participação e parceria da sociedade civil.

Conforme Rocha (2011) o Programa Comunidade Solidária visava incentivar ações em duas frentes; atribuição de um selo de prioridade e gerenciamento de programas de diferentes Ministérios que tivessem maior potencialidade de impacto sobre a pobreza e identificação dos municípios que apresentassem maior concentração de pobreza, onde os programas seriam desenvolvidos. Foi interrompido em 1998, depois de percebida sua limitada eficácia no enfrentamento da pobreza no Brasil.

A aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) exigiu um complexo procedimento de organização da sociedade para garantir os princípios preconizados na Carta Magna, sendo que sua deliberação esbarrou em forças conservadoras que fizeram com que a Assistência Social somente fosse regulamentada cinco anos depois da promulgação da Constituição, através da lei nº 8.742 de 07/12/1993 (GOMES, 2004; MOURA, 2008).

Rocha (2011) lembra que a LOAS foi ignorada pelos governos que se seguiram após sua criação (Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso), de modo que, embora aprovada por Itamar Franco, e em um contexto completamente adverso, a assistência social precisou encontrar espaço para se firmar enquanto política.

Rocha (2011) A autora salienta que se faz necessário lembrar que a demora na regulamentação da Assistência Social ocasionou um grande lapso de tempo entre o anúncio dos direitos e o seu efetivo reconhecimento.

Em relação ao Vivaleite a concessão agora é feita via Cadastro Único, sendo os beneficiários definidos pelo governo em uma lógica da extrema seletividade, o que aliás é praxe da política de assistência social brasileira, bem como da própria política, o que gera, entre outras coisas, a exclusão de um grande contingente de pessoas do acesso ao direito legalmente constituído.

O SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL E O VIVALEITE

Assistência social e a política estatal

Albernaz e Pereira (2010, p. 2) discutem o momento atual da Assistência Social no Brasil, cujo contexto é visto por alguns teóricos como tempos de conquistas no campo da assistência social. Segundo os autores, a assistência social é um dos eixos da seguridade social que tem como objetivo principal o combate à pobreza.

Conforme Albernaz e Pereira (2010, p. 2), a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, o Sistema único de Assistência Social, o Estatuto do Idoso com o direito de acesso ao BPC aos 65 anos de idade, o Cadastro Único e o Programa Bolsa-Família, além do Vivaleite, são avanços resultantes da luta de militantes da assistência social, que de longa data vêm se mobilizando pela regulamentação desta política como direito.

Albernaz e Pereira (2010, p. 2) ressaltam que a Constituição de 1988 subscreve a Assistência Social como direito, de modo que os objetivos deste direito podem ser resumidos como um agrupamento de atuações, cujo objetivo é vencer a pobreza, universalizando direitos sociais e identificando o caráter do Estado brasileiro elencado na Constituição Federal.

Gomes (2004, p. 193) mostra que a Assistência Social é um direito que se destina às pessoas que vivem em situação de pobreza, uma vez que vem atender às suas necessidades básicas.

De acordo com a Constituição de 1988, a assistência social é declarada como direito social, campo da responsabilidade pública, da garantia e da certeza da provisão. É anunciada como direito sem

contrapartida, para atender a necessidades sociais, as quais têm primazia sobre a rentabilidade econômica (BRASIL, 1988)

No entender de Gomes (2004), a assistência social, enquanto proteção social calcada na Constituição Federal como um braço da seguridade fundamentada na LOAS, visa minimizar a desigualdade social que marca a história do país.

Contudo, para Albernaz e Pereira (2010), as expressões mais severas da desigualdade são a pobreza e a miséria, as quais resultam do capitalismo, sendo que no contexto brasileiro elas se apresentam de maneira gravíssima, constituindo-se em uma situação dramática que é percebida nas diversas expressões da questão social, sobretudo na produção crescente de desemprego e indigência.

Nesse sentido, Albernaz e Pereira (2010) afirmam que as transformações sociais provocam novas roupagens para as funções do Estado, sendo que, do mesmo modo, a reforma do Estado é um processo de múltiplas determinações e representa uma tendência histórica que transcende a realidade brasileira, ou seja, trata-se de um processo de reordenamento da sociedade ocidental que apresenta uma nova roupagem para o velho sistema.

Albernaz e Pereira (2010) consideram que as políticas sociais, como forma de efetivação de direitos, são tensionadas entre os interesses das classes subalternas e dos grupos hegemônicos de poder que maquam o mesmo sistema, o que faz com que a Assistência Social brasileira tenha a mesma caracterização do assistencialismo da década de 1940.

Já Nigro (2010) define a Assistência Social como um conjunto de ações e serviços sociais que se destinam a proteger a família, a velhice, aos economicamente desfavorecidos, além de promover políticas públicas que visam à integração ao mundo de trabalho, habilitação de pessoas com deficiência e, principalmente, a garantia de um salário mínimo mensal àqueles com deficiência e/ou aos idosos que não possuam meios de prover sua própria subsistência e de sua família.

Nigro (2010) ressalta que toda essa gama protecionista será posta a quem dela necessitar, independentemente de contribuição ao Sistema Securitário nacional. A autora destaca como ponto culminante e centralizador na política assistencial o princípio da solidariedade.

Para Martinez (1995) a solidariedade social é projeção de amor individual, exercitado entre parentes e estendido ao grupo social, sendo que o instinto animal de preservação da espécie, sofisticado e desenvolvido no seio da família, encontra na organização social ambas possibilidades de manifestação.

Nigro (2010) acrescenta que o SUAS representa um antigo esforço de viabilização de um projeto de âmbito nacional, cuja demanda visa à universalização dos direitos à Seguridade Social e da proteção social pública com a participação da política pública de assistência social em nível nacional.

Para isso, Nigro (2010, p. 27) reforça o fato de que o SUAS é o responsável, em todo território nacional, pela organização dos serviços, programas, políticas, projetos e benefícios assistenciais, seja de caráter continuado, seja de caráter eventual; além disso, define e gerencia a execução das políticas públicas assistenciais, padronizando os serviços, e controlando a qualidade do atendimento ao usuário, por meio de indicadores de avaliação e resultado.

Nigro (2010) lembra que através dos conceitos que teorizam o preceito da dignidade da pessoa humana, no atual modelo democrático social brasileiro, percebe sua relação intrínseca com o papel desempenhado pela assistência social. A autora argumenta que os serviços decorrentes da Assistência Social possuem o respaldo de leis que visam garantir o leque mínimo de direitos sociais a toda classe necessitada, em pleno cumprimento aos valores, fundamentos e objetivos da República brasileira.

Nigro (2010) acrescenta ainda que o contexto social brasileiro, marcado pela imensa gama de cidadãos necessitados, aliado ao cenário jurídico-fundamental constitucional, confere ao Poder Público o dever e o poder de prestar àqueles inseridos em critérios previamente estabelecidos um mínimo de ações de cunho afirmativo.

Nesse sentido, é obrigação do Estado implementar políticas sociais mínimas, cujas finalidades devem contemplar a dignidade humana e os demais valores democráticos sociais, sobretudo a erradicação da pobreza e da marginalização.

Para Carvalho (2008) o fortalecimento do Estado implica necessariamente no fortalecimento da democracia, de modo que, nesse sentido, a LOAS, ao dispor sobre a organização da assistência social, o fez em consonância ao modelo federativo, estabelecendo como diretriz para as ações assistenciais a descentralização político-administrativa.

Com isso, Carvalho (2008) chama atenção para a abertura da possibilidade de aproximação do aparelho do Estado à comunidade, contribuindo para um maior controle popular das ações assistenciais e uma maior participação da população na gestão pública.

Carvalho (2008) destaca o papel assumido pelo governo federal como articulador da unidade nacional, mantendo a prerrogativa de elaborar as normas gerais da política de assistência social, garantir o financiamento e execução dos benefícios de prestação continuada, apoiar financeiramente os programas, projetos e serviços de enfrentamento à pobreza em âmbito nacional, além da responsabilidade pela complementação das ações estaduais e municipais.

Carvalho (2008) acrescenta ainda que a incumbência aos governos estaduais é para participar do financiamento dos auxílios natalidade e funeral, apoiar técnica e financeiramente os serviços, programas e projetos de enfrentamento à pobreza e atender às ações assistenciais de caráter emergencial.

Em relação aos Municípios e ao Distrito Federal, Carvalho (2008, p. 32) lembra que caberá a carga mais pesada, ou seja, garantir o custeio e implementação dos benefícios eventuais (auxílio-natalidade e funeral), implementar os projetos de enfrentamento à pobreza, atender às ações assistenciais de caráter emergencial e prestar os serviços assistenciais previstos na LOAS.

Quanto à participação da sociedade no controle e gestão das ações assistenciais, Carvalho (2008, p. 33) diz que será a materialização do princípio democrático na LOAS, pois ao estabelecer um sistema participativo para a organização da assistência, a LOAS direcionou-se no sentido de recompor a relação Estado e sociedade civil. Segundo a autora, esta relação deve ser considerada a partir de duas dimensões: o papel das entidades não governamentais prestadoras de assistência social e o papel dos conselhos paritários e deliberativos na gestão e controle da Política de Assistência Social.

Em relação às entidades não governamentais prestadoras de assistência, Carvalho (2008, p. 33) salienta que as mesmas consistem em instituições privadas, sem fins lucrativos, pertencentes ao denominado “terceiro setor”, que prestam atendimento e assessoramento, bem como atuam na defesa e garantia de direitos, do público alvo da assistência social. A autora ressalta ainda que tais entidades têm tido cada vez maior participação no campo da promoção do direito social à assistência, porém, embora essa atuação tenha respaldo na própria Constituição Federal de 1988 e tenha sido estendida a toda sociedade no sentido de promover a cidadania, diversas discussões vêm sendo travadas acerca de sua atuação.

De acordo com Carvalho (2008, p. 33) essas discussões supracitadas se devem ao fato de historicamente a assistência social estar amparada em um forte aspecto caritativo, seja quando implementada pelas instituições de beneficência ou quando implementada pelo Poder Público. A questão aqui levantada é que, havendo o reconhecimento legal da assistência como direito social bem como e da atribuição da responsabilidade na condução da política de assistência ao Estado, como consolidá-la como direito obrigatório se ela é, ainda hoje, majoritariamente, praticada por instituições caritativas e filantrópicas?

Para Boschetti (2003), sob a nova ótica inaugurada pela Constituição de 1988, a colaboração entre o público e o privado não pode ser entendida como transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade. Segundo o autor, as entidades assistenciais devem atuar como colaboradoras e não como substitutas da ação governamental, sob o risco de ocorrer um retrocesso nos avanços conquistados e garantidos na legislação.

Todavia, Carvalho (2008) lembra que essas instituições supracitadas, embora privadas, devem ter suas ações pautadas pelos princípios constitucionais e normas de organização da assistência, conformando-se à nova realidade de direito e não mais de favor.

Carvalho (2008) explica que os conselhos paritários supracitados são as instâncias responsáveis pelo controle das ações públicas e privadas de assistência social, sendo que sua existência implicará uma profunda modificação nesta área, afinal, será a primeira vez que a política de assistência social virá a ser submetida ao controle de seus próprios beneficiários e dos trabalhadores do setor.

A origem e evolução do programa Vivaleite

O Projeto Vivaleite foi instituído pelo Decreto nº44.569, de 22 de dezembro de 1999, porém sua origem é de 1993, tendo sido implantado pela Coordenadoria de Abastecimento da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA-SP) para atender a uma demanda dos produtores de leite paulistas, feita por meio da Câmara Setorial de Leite e Derivados (KURANANGA, 2015).

Tudo começou em 1992, época em que o segmento leiteiro passava por dificuldades, pois o Governo Collor havia encerrado o programa federal de distribuição de leite implantado no Governo Sarney, causando sérios prejuízos ao setor produtivo (KURANANGA, 2015).

Com o intuito de amenizar a crise, lideranças do setor leiteiro propuseram um programa de distribuição de leite às famílias carentes, tendo como objetivo o escoamento do excesso de produção leiteira e a recomposição dos preços pagos aos produtores e, em contrapartida, o programa atenderia a população carente, através da distribuição gratuita de leite (KURANANGA, 2015).

Com o prestígio de João Saad, então presidente da TV e Rádio Bandeirantes, foi marcada uma audiência no Palácio dos Bandeirantes com o Governador Antonio Fleury Filho no dia 30 de setembro de 1992. A proposta do programa que saiu da cabeça de um grupo formado por lideranças do setor leiteiro obteve aprovação e até um agradecimento do Governador, pois se tratava de uma promessa de campanha (SILVA e ALMEIDA, 2011).

Assim, surgiu o programa “São Paulo Vidalimento – Leite”, instituído pelo Decreto 37.739 de 27 de outubro de 1993 para atender à população infantil de famílias situadas abaixo da linha da pobreza. O leite era distribuído pela Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo (SAA – SP) na cidade de São Paulo e região metropolitana (KURANANGA, 2015).

Inicialmente, o programa deveria atender até 100 famílias “carentes”¹ por entidade social cadastrada na Coordenadoria de Abastecimento da SAA-SP, atendendo crianças de seis meses a seis

¹ As aspas são das autoras, posto que a divulgação do programa reconhece como público alvo famílias carentes, mas reforçamos que se trata de programa para famílias economicamente desfavorecidas, alijadas do sistema econômico capitalista.

anos por família, sendo requisito básico que cada família contasse com renda familiar mensal de até dois salários-mínimos (KURANANGA, 2015)..

Em 1995, através do Decreto 40.036 de 05 de abril, foi criado o Programa “Campo/Cidade Leite”, substituindo assim o programa “São Paulo Vidalimento – Leite”. A grande mudança ocorrida foi a expansão do programa para o interior do Estado através da incorporação do sistema de distribuição de leite que era realizada até então pela Secretaria de Saúde(KURANANGA, 2015)..

Em 1997, o programa foi novamente modificado através do com o Decreto 41.612, o qual estabeleceu uma prioridade de atendimento entre os beneficiários, ou seja, as crianças de 6 meses a 23 meses teriam prioridade no recebimento do leite (KURANANGA, 2015)..

Em 1998, a Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios (CODEAGRO) tornou-se responsável pelo “VivaLeite”, e para sua implementação realizou vários estudos baseados no Mapa da Fome - elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) - vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, através do qual foram definidos os critérios de atendimento à população (SILVA e ALMEIDA, 2011).

Os estudos da época mostraram que o enriquecimento do leite com ferro e vitaminas iria melhorar a qualidade do produto, se revertendo assim em melhorias na saúde nutricional das crianças. Essas experiências incentivaram o programa a optar pela adição de ferro e vitaminas A e D ao leite distribuído sob orientação da Secretaria Estadual de Saúde (SILVA e ALMEIDA, 2011).

Em 22 de dezembro de 1999, o Projeto Estadual do Leite “VIVALEITE” foi instituído pelo Decreto n°.44.569 dentro do Programa Estadual de Alimentação e Nutrição para populações carentes, substituindo assim o Programa Campo/ Cidade-Leite (SEDS, 2017).

A partir de 2000, com o Decreto 45.014 de 28 de junho de 2000, o atendimento foi estendido para pessoas idosas de baixa renda, abrangendo somente a região da cidade de São Paulo e Grande São Paulo. O requisito nesse caso é de que o idoso deve ter renda familiar até dois salários mínimos, idade acima de 60 anos, sendo que a prioridade é dada aos que tem mais de 65 anos e/ou portadores de doenças crônicas e/ou façam uso de medicamentos contínuos (KURANANGA, 2015).

Ao longo dos anos seguintes, o Projeto Vivaleite sofreu várias modificações visando melhorar o atendimento, evitar fraudes e possibilitar que o produtor do estado continuasse beneficiado. A primeira grande alteração do programa ocorreu em 2007, com a substituição do sistema de distribuição do produto por meio de tíquetes, pois isso possibilitava a ocorrência de fraudes, afinal, o tíquete passou a ter valor de moeda, tanto para troca por outros produtos na padaria quanto para compra de outras mercadorias em outros estabelecimentos (SILVA e ALMEIDA, 2011).

A partir de dezembro de 2007, o sistema de gestão estadual do programa passou a ser informatizado, os dados passaram a ser digitados num sistema (programa informatizado do sistema PAN10) e armazenados em um banco de dados para usos dos gestores estaduais e municipais (KURANANGA, 2015).

Essa nova forma de controle informatizado possuía filtros de entrada de dados que impossibilitavam a inclusão no programa de beneficiários com informações incompletas ou inconsistentes das fichas de cadastro, de modo que o controle e a supervisão do programa passaram a ser realizados mensalmente e os dados atualizados pelas unidades de distribuição, ONGs ou Prefeituras, num sistema informatizado (KURANANGA, 2015).

Em 19 de janeiro de 2011, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social, por meio da Coordenadoria de Segurança Alimentar e Nutricional (COSAN), passa a administrar o programa, conforme Decreto nº 56.674 (BRASIL, 2013).

Atualmente, o Projeto Vivaleite é o maior programa de distribuição gratuita de leite pasteurizado do Brasil. Criado pelo Governo do Estado de São Paulo em 1999, distribuindo anualmente cerca de 75 milhões de litros de leite enriquecidos com Ferro e Vitaminas A e D (SEDS, 2017).

Participam do programa crianças de 6 meses a 5 anos e 11 meses. Na Capital, idosos acima de 60 anos também podem se cadastrar no projeto. A prioridade é que pertençam a famílias com renda mensal de até 1/4 de salário mínimo *per capita* (SEDS, 2017).

Por mês, cada beneficiário recebe 15 litros de leite enriquecido com ferro e vitaminas A e D, formula esta que auxilia no combate a anemia ferropriva. O Vivaleite está presente em 606 municípios do interior e 39 na capital e Grande São Paulo. Participam 1.579 entidades, que distribuem o Vivaleite para capital e região metropolitana. No interior são 2.041 postos de distribuição por meio das prefeituras (SEDS, 2017).

No total são 322.790 crianças atendidas em todo Estado, sendo 105.728 na região metropolitana e 217.062 no interior. Na Capital são 856 entidades parceiras; e na Grande São Paulo, a distribuição é feita por meio de 718 entidades assistenciais, totalizando 1.574 parceiros. Em 2017, o orçamento do Programa Vivaleite totaliza o montante de R\$ 168.660.412,20.

O PROJETO VIVALEITE E O SERVIÇO SOCIAL

Alimentação para crianças menores de dois anos

É importante dizer que o aleitamento materno é a principal fonte de alimentação da criança, sendo que após os seis meses de idade o leite de vaca enriquecido pode ser utilizado como fonte complementar ao aleitamento materno, mas nunca em substituição ao mesmo (BRASIL, 2009).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, pois se trata de um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, algo que irá repercutir no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional (LINCK et al, 2011).

A introdução de alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve complementar a qualidade e a função do leite materno, o qual deve ser mantido preferencialmente até os dois anos de vida ou mais (GOMES e NAKANO, 2006).

A introdução da alimentação complementar após os seis meses de idade aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares da família, contudo, exige um grande esforço adaptativo uma vez que os alimentos apresentados nessa fase terão novos sabores, cores, aromas e texturas, diferindo-se daquilo que a criança está habituada (BRASIL, 2009).

A alimentação complementar, conforme o nome sugere, tem a função de complementar à energia e micronutrientes necessários para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento das crianças, por isso, deve ser feita de forma equilibrada e com acompanhamento constante, de modo a evitar problemas relacionados à alimentação complementar oferecida de forma inadequada, tais como, anemia, obesidade e desnutrição (MACHADO, 2011).

A alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança (BRASIL, 2009).

Em relação à introdução do leite de vaca integral na alimentação infantil, tal prática deve ser criteriosa, esse leite não substitui o leite materno, por isso, existe uma série de fatores a serem considerados durante sua administração, sobretudo quando se trata da alimentação de crianças com idade inferior a dois anos.

Problemas nutricionais prevalentes na infância

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que em todo o mundo cerca de 30% das crianças menores de cinco anos apresentam baixo peso, quase sempre em consequência da má alimentação e repetidas infecções (BRASIL, 2009).

Nas últimas décadas, porém, houve avanços significativos nos estudos acerca das necessidades biológicas das crianças, o que possibilita recomendar práticas alimentares que propiciam o crescimento adequado das crianças (BRASIL, 2013). Nesse sentido, a OMS sugere que até os seis meses de idade a criança seja alimentada única e exclusivamente com o leite materno, e, após os seis meses, além do leite materno seja também oferecida a alimentação complementar (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

No Brasil, o leite de vaca é a principal alternativa para as mães que não podem amamentar seus filhos, sendo muito comum sua utilização principalmente em populações com baixo poder aquisitivo, visto o menor custo deste produto frente às fórmulas infantis (BRASIL, 2013).

O leite de vaca pode ser uma alternativa viável, porém, não se pode deixar de lado os cuidados a serem tomados nesta prática. Existem estudos, como o de Mauro Fisberg (2012), por exemplo, que associam o consumo de leite de vaca integral por crianças menores de 1 ano ao aparecimento da anemia ferropriva (anemia por deficiência de ferro).

De acordo com Fisberg (2012), além do baixo teor, o ferro do leite de vaca não é bem absorvido pelo organismo de lactente, fator esse que ainda é agravado pelo fato de que o consumo de leite de vaca está associado à perda de sangue pelas fezes de uma maneira despercebida pelas mães e cuidadores.

Fisberg (2012) ressalta ainda que em virtude de um trato gastrointestinal não totalmente desenvolvido, o consumo de leite de vaca integral por crianças com idade menor de 12 meses têm sido relacionado como um fator de predisposição no aparecimento da alergia a proteína do leite de vaca, uma condição que afeta cerca de 6% das crianças de 0 a 2 anos de idade.

Outro risco associado a ingestão de leite de vaca por crianças com idade abaixo dos 12 meses é o de desenvolver uma sobrecarga renal, com distúrbios de eletrólitos e com elevação de sódio no sangue (BRASIL, 2013).

Existe ainda o risco de faltar quantidade suficiente de cobre, zinco, vitamina A, C, E e ácido fólico, além das gorduras essenciais (ômega 3 e ômega 6), sobretudo quando se utiliza o leite de vaca muito diluído, prática esta observada com muita frequência no Brasil (BRASIL, 2013).

Devido às evidências supracitadas, o leite de vaca integral não é recomendado na alimentação da criança durante o primeiro de vida, porém, esta realidade nem sempre é possível, haja vista que o poder aquisitivo da maioria da população brasileira é baixo e muitas vezes a mãe não está o tempo todo com a

criança, de modo que o leite de vaca é a alternativa mais próxima da realidade desse povo (BRASIL, 2013).

Sendo assim, não havendo possibilidade da criança ser alimentada exclusivamente com o leite materno, o leite de vaca enriquecido se aproxima muito do ideal para suprir tais necessidades. Esta prática irá requerer cuidados com determinadas modificações, no intuito de reduzir a possibilidade de riscos para a saúde da criança.

Qualidade do leite oferecido pelo projeto Vivaleite

O leite distribuído pelo Programa é pasteurizado, ou seja, submetido à temperatura de 75°C e, logo em seguida, à baixa temperatura. Com essa rápida variação de temperatura é possível matar os germes e bactérias existentes no alimento (SEDS, 2017).

O leite do Vivaleite é enriquecido com Ferro, Vitamina A e Vitamina D, por isso, pode auxiliar na prevenção da anemia ferropriva e das hipovitaminoses A e D (SEDS, 2017).

O produto é embalado em sacos plásticos de 1 litro. A validade do leite a partir de sua fabricação é de cinco dias, armazenado em condições adequadas (SEDS, 2017).

Em decorrência de ser um projeto público, o fornecedor deve passar por processo de Licitação, conforme Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que estabelece a quantidade por mês, o preço e o prazo (FERREIRA e OLIVEIRA, 2015).

O transporte do leite para o projeto “Viva Leite” é realizado por empresa terceirizada, que passou por processo de licitação, sendo que a empresa vencedora da licitação realiza o transporte com sua própria logística. Normalmente são utilizados caminhões refrigerados, com capacidade de 5.000 litros de leite por dia (FERREIRA e OLIVEIRA, 2015).

Portanto, o leite oferecido pelo Projeto Vivaleite tem procedência e qualidade que preenche todos os requisitos básicos de higiene, saúde e nutrição (BRASIL, 2013). Sendo um produto enriquecido com Vitaminas e Ferro, e atende às necessidades básicas de nutrição infantil, portanto, é um produto que contribui com famílias de baixa renda.

Condições para concessão do benefício

O Projeto Viva Leite, foi instituído pelo Decreto nº44.569, de 22 de dezembro de 1999, com o objetivo principal de oferecer um complemento alimentar seguro às crianças de baixa renda do Estado de São Paulo (COUTO e ROMERA, 2010).

A distribuição é feita de forma gratuita, em embalagens plásticas de 1(um) litro padronizados com o logotipo do Governo do Estado de São Paulo e do Programa Viva Leite (COUTO e ROMERA, 2010).

Tem direito ao programa crianças de 06 meses a 6 anos e 11 meses de idade, que pertencem a famílias com renda mensal de até 2 (dois) salários mínimos. A prioridade é dada a crianças de 06 meses a 1 ano e 11 meses de idade e também a crianças que pertencem a famílias cujo responsável esteja desempregado ou a mãe seja arrimo da família (BRASIL, 2013).

Para solicitar a inclusão do Programa Viva Leite é necessário primeiramente estar com o Cadastro Único da família atualizado, o que pode ser feito no CRAS ou CREAS do município mediante apresentação dos documentos de todos os membros da família e resposta a um questionário (SEDS, 2017).

Após isso, será realizada uma triagem com a Assistente Social da Saúde, a qual solicitará seguintes documentos: Certidão de Nascimento da criança; Carteira de vacinação da criança atualizada; Documento RG da mãe ou responsável pela criança; Comprovante de renda familiar, se tiver.

Após a triagem a criança é encaminhada a uma consulta médica onde é feita a pesagem e alguns exames de rotina; e uma vez incluída a criança, seu responsável será orientado acerca de como pegar o leite, horários e dias da distribuição (SEDS, 2017).

Sendo assim, os profissionais do Serviço Social exercem uma grande representatividade junto ao projeto Vivaleite, afinal esses profissionais, cuja profissão é regulamentada pela Lei nº8.662/93, atuam no campo das políticas sociais, portanto, têm o compromisso da ética e da defesa e garantia dos direitos sociais da população, sobretudo das famílias de baixa renda onde se enquadram projetos como o Vivaleite.

Papel do Assistente Social Junto ao Projeto Vivaleite

Ao Assistente Social cabe realizar o relatório social no momento da inclusão da criança no Projeto Vivaleite, de modo que seja dada prioridade às crianças pertencentes a família em que o chefe de família esta desempregado ou se a mãe for arrimo de família (BRASIL, 2013).

Além disso, também cabe ao Assistente Social realizar palestras e mini cursos informativos sobre qualidade de vida para as famílias que têm suas crianças cadastradas no Projeto, de modo a dar oportunidade dessas famílias se sentirem acolhidas e terem melhores perspectivas em relação às suas necessidades (COUTO e ROMERA, 2010).

Nesse sentido, o assistente social pode auxiliar no esclarecimento de dúvidas, levando as famílias a terem mais conhecimento tanto em relação ao projeto quanto em relação aos cuidados familiares com a nutrição das crianças; além disso, ele próprio, assistente social, passa a ter mais conhecimento das famílias que necessitam do projeto e, assim, através de melhores observações e acompanhamento das crianças e de toda a família, ampliando o olhar e a atenção para essas famílias em suas dificuldades, vulnerabilidade e riscos.

Contudo, de acordo com as novas regras, a participação do assistente social, ficou um tanto quanto limitada, haja vista que a concessão é feita somente pelo cadastro único.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alimentação infantil, sobretudo nos dois primeiros anos de vida deve ser encarada com muita responsabilidade, pois é um período da vida onde a boa nutrição é fundamental, sendo que a melhor opção, sobretudo nos primeiros doze meses, é a amamentação do bebê.

Como nem sempre a amamentação exclusiva é possível, uma alternativa plausível é a introdução do leite de vaca na fase de lactação. Entretanto, essa prática deve ser analisada com cuidado, pois o leite de vaca não substitui o leite materno, por isso, é necessária a adição de alguns componentes, sobretudo o Ferro.

O Vivaleite é um projeto estadual de distribuição de leite para famílias, de baixa renda, cujo produto oferecido possibilita um nível de qualidade na alimentação do lactante.

De distribuição gratuita, sendo um produto coletado dentro das normas de higiene e tendo sua fórmula enriquecida com vitaminas A e D juntamente com a adição de Ferro, garante nutrição à criança, portanto, contribui para a desnutrição de crianças em famílias de baixa renda no Estado de São Paulo.

A ação do serviço social é importante nesse programa e deve ser feita de maneira articulada com a sociedade, sobretudo para responder as demandas expostas no enfrentamento da questão social.

Contudo, as novas diretrizes para concessão do leite do Projeto Vivaleite praticamente se limitaram à análise dos dados contidos no cadastro único, de modo que isso limitou muito a participação do assistente social na triagem das famílias que necessitam do benefício.

Sendo assim, podem ocorrer distorções no projeto Vivaleite, haja vista que o Cadastro Único não é 100% seguro, além de que esse método de concessão é muito seletivista e pode prejudicar pessoas que precisam, as quais poderiam mais facilmente ser acompanhadas por assistentes sociais, uma vez que estes fazem parte de sua rotina e, portanto, teriam mais condições acompanhar a necessidade desse benefício.

Os serviços que buscam garantir a proteção social tem sido implementados para atender àqueles que necessitem de auxílio, contudo, o povo brasileiro ainda não tem motivos para comemorar, uma vez que muito ainda há que se fazer para se afirmar que a Assistência Social promove plenamente a satisfação aos seus usuários.

Obviamente, com a elaboração da Constituição Federal de 1988 foi possível a ruptura com o assistencialismo tradicional de séculos, sendo que a assistência social passa, a ser considerada política pública. Mas, ainda é preciso rever alguns itens da Legislação e, sobretudo, rever algumas práticas institucionais para que não haja injustiças perante as pessoas que necessitam de auxílio e possuem o direito assegurado por Lei, pois na prática, mesmo amparada na Lei, a proteção social ainda continua sendo vista como ato de caridade/assistencialista.

Em relação ao Vivaleite, é possível melhorar o projeto, a distribuição de leite, que por sinal conta com um produto bom a oferecer, no entanto, os critérios são discutíveis, a começar pela origem do projeto, o qual não teve como foco a necessidade alimentar de crianças e sim a crise de produção de leite no Estado de São Paulo, ou seja, o Vivaleite surgiu com o objetivo de ser um agente regulador da cadeia do leite dentro do contexto agropecuário do Estado.

REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, Ana Cristina do Nascimento Peres; PEREIRA, Erlândia Silva. **Benefício de prestação continuada – BPC: um direito negado?** Uberlândia: FCU, 2010.
- APOLINÁRIO, J. R.; SOUZA, A. C. B. (ORG.). **Pesquisa Histórica**. Campina Grande: Editora da UFCG, 2009.
- AURELIANO, Liana; DRAIBE, Sônia. A especificidade do *welfare state* brasileiro. In: **Economia e Desenvolvimento**. Brasília: MPAS e CEPAL, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BATTINI, Odária; COSTA, Lucia Cortes da. Estado e políticas Públicas: contexto-sócio histórico e Assistência Social. In: **SUAS, Sistema único de Assistência social em debate**. São Paulo: Veras Editora, 2007.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. 2º. ed.. Brasília: UNB, 2003.
- BRASIL, **Lei Orgânica de Assistência Social**. Lei 8.742/ 1993. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: Editora Oficial,1993.
- CARVALHO, Graziela Figueiredo de. **A assistência social no Brasil: da caridade ao direito**. Rio de Janeiro: PUC, 2008.
- CIF, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.
- COUTO, Berenice Rojas. Direitos Sociais: sua construção na sociedade contemporânea. In: **O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.
- COUTO, E. L.; ROMERA, A. P. F. **Estágio supervisionado: Programa viva leite UBS- Belo Horizonte**. Presidente Prudente: Toledo, 2010.
- COUTINHO, B. S. et al. **Questão social, estado no capitalismo e as políticas sociais**. Presidente Prudente: FAI, 2004.
- DRAIBE, Sônia. **O sistema de proteção social e suas transformações recentes**. Brasília: MPAS e CEPAL, 1993.
- FERREIRA, L. H. N.; OLIVEIRA, C. Análise do nível de serviço logístico no projeto “viva leite” na cidade de Botucatu/SP. **Tekhne e Logos**, Botucatu, SP, v.6, n.2, Dezembro, 2015.
- FISBERG, Mauro. Leite de vaca no primeiro ano de vida. In Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3ª. edição. Rio de Janeiro: SBP, 2012.
- GOMES, P. T. T.; NAKANO, A. M. S. **Introdução à alimentação complementar em crianças menores de seis meses atendidas em dia nacional de campanha de vacinação**. Revista Salus-Guarapuava-PR, n. 1, v.1, p. 51-58, jan./jun. 2007.
- KURANAGA, Alcir Antônio. **Programa “Viva Leite”**: relações em rede e institucionalização nos municípios do bloco 27. São Carlos: UFSCAR, 2015.
- LINCK, Ieda M. Donati; ZACHOW, Eliana; STÜRMER, Luana. **O tempo médio de amamentação oferecida às crianças no centro de saúde da mulher no município de cruz alta**. Cruz Alta/RS: UNICRUZ, 2011.
- MACHADO, Cleide Roque. **A importância do sulfato ferroso em crianças de seis meses a dezoito meses**. Campo Grande: UFMS, 2011.
- MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Princípios de Direito Previdenciário**. 3. ed., São Paulo: LTr, 1995.
- MOTA, Ana Elisabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social. Um estudo das tendências da previdência e da assistência social nos anos 80-90**. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2008.
- NIGRO, Ana Helena Nunes. **O benefício assistencial sob a ótica da dignidade da pessoa humana**. João Pessoa: Anhanguera, 2010.
- OLIVEIRA, Lúcia Conde de. A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”. In: **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: Edições UECE, 2003.
- SÃO PAULO (Estado). **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. Disponível em http://www.cmmc.lawsystem.com.br/admin/arquivos_div/img/DECRETO%20N%C2%BA%2044.569,%20DE%2022%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201999.pdf Acesso em 19/01/2017

SEDS. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo. **Projeto Vivaleite**, 2017. Disponível em http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/institucional_sobre Acesso em 22/03/2017.

SILVA, Alan Teles da. **Os desafios da avaliação social para acesso ao BPC**. Brasília: UnB, 2001.

SILVA, S. A.; ALMEIDA, A. C. S. **Projeto viva leite no município de Presidente Epitácio: Possibilidades de efetivação da segurança alimentar**. Presidente Prudente, 2011.

VIANNA. Maria Lúcia Teixeira Werneck. **Seguridade Social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos**. Disponível em: www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fSeguridade.pdf >. Acesso em 04/04/2015