

ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SP (BRASIL), 1984-1985

VIII — COBERTURA E IMPACTO DA SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR*

Carlos Augusto Monteiro**
Maurício Meyer**

MONTEIRO, C. A. & MEYER, M. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. VIII — Cobertura e impacto da suplementação alimentar. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22:132-9, 1988.

RESUMO: Através de estudo domiciliar de amostra probabilística de crianças menores de cinco anos (n = 1.016) foram analisadas características dos programas infantis de suplementação alimentar desenvolvidos no Município de S. Paulo, SP (Brasil). A cobertura da suplementação no conjunto da amostra foi de 11,4%. Em todos os casos a suplementação foi fornecida por Centros de Saúde como parte de um conjunto de ações de saúde. O alimento doado às crianças foi sempre leite integral em pó e em 94% das vezes a quantidade entregue foi de 2 quilos por criança por mês. A suplementação se restringiu praticamente apenas a crianças menores de dois anos, ocorrendo a maior cobertura na faixa de seis a doze meses (61,5%). A estratificação social da amostra revelou acentuado direcionamento socioeconômico da suplementação, privilegiando as crianças mais expostas à desnutrição. Observou-se também que as crianças com déficits ponderais apresentavam maior frequência de suplementação. O impacto resultante da suplementação foi analisado comparando-se o consumo de leite nas últimas 24 h. de crianças beneficiárias e não beneficiárias do programa, controlando-se na comparação faixa etária e nível socioeconômico. Tanto no primeiro quanto no segundo ano de vida o consumo das crianças suplementadas foi cerca de 25% superior ao das demais crianças. Em todos os estratos socioeconômicos, o consumo de crianças suplementadas foi superior, sendo de 33% a vantagem conferida às crianças de pior nível. Um importante achado do estudo foi a constatação de que o volume médio de leite consumido pelas crianças suplementadas se aproximou da quantidade fornecida pelo programa, fato que descarta a possibilidade de haver diluição intra-familiar expressiva do alimento doado. Considerando os achados deste estudo e o conjunto de informações reveladas pela pesquisa "Estudo das condições de saúde das crianças do Município de S. Paulo", foram feitas recomendações para o aperfeiçoamento dos programas infantis de suplementação, destacando-se entre elas a ampliação da cobertura no segundo ano de vida e a necessidade de correção do exíguo aporte de ferro proporcionado pela suplementação.

UNITERMOS: Saúde da criança. Suplementação alimentar. Inquéritos nutricionais. Nutrição infantil.

INTRODUÇÃO

Diferentes trabalhos têm destacado a importância epidemiológica da desnutrição na população brasileira de menores de cinco anos^{3,9,14,16,25}. Embora situada como atividade emergencial e transitória, a suplementação alimentar constitui parte central do conjunto de ações propostas para o controle daquele problema em nosso meio⁸. Diversos programas infantis de suplementação alimentar acham-se atualmente em andamento no país, atuando

muitas vezes de forma superposta e tendo como executores diferentes organismos federais, estaduais e municipais vinculados às áreas de Saúde, Educação e Previdência Social²⁴. Mais recentemente, a estes programas veio se juntar o programa nacional de distribuição de leite da Secretaria Especial de Ação Comunitária da Presidência da República.

A multiplicidade e superposição dos programas existentes e o registro nem sempre acurado de suas atividades fazem com que seja

* Realizado com auxílio financeiro da Financiadora de Estudos e Projetos — FINEP (Convênio 4.1.83.0698.00) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo 86/0392-7).

** Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Arnaldo, 715 — 01255 — São Paulo, SP — Brasil.

difícil estimar-se a cobertura da suplementação alimentar em qualquer região do país. Ainda menos conhecidos são o alcance dos programas de suplementação em diferentes estratos socioeconômicos da população e o possível impacto resultante dos mesmos.

A recente realização de pesquisa domiciliar em amostra probabilística das crianças residentes no Município de São Paulo permite que se examine a efetiva cobertura alcançada pela suplementação alimentar nessa localidade, ao mesmo tempo que possibilita conhecer elementos essenciais relacionados à sua distribuição e impacto.

METODOLOGIA

A amostra estudada corresponde a 1.016 crianças de zero a 59 meses de idade residentes no Município de São Paulo. A referida amostra foi obtida a partir do sorteio aleatório de 3.378 domicílios espalhados pela totalidade dos 56 subdistritos e distritos do Município. A quota de domicílios sorteada para cada subdistrito e distrito foi função do número total de domicílios e do número de crianças esperadas por domicílio. Em artigo anterior¹³, onde o processo de amostragem da pesquisa é integralmente descrito, evidenciam-se o caráter probabilístico da amostra obtida e a representatividade dos achados em relação ao universo das crianças do Município.

Todas as crianças do estudo foram indagadas a respeito da participação em programas de suplementação alimentar. Como programa de suplementação alimentar entendeu-se o fornecimento periódico e sistemático de alimentos para consumo no domicílio. Em todos os casos, averiguou-se a instituição responsável pelo programa e o tipo e a quantidade de alimentos recebidos.

A cobertura dos programas de suplementação foi calculada para o conjunto da amostra e para estratos populacionais constituídos a partir da faixa de idade das crianças e do nível socioeconômico das famílias. Conforme discutido em artigo desta série¹³, o nível socioeconômico das famílias foi estabelecido a partir do grau de escolaridade dos chefes de família, correspondendo os seguintes estratos aos seguintes graus de escolaridade: I — superior, II — colegial, III — ginásial, IV — primária, V — primária incompleta e VI — nenhuma escolaridade*. No presente artigo, em

particular, os três primeiros estratos foram agrupados como uma única categoria, o mesmo ocorrendo com os dois últimos estratos. As três categorias socioeconômicas assim constituídas abrigaram, cada uma delas, cerca de um terço das crianças da amostra.

Adicionalmente determinou-se a cobertura da suplementação em crianças com e sem déficits ponderais. Considerou-se como déficit ponderal todo peso inferior ao percentil 10 do padrão internacional de referência de peso para idade e sexo — padrão antropométrico NCHS/OMS⁷. Pormenores dos procedimentos adotados no exame antropométrico acham-se descritos em publicação anterior¹³.

O impacto da suplementação foi avaliado a partir do registro do consumo alimentar das últimas 24 h de crianças beneficiárias e não beneficiárias da suplementação, controlando-se na comparação as variáveis idade e estrato socioeconômico. Na análise do significado estatístico das diferenças entre os dois grupos de crianças empregou-se o teste "t" para diferença de médias, adotando-se α de 5%.

Tanto o inquérito alimentar quanto o exame antropométrico foram realizados por médicos pediatras devidamente treinados e supervisionados¹³.

RESULTADOS

Do total das 1.016 crianças estudadas, 116, ou 11,4%, referiram participar de programas de suplementação alimentar. Em todos os casos as instituições promotoras da suplementação foram centros de saúde estaduais ou municipais que vinculam a oferta do suplemento à orientação alimentar e controles periódicos de saúde. O alimento recebido foi sempre leite integral em pó, sendo que em 94,0% das vezes a quantidade recebida por criança foi de 2,0 kg por mês. Tal quantidade, equivalente a um fornecimento diário de cerca de 560 ml de leite fluido, assegura para crianças entre seis e doze meses de idade (faixa de idade mais freqüente entre as crianças suplementadas) 36% das necessidades energéticas e 112% das recomendações nutricionais em proteína^{6,18}.

Cobertura da Suplementação

A Tabela 1 indica a cobertura alcançada pela suplementação alimentar nas diferentes

* Em relação à terminologia atualmente utilizada, os cursos primário, ginásial e colegial correspondem, respectivamente, às quatro primeiras séries do primeiro grau, às quatro últimas séries do primeiro grau e às três séries do segundo grau.

faixas etárias da população. Correspondendo à orientação adotada pelos centros de saúde por ocasião da realização da pesquisa, verifica-se grande concentração da suplementação no primeiro ano de vida. Durante este período, a cobertura da suplementação é relativamente baixa, de zero a três meses (13,3%), eleva-se no trimestre seguinte (43,6%) e chega ao máximo na idade de seis a doze meses (61,5%). No segundo ano a cobertura declina abruptamente (14,8%), tendendo a se anular nas idades seguintes (0,9%). As tabelas subsequentes deixam de considerar as crianças com idade superior a 23 meses.

TABELA 1

Percentagem de cobertura da suplementação alimentar em crianças menores de cinco anos do Município de São Paulo (1984-85).

Idade (meses)	Crianças estudadas	% de cobertura
0 — 3	45	13,3
3 — 6	39	43,6
6 — 12	91	61,5
12 — 24	210	14,8
24 — 60	631	0,9
Total	1.016	11,4

A Tabela 2 apresenta a cobertura da suplementação segundo o nível socioeconômico das crianças caracterizado pelo grau de escolaridade dos chefes de família. Nos estratos de melhor nível (I/II/III), a suplementação praticamente se restringe a menores de um ano, cobrindo nesta idade um terço das crianças. No estrato intermediário (IV), a suplementação aumenta de cobertura no primeiro ano (40,4%) e se estende até o segundo ano de vida (14,7%). Nos estratos de pior nível (V/VI), são encontradas as maiores coberturas da suplementação: 61,7% no primeiro ano e 25,0% no segundo ano.

A mesma tendência de aumento da cobertura com a piora do nível socioeconômico é constatada com a utilização de outros indicadores que não o grau de escolaridade do chefe da família. Nos estratos de renda familiar de zero a meio, meio a um e um e mais salários-mínimos per cápita, a cobertura da suplementação no total de crianças menores de dois anos foi de, respectivamente, 37,6%, 26,0%

TABELA 2

Percentagem de cobertura da suplementação alimentar em menores de dois anos segundo faixa etária e estrato socioeconômico da família. Município de São Paulo, 1984-85.

Faixa etária (meses)	Estrato socioeconômico *		
	I/II/III	IV	V/VI
0 — 12	33,3 (21/63)	40,4 (21/52)	61,7 (37/160)
12 — 24	1,8 (1/56)	14,7 (11/75)	25,0 (19/176)
Total	18,5 (22/119)	25,2 (32/127)	41,2 (56/136)

* Estratos socioeconômicos constituídos a partir do nível de escolaridade do chefe da família da criança: I = superior; II = colegial; III = ginasial; IV = primária completa; V = primária incompleta; VI = ausência de escolaridade.

e 22,6%. No mesmo grupo etário, a cobertura atingida para crianças residentes em favelas e cortiços foi de respectivamente, 36,2% e 41,7%, enquanto nas áreas residenciais regulares da cidade ela foi de 25,1%.

Outra alternativa para caracterizar a distribuição da suplementação no Município consiste em determinar a cobertura alcançada em crianças desnutridas e não desnutridas. Na Tabela 3 verifica-se que são as crianças com déficits ponderais aquelas melhor cobertas pela suplementação, chamando atenção a situação encontrada no segundo ano de vida, onde a taxa de cobertura das crianças desnutridas supera em cerca de cinco vezes a taxa encontrada em crianças eutróficas. Este último fato coincide com a então orientação dos centros de saúde de restringir a suplementação, após um ano de idade, às crianças que apresentassem sinais de desnutrição.

Impacto da Suplementação

O impacto obtido com a suplementação alimentar foi analisado em termos da quantidade de leite consumida pelas crianças nas últimas 24 h. As crianças da amostra com menos de três meses de idade não foram consideradas nesta análise visto encontrarem-se majoritariamente em aleitamento materno*.

A Tabela 4 apresenta o volume médio de leite consumido por crianças beneficiárias e

* A duração mediana da amamentação no Município, calculada a partir da mesma amostra de crianças enfocadas neste estudo, é de 109 dias, sendo de 63 dias a duração mediana do aleitamento materno exclusivo¹⁵.

TABELA 3

Percentagem de cobertura da suplementação alimentar em menores de dois anos segundo faixa etária e presença de déficit ponderal. Município de São Paulo, 1984-85.

Faixa etária (meses)	Déficit ponderal *	
	Sim	Não
0 — 12	71,4 (10/14)	43,1 (69/160)
12 — 24	43,2 (16/37)	8,7 (15/172)
Total	51,0 (26/51)	25,3 (84/332)

* Peso inferior ao percentil 10 do padrão de referência NCHS/OMS⁷.

não beneficiárias da suplementação. O consumo das crianças suplementadas foi cerca de 25% superior ao das demais crianças, ($p < 0,01$), sendo semelhantes as diferenças encontradas no primeiro e no segundo ano de vida ($p < 0,05$). É interessante observar que o consumo médio alcançado pelas crianças suplementadas (552 ml) corresponde aproximadamente ao total de leite teoricamente fornecido pela suplementação (560 ml). Tal situação fala a favor de que o alimento doado à criança não esteja sendo dividido com outros membros da família.

TABELA 4

Consumo diário médio de leite (ml) em crianças de 3 a 24 meses de idade segundo faixa etária e condição de suplementação alimentar. Município de São Paulo, 1984-85

Faixa etária (meses)	Suplementação alimentar					
	n	Sim ×	(dp)	n	Não ×	(dp)
3 — 12	73	547	(405)	57	442	(324)
12 — 24	30	563	(444)	178	450	(352)
Total	103	552	(416)	235	448	(345)

A Tabela 5 analisa o consumo de leite nos diferentes estratos socioeconômicos da população. Em todos os estratos persiste a vantagem das crianças suplementadas sobre as não-suplementadas, embora apenas entre as crianças de pior nível socioeconômico — estratos V/VI — a diferença de consumo tenha significado estatístico ($p < 0,05$). Nos estratos

V/VI, a participação na suplementação implicou aumentar em um terço o consumo diário de leite, sendo oportuno assinalar que, mesmo nestes estratos, onde poder-se-ia esperar uma maior probabilidade de diluição intrafamiliar do alimento doado, o consumo médio de leite não se afastou muito da quantidade total fornecida pela suplementação.

TABELA 5

Consumo diário médio de leite (ml) em crianças de 3 a 24 meses de idade segundo estrato socioeconômico e condição de suplementação alimentar. Município de São Paulo, 1984-85.

Estrato socioeconômico	Suplementação alimentar					
	n	Sim ×	(dp)	n	Não ×	(dp)
I/II/III	21	564	(360)	84	468	(355)
IV	30	604	(515)	80	491	(349)
V/IV	51	516	(373)	69	386	(316)
Total	102	552	(415)	233	452	(343)

COMENTÁRIOS

Através do estudo domiciliar de amostra probabilística de crianças menores de cinco anos, examinou-se a atuação de programas infantis de suplementação alimentar em importante unidade populacional do país.

Uma primeira característica importante dos programas de suplementação alimentar no Município de São Paulo refere-se à sua estreita vinculação com a assistência à saúde, condição que deve ser vista como extremamente favorável à medida em que leva em conta o sinergismo existente na infância entre déficits alimentares e agravos à saúde, sobretudo os de origem infecciosa^{11,21}. Tal reconhecimento, é interessante lembrar, nem sempre tem prevalecido nos programas de suplementação desenvolvidos no país, sendo o exemplo mais recente desta situação o programa nacional de distribuição de leite da Presidência da República, cuja operação prescinde de qualquer relação com a promoção e a assistência à saúde⁴.

Dois outros traços marcantes da suplementação alimentar no Município são seu direcionamento preferencial para a população de pior nível socioeconômico e a grande concentração da cobertura no primeiro ano de vida, ambas características decorrentes, em larga medida, do próprio perfil da clientela da rede pública dos centros de saúde.

O direcionamento socioeconômico da suplementação é evidentemente positivo, uma vez que diferentes estudos realizados no Município de São Paulo^{9,14,16} e no restante do país^{3,24,25} têm demonstrado maior vulnerabilidade nutricional dos estratos menos privilegiados da população.

O direcionamento etário da suplementação é característica que deve ser examinada com maior cautela. A relativa baixa cobertura da suplementação nos primeiros meses de vida não deve preocupar, pois neste período todos os esforços devem estar voltados para a promoção do aleitamento materno. Por outra parte, o declínio da suplementação no segundo ano é altamente desfavorável, dado que é nesta idade que as crianças do Município apresentam-se mais expostas à desnutrição, sobretudo às formas mais severas^{2,14}. A virtual exclusão de crianças mais velhas, embora não desejável, preocupa menos, uma vez que a partir dos dois anos as crianças mostram ser bem menos vulneráveis à desnutrição¹⁴.

Outra característica importante da suplementação alimentar foi sua maior cobertura em crianças com déficits ponderais. Em princípio, tal característica afigura-se positiva à medida em que revela a capacidade do programa em atrair para si a parcela da população mais necessitada da suplementação, ou seja, as crianças já desnutridas. O desconhecimento do estado nutricional com que o conjunto das crianças inicia o programa e a não consideração do período decorrido de suplementação impedem, entretanto, que se conheça o benefício efetivo conferido às crianças desnutridas.

À medida em que em todos os casos o programa de suplementação efetivou-se através da doação de leite, o consumo médio deste alimento foi o indicador utilizado para se avaliar o impacto da suplementação. Desta maneira pôde-se evidenciar que as crianças suplementadas apresentaram consumo diário de leite 25% superior ao das crianças não suplementadas, chegando a 33% a diferença de consumo nos estratos de pior nível socioeconômico. Tal fato de "per si" não garante necessariamente um efeito positivo sobre o estado nutricional da população beneficiária, uma vez que não se está considerando o consumo de outros alimentos, nem o estado de saúde das crianças. Entretanto, a importância nutricional do leite para a faixa etária coberta pelo programa e a vinculação obrigatória dos beneficiários a controles periódicos de saúde

tornam aquela hipótese muito provável. Uma razão adicional para se acreditar que o programa de suplementação esteja atuando positivamente sobre o estado nutricional é a constatação de que no primeiro ano de vida, período onde é mais expressiva a cobertura da suplementação, a distribuição de peso e altura do total das crianças amostradas nada fica a dever à distribuição esperada para crianças gozando de bom estado nutricional¹⁴. Por outro lado, é oportuno observar que a concentração de hemoglobina, que diferentemente do crescimento não é favorecida pelo consumo de leite integral, apresenta-se bastante comprometida na amostra, inclusive no primeiro ano de vida¹⁶.

Comparando-se a quantidade total de leite fornecida pelo programa com o consumo efetivo do alimento pelas crianças, observou-se que deve ser mínima ou mesmo inexistente a diluição intra-familiar da suplementação. Embora sempre lembrada como um dos inconvenientes dos programas infantis de doação de alimentos, a diluição intra-familiar não vem sendo sistematicamente avaliada em nosso meio. As poucas avaliações realizadas a este respeito^{5,10,17} têm evidenciado taxas de diluição muito variáveis, as quais provavelmente têm explicação nas diferentes características dos programas analisados, incluindo-se o tipo de alimento utilizado e faixa etária da população atendida.

Considerando o conjunto de dados revelados pela pesquisa "Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo", incluindo os apresentados neste artigo e em outros, publicados anteriormente^{13,14,15}, algumas recomendações podem ser feitas com relação à orientação geral dos programas de suplementação desenvolvidos em São Paulo.

1. A restrição à oferta da suplementação nos primeiros meses de vida deve continuar para que o incipiente movimento de retorno à amamentação observado no Município, nos últimos anos, não seja desestimulado.
2. A concentração de casos de desnutrição no segundo ano recomenda que seja ampliada a cobertura da suplementação alimentar nesta faixa de idade.
3. O estado nutricional das crianças maiores deveria ser periodicamente avaliado para que se pudesse examinar a eventual necessidade de se incluir parte das mesmas na suplementação.

4. Desde que se pudesse antecipar taxas não muito altas de diluição intra-familiar, outros alimentos que não o leite poderiam ser incluídos na suplementação.
5. A elevada prevalência de anemia ferropriva nas idades de 6 a 23 meses e a inadequação do leite integral como fonte de ferro tornam urgente um aperfeiçoamento da suplementação alimentar para aquela faixa etária, seja através do acréscimo de outros alimentos fontes de ferro, seja através da fortificação do leite (com ferro e facilitadores da absorção do mineral), ou seja, mesmo através da distribuição acoplada de solução de sulfato ferroso.

A partir de 1985, e antes que estivessem disponíveis os resultados desta pesquisa, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo introduziu novos critérios para a suplementação alimentar: em vez da prioridade absoluta para as crianças menores de um ano, passou-se a estender a suplementação a todos menores de cinco anos que apresentassem sinais de retardo de crescimento^{1,12}. Aparentemente as referidas modificações contribuíram para atender, ao menos parcialmente, as três primeiras recomendações mencionadas anteriormente, fato que, entretanto, necessita confirmação*. Mais recentemente, a mesma Secretaria vem trabalhando no sentido de integrar à distribuição de leite os gêneros alimentícios do programa de suplementação alimentar do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PSA — Programa de Suplementação Alimentar). Com relação ao insuficiente aporte de ferro proporcionado pela suplementação, nenhuma medida importante até o momento parece ter sido tomada. Um fato adicional que

deve ser considerado é a substituição de leite em pó por leite fluido que vem se processando ultimamente nos centros de saúde de todo o Estado de São Paulo²⁰. Embora essa substituição implique vantagens relacionadas à operação e custo do programa, do ponto de vista do balanço de ferro, a troca pode não ser vantajosa. Trabalhos recentes têm demonstrado que a ingestão de leite de vaca, "in natura" ou pasteurizado, durante o primeiro ano de vida, com frequência associa-se a perdas microscópicas de sangue pelas fezes, as quais acabam por elevar os requerimentos de ferro da criança^{19,22}.

Algumas considerações finais devem ser feitas sobre a validade geral dos programas de suplementação alimentar e sobre a necessidade de se avaliá-los. É evidente que a dimensão da problemática alimentar e nutricional no país e a origem basicamente social da mesma descartam a possibilidade de que o problema seja passível de solução pela mera atuação de programas de suplementação alimentar. Tal solução requer um amplo conjunto de mudanças na sociedade, as quais, por sua vez, dependem de transformações radicais na estrutura de distribuição das riquezas do país. Por outro lado, embora limitados, programas de suplementação bem conduzidos têm o mérito de proporcionar benefícios imediatos à população mais necessitada. No caso de crianças pequenas, onde a desnutrição acarreta prejuízos severos e por vezes irreversíveis, intervenções de curto prazo são inegavelmente necessárias e impostergáveis. Para que os programas de suplementação sejam bem conduzidos mister se faz, entretanto, que aspectos mínimos de sua cobertura e impacto sejam corretamente avaliados, condição infelizmente não presente na maioria dos programas desenvolvidos em nosso meio.

* Comunicação pessoal de M. A. Torres.

MONTEIRO, C. A. & MEYER, M. [A study of children's health in S. Paulo City (Brazil), 1984-1985. VIII — Coverage and impact of feeding supplementation]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22:132-9, 1988.

ABSTRACT: A random sample of under-fives living in the City of S. Paulo was studied with the aim of establishing the coverage and impact of supplementary feeding programs. The coverage for the whole sample was 11.4%. In all the cases supplementation was provided by health centers as part of a broad group of preventive and curative health activities. The supplement was always whole powder milk and for 94% of the sample the amount distributed was 2 kg per month per child. Supplementation was restricted almost entirely to children under two years of age and the highest coverage was reached in the 6-to 12-months age bracket. The highest coverage was observed among poor families and among children with weight deficits. The impact of the supplementation was evaluated through the comparison of the last 24 hours' milk intake of supplemented and non-supplemented children, controlled for age and socioeconomic strata. Milk intake was around 25% higher among supplemented children, both in the first and in the second year of life. For all the socioeconomic strata, milk intake was superior among supplemented children and for the lowest strata the difference in consumption reached 33%. An important finding revealed by the study was the very good correspondence between milk intake of supplemented children and the amount of milk usually delivered by the program. This fact eliminates the possibility that a large proportion of the supplement given to the child might be being shared with other members of the family. Considering the findings of this study and other data provided by the project "A study of children's health in S. Paulo City (Brazil)" some recommendations for the improvement of the supplementary feedings programs in S. Paulo City are made. Among these the most important seems to be the need for an expansion of the program in the second year of life and for correcting the insufficient amount of iron provided by the supplementation.

UNITERMS: Child health. Supplementary feeding. Nutrition surveys. Infant nutrition.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA, M. C. D. Vigilância do crescimento e desenvolvimento e recuperação nutricional. In: Seminário Estadual de Saúde da Criança, 2.º, São Paulo, 1986. São Paulo, Secretaria da Saúde, 1987. p. 47-8.
- BATISTA FILHO, M. Prevalência e estágios da desnutrição protéico-calórica em crianças da cidade de São Paulo. São Paulo, 1976. [Tese de Doutorado — Faculdade de Saúde Pública da USP].
- BATISTA FILHO, M. & BARBOSA, N. P. Pró-memória: alimentação e nutrição 1974-1975. Brasília, Ministério da Saúde — Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, s.d.
- CUPONS: Governo insiste no clientelismo. *Fome em Debate*, Brasília, (1):3-4, jul./set., 1987.
- FERRIANI, M. G. C.; VINHA, V. H. P.; OLIVEIRA, J. E. D. de. Uso de d-xilose para detectar ingestão de leite em pó por outros membros da família além das crianças de zero a 2 anos para as quais se destina a suplementação alimentar. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 99:381-94, 1985.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Tabela de composição dos alimentos*. Rio de Janeiro, 1976. (Estudo Nacional da Despesa Familiar — ENDEF).
- HAMILL, P. V. V.; DRIZO, T. A.; JOHYNSON, C. L.; REED, R. B.; ROCHE, A. F.; MOORE, W. M. Physical growth: NCHS percentiles. *Amer. J. clin. Nutr.*, 32:607-29, 1979.
- INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. *Programa Nacional de Alimentação e Nutrição — PRONAN: 1976-1979*. Brasília, 1976. (Documento Técnico INAN — 6/76).
- IUNES, M., coord. *Estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses no Município de São Paulo: análise de dados*. São Paulo, Instituto de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/Instituto de Pesquisas Econômicas da USP, 1975. v. 2.
- KALIL, A. C.; LEI, D. L. M.; LERNER, B. R.; RAMOS, R. G. Diluição intrafamiliar alimentar fornecida pelo INAN para pré-escolares na Grande São Paulo. *Alimentação*, S. Paulo, 60:30-6, 1982.
- MARTORELL, R. & HO, T. J. Malnutrition, morbidity and mortality. *Pop. Dev. Rev.*, 10(Suppl.):49-68, 1984.
- MONTEIRO, C. A. Critérios antropométricos no diagnóstico da desnutrição em programas de assistência à criança. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18:209-17, 1984.
- MONTEIRO, C. A.; PINO ZUÑIGA, H. P.; BENICIO, M. H. D'A.; SZARFARC, S. C. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, Brasil (1984-1985). I — Aspectos metodológicos, características sócio-econômicas e ambiente físico. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:435-45, 1986.
- MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. D'A.; PINO ZUÑIGA, H. P.; SZARFARC, S. C. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, Brasil (1984-1985). II — Antropometria nutricional. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:446-53, 1986.

15. MONTEIRO, C. A.; PINO ZUÑIGA, H. P.; BENICIO, M. H. D'A.; REA, M. F. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, Brasil (1984-1985). III — Aleitamento materno. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21:13-22, 1987.
16. MONTEIRO, C. A. & SZARFARC, S. C. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, Brasil (1984-1985). V — Anemia, *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21:255-60, 1987.
17. MUSGROVE, P. Que los pobres coman mejor. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1986. [Mimeografado].
18. NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. *Recommended dietary allowances*. 9th ed. Washington, D. C. 1980.
19. OSKI, F. A. Is bovine milk a health hazard? *Pediatrics*, 75(Suppl.):182-6, 1985.
20. SATO, K. Programa do leite fluido. In: Seminário Estadual de Saúde da Criança, 2.^o, São Paulo, 1986. São Paulo, Secretaria da Saúde, 1987. p. 48-51.
21. SCRIMSHAW, N. S.; TAYLOR, C. E.; GORDON, J. E. *Interaction of nutrition and infection*. Geneva, World Health Organization, (Monograph Series, 57).
22. STEKEL, A. Prevencion de la deficiencia de hierro. In: *El hierro en la alimentación del lactante y del niño*. Ginebra, Nestlé Foundation, 1984. (Nestlé Nutrition, 1984).
23. VISCAVA, F.; FIGUEIREOU, C. M. P.; OLIVEIRA, V. A. *A desnutrição no Brasil; uma análise do Estudo Nacional da Despesa Familiar — ENDEF (IBGE 74-75) para o Nordeste, Estado de São Paulo e Estado do Rio de Janeiro*. Petrópolis, Ed. Vozes/FINEP, 1983.
24. SHRIMPTON, R. *Ecologia da desnutrição na infância, análise da evidência das relações entre variáveis sócio-econômicas e estado nutricional*. Brasília, Centro Nacional de Recursos Humanos do IPEA/UNICEF, 1986. (Série Instrumentos para Ação, 3).
25. SILVA, A. C. & IUNES, M. Políticas nutricionais no Brasil. In: Nobrega, F. J. *Desnutrição intra-uterina e pós-natal*. São Paulo, Panamed Ed. 1981. p. 93-103.

Recebido para publicação em: 19/8/1987

Aprovado para publicação em: 14/10/1987