

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Graduação em Nutrição

Janaina Aparecida Oliveira da Rosa

**ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO DE ALIMENTOS DE
BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS**

Porto Alegre, 2011

Janaina Aparecida Oliveira da Rosa

**ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO DE ALIMENTOS DE
BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição.

Orientadora: Ilaine Schuch

Porto Alegre, 2011

Janaina Aparecida Oliveira da Rosa

**ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO DE ALIMENTOS DE
BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição.

Porto Alegre, 16 de novembro de 2011.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso **ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO DE ALIMENTOS DE BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS**, elaborada por Janaina Aparecida Oliveira da Rosa, como requisito parcial para obtenção de Grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Vivian C. Luft (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Maurem Ramos (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Ilaine Schuch - Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus por ter iluminado o meu caminho até aqui, pelas graças alcançadas e por ter me permitido aprender com as dificuldades encontradas.

Aos meus pais pelo incentivo e apoio para seguir os meus sonhos, em especial minha mãe, pela fé inabalável, compreensão e força que são minhas fontes de inspiração.

A minha orientadora Ilaine Schuch pelo apoio nesse trabalho.

A minha colaboradora Mariana Dihl Schiffner pelas contribuições e pela vontade de sempre ajudar na elaboração desse trabalho.

As colegas e futuras nutricionistas do LAN pela ajuda com a coleta de dados.

Aos colegas e aos amigos conquistados nesse período pelas risadas e preocupações compartilhadas, em especial a Bruna Batista, Fernando Campos e Estefanía Castillo.

A todos que de alguma forma fizeram parte desse caminho e contribuíram para que eu chegasse até aqui e para conclusão desse trabalho.

Meu muito obrigada.

RESUMO

Introdução: Nos últimos vinte anos o Brasil e diversos países da América Latina estão passando por um processo rápido de transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Durante esse processo o ponto mais marcante foi o aumento da prevalência de obesidade nos países latino-americanos, sobretudo entre os indivíduos de baixa renda. Os programas sociais na América Latina podem interferir positivamente para diminuição da obesidade, apoiando financeiramente e com informações os seus beneficiários, que se encontram em situação de vulnerabilidade e de extrema pobreza.

Objetivo: Descrever o estado nutricional e o consumo de alimentos de beneficiários do Programa Bolsa Família em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre - RS.

Metodologia: Estudo transversal com os beneficiários cadastrados no Programa Bolsa Família (PBF) pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, Porto Alegre-RS. O estado nutricional foi determinado nas crianças através dos índices antropométricos: peso/idade, peso/estatura, estatura/idade e IMC. Nos adolescentes utilizaram-se os parâmetros IMC e estatura/idade. Já nos adultos os índices empregados foram o IMC e a circunferência da cintura. O consumo de alimentos nos diferentes ciclos foi identificado através dos instrumentos preconizados pelo SISVAN/Ministério da Saúde.

Resultados: A maioria dos indivíduos são do sexo feminino, que se auto-declararam brancos e com idade entre 20 e 59 anos. A prevalência de déficit de altura nas crianças menores de cinco anos de idade foi de 5,6% e o risco de sobrepeso mais de 60%. Em relação aos adolescentes avaliados segundo o IMC, 23,1% apresentam sobrepeso. Entre os adultos pesquisados, todos são do sexo feminino, e 72,3% dessas têm excesso de peso. Em relação ao consumo alimentar, metade das crianças consumiram frituras, representado no questionário por batata frita e salgados fritos, bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote e refrigerantes duas vezes na semana. Dentre os adolescentes, 53,8% consomem feijão diariamente, 38,5% leite ou iogurte e 23,1% guloseimas. Assim como no restante da população em estudo, as mulheres adultas mantêm um baixo consumo de salada, legumes, verduras, frutas e leite ou iogurte. Consumo de doces como biscoitos, balas e chocolates, duas ou mais vezes na semana é igual a 48,8% e de refrigerantes é de 46,3%.

Conclusão: Identificou-se um alto percentual de obesidade, baixo consumo de frutas, verduras, legumes, feijão e leite. Esses são comumente considerados alimentos mais caros pela população de baixo poder aquisitivo e assim pouco privilegiados na dieta. São necessários mais estudos com os beneficiários do PBF para elucidar outras questões que permeiam a gênese do excesso de peso e do consumo alimentar dessa população.

Palavras-chaves: estado nutricional; consumo de alimentos; segurança alimentar e nutricional; pobreza; programas governamentais.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Composição dos valores de benefícios do Programa Bolsa Família, divididos conforme o número de beneficiários e a renda <i>per capita</i> mínima de cada um (valores referentes ao mês de abril de 2011)..... | 23 |
| Tabela 2 - Impacto sobre a cobertura vacinal..... | 30 |
| Tabela 3– Características gerais da população..... | 37 |
| Tabela 4 - Distribuição do estado nutricional segundo as faixas etárias e índices antropométricos das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, cadastradas na UBS Santa Cecília em Porto Alegre- RS no período de outubro de 2010 a maio de 2011..... | 38 |
| Tabela 5- Frequência de consumo de preparações a base de leite das crianças no dia anterior a realização da pesquisa. | 41 |
| Tabela 6- Frequência de consumo de alimentos entre as crianças entre 6 meses e 2 anos de idade..... | 42 |
| Tabela 7- Frequência de consumo de alimentos entre as crianças entre 2 anos e menores de 5 anos de idade. | 43 |
| Tabela 8– Frequência semanal de consumo de alimentos em crianças de maiores de 5 anos e menores de 10 anos de idade. | 44 |
| Tabela 9 - Distribuição do estado nutricional segundo as faixas etárias e índices antropométricos dos adolescentes beneficiários do Programa Bolsa Família, cadastradas na UBS Santa Cecília em Porto Alegre- RS no período de outubro de 2010 a maio de 2011..... | 45 |
| Tabela 10 – Frequência semanal de consumo de alimentos dos adolescentes..... | 46 |
| Tabela 11 - Distribuição do estado nutricional segundo IMC e a circunferência da cintura de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, cadastradas na UBS Santa Cecília em Porto Alegre- RS no período de outubro de 2010 a maio de 2011..... | 47 |
| Tabela 12 – Frequência semanal de consumo de alimentos de mulheres adultas. | 49 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IPND - I Plano de Desenvolvimento Nacional
II PND - II Plano de Desenvolvimento Nacional
BPC- Benefício de Prestação Continuada
BVJ - Benefício Variável Vinculado ao Adolescente
CadÚnico - Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CONSEA- Conselho Nacional de Segurança Alimentar
DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada
FA – *Programa Familias en Acción*
FAO- Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
IGD- Índice de Gestão Descentralizada
IMC- Índice de Massa Corporal
INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LAN- Laboratório de Avaliação Nutricional
LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MESA - Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome
OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAT - Programa de Alimentação do Trabalhador
PBF - Programa Bolsa Família
PCCNE - Programas de Prevenção e Combate a Carências Nutricionais Específicas
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PGRM - Programas de Garantia de Renda Mínima
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSA - Programa de Suplementação Alimentar
PTRC - Programas de Transferência de Renda Condicionada
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS - Serviço de Alimentação da Previdência Social
SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIGITEL - Sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA | 10 |
| 2.1 | PROGRAMAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA..... | 10 |
| 2.2 | PROGRAMAS SOCIAIS NO BRASIL..... | 11 |
| 2.2.1 | As políticas de Alimentação e Nutrição e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) | 11 |
| 2.2.2 | Programas de Renda Mínima | 16 |
| 2.2.3 | Programa Bolsa Família | 21 |
| 2.2.3.1 | Benefícios | 22 |
| 2.2.3.2 | Contrapartidas dos beneficiários do PBF | 24 |
| 2.2.4 | Impactos dos Programas Sociais..... | 25 |
| 2.2.4.1 | Escolaridade..... | 25 |
| 2.2.4.2 | Desigualdade social | 26 |
| 2.2.4.3 | Alimentação | 27 |
| 2.2.4.4 | Saúde | 28 |
| 2.2.4.6 | Vacinação..... | 30 |
| 2.2.4.7 | Pré-natal | 32 |
| 2.2.4.8 | Trabalho..... | 32 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 33 |
| 3.1 | DELINEAMENTO DA PESQUISA..... | 33 |
| 3.2 | POPULAÇÃO DE ESTUDO | 33 |
| 3.3 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO..... | 33 |
| 3.4 | RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO..... | 33 |
| 3.5 | TÉCNICAS E CLASSIFICAÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS | 34 |
| 3.5.1 | Técnicas de medidas antropométricas e classificação do estado nutricional | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5.1.1 Menores de 2 anos | 34 |
| 3.5.1.2 Maiores de 2 anos | 35 |
| 3.6 LEVANTAMENTO DE DADOS | 35 |
| 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 36 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 37 |
| 4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO | 37 |
| 4.2 ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DO CONSUMO DE ALIMENTOS POR CICLOS DA VIDA | 38 |
| 4.2.1 Crianças | 38 |
| 4.2.2 Adolescentes..... | 45 |
| 4.2.3 Adultos | 47 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 51 |
| REFERÊNCIAS..... | 52 |
| APÊNDICE A- PROGRAMAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA..... | 63 |
| ANEXO A- MODELO DO MAPA DE ACOMPANHAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA..... | 65 |
| ANEXO B | 66 |
| Tabela - Pontos de corte de peso para idade, peso para estatura, IMC e estatura para idade para a classificação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos. | 66 |
| Tabela - Pontos de corte de IMC e estatura para idade para a classificação do estado nutricional de adolescentes..... | 66 |
| Tabela - Pontos de corte de IMC para a classificação do estado nutricional de adultos. | 66 |
| ANEXO C- FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DO SISVAN..... | 67 |
| ANEXO D- QUESTIONÁRIO DE CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE..... | 68 |
| ANEXO E- QUESTIONÁRIO DE CONSUMO ALIMENTAR DE INDIVÍDUOS MAIORES DE 5 ANOS DE IDADE..... | 69 |

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos o Brasil e diversos países da América Latina estão passando por um processo rápido de transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Durante esse processo o ponto mais marcante foi o aumento da prevalência de obesidade nos países latino-americanos (KAC e VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003). Segundo Tardido e Falcão (2006) esse aumento na prevalência de obesidade está relacionado com o conceito de transição nutricional que abrange todas as outras transições. Ainda de acordo com esses autores a transição nutricional corresponde às mudanças dos padrões nutricionais, modificações da dieta dos indivíduos devido às mudanças sociais, econômicas, demográficas e relacionadas à saúde.

Entretanto, mesmo com aumento do número de pessoas obesas na América Latina ainda encontra-se nessa população uma prevalência de 16% de déficit de crescimento em crianças menores de cinco anos devido à desnutrição. Ao mesmo tempo em que a desnutrição está associada com a baixa renda, de acordo com Drewnowski e Darmon (2005) o aumento das taxas de obesidade também estaria correlacionado com esse fator e com a baixa escolaridade.

Essa ligação da renda com dois estados nutricionais opostos na população mais pobre seria explicado pela privação de alimentos no caso da desnutrição, pela tendência de comprar e consumir alimentos mais refinados, ricos em açúcares e gorduras devido ao baixo preço desses se comparados com os mais saudáveis como frutas e verduras (DREWNOWSKI, 2003), fator contribuinte para o excesso de peso e a baixa qualidade da dieta ambos relacionados com doenças crônicas na vida adulta (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

Galván e Amigo (2007) referem à importância dos programas sociais na América Latina para modificar o estado nutricional dessa população, apoiando financeiramente e com informações os seus beneficiários, que se encontram em situação de vulnerabilidade e extrema pobreza. Tendo em vista esse papel dos programas sociais, o aumento da prevalência de obesidade e a relação do excesso de peso com o desenvolvimento de outras doenças crônicas o presente trabalho tem como objetivo descrever o estado nutricional e consumo de alimentos de beneficiários do Programa Bolsa Família em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre-RS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PROGRAMAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA

Assim como no Brasil, outros programas de transferência de renda condicionada (PTRC) no restante da América Latina e Caribe funcionam como instrumento para diminuir as desigualdades sociais que levam a pobreza e a fome em um curto prazo. O mais conhecido e antigo é o *Progresas* do México que iniciou em 1997, e atualmente recebe o nome de *Oportunidades* (SOARES et al., 2007; VILLATORO, 2007). No Apêndice-A estão descritos alguns dos programas existentes na América Latina. Entre esses programas, o *Bolsa Família* do Brasil e o *Oportunidades* do México são os de maiores orçamentos, mais de 2 bilhões de dólares por ano. Enquanto na Nicarágua, o menor programa, apresenta um orçamento de cerca de 6 milhões dólares por ano (HANDA e DAVIS, 2006). Esses orçamentos se refletem na quantidade de pessoas e famílias atendidas no número de ações e projetos por eles englobados.

O *Chile Solidario* conta com dois tipos de benefícios o *Aporte solidario*, ou *Bono de protección a la familia*, e o *Subsidio Único Familiar*. O *Bono* é uma transferência de renda condicionada para mulheres com permanência de até 2 anos (as contrapartidas variam e são estipuladas pelo assistente social); os valores pagos são decrescentes e variam de \$ 10500¹ pesos mensais durante os primeiros seis meses até \$ 3716¹ pesos mensais durante os últimos seis meses. Depois desse período as famílias passam a receber apenas o *Subsidio Único Familiar* que é semelhante a um benefício básico no valor de \$ 3716¹ pesos para retirar a família da situação de vulnerabilidade (SOARES et al., 2007).

¹ Valores referentes ao ano de 2003.

2.2 PROGRAMAS SOCIAIS NO BRASIL

2.2.1 As políticas de Alimentação e Nutrição e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)

As Políticas de Alimentação e Nutrição juntamente com a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) são estratégias importantes no combate à fome e as deficiências nutricionais apresentadas pela população, sobretudo para os indivíduos que possuem menor poder econômico e acesso restrito às demais políticas sociais.

A sociedade se preocupa com alimentação desde Antiguidade (BARROS e TARTAGLIA, 2003). Contudo, é após a 1ª Guerra Mundial, momento em que a Europa está devastada pela guerra e enfrentando os boicotes ou embargos econômicos de outros países devido a razões políticas ou militares, que essa preocupação aumenta e o alimento passa a ser um objeto ainda maior de estudo. Nessa conjectura surge o termo “Segurança Alimentar (SAN)” para denominar essa preocupação de governos e sociedade em relação ao abastecimento de alimentos para a população (VALENTE; BENVENUTO; ZETTERSTRÖM, 2002; VALENTE e VALENTE, 2002; PANELLI-MARTINS, 2007; BURITY et al., 2010; NASCIMENTO e ANDRADE, 2010). O conceito de SAN está em construção, ou seja, ele se modifica conforme avança a história e o momento em que a sociedade se encontra (BURITY et al., 2010).

Com intuito de solucionar as dificuldades de acesso aos alimentos enfrentados pelo mundo são criadas várias instituições científicas entre 1915 e 1935 na Europa, Ásia e América. No Brasil, em 1935 e 1937/38, são realizados os primeiros inquéritos alimentares por Josué de Castro, que forneceram um olhar da ciência e uma explicação para as condições precárias de alimentação e de vida de parte da população brasileira. O primeiro foi realizado em 1932 e publicado em 1935, com 500 famílias de Pernambuco, intitulado “Condições da vida das classes operárias no Recife”, e outro do mesmo autor, para o Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro, serviu como base para a lei do salário mínimo de 1940 (L'ABBATE, 1988).

Ainda considerando esse contexto após 1ª Grande Guerra e os inquéritos realizados por Josué de Castro, é instituído pelo Decreto-Lei Nº 2.478 - de 5 de agosto de 1940 o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), marco inicial para a política de

alimentação no Brasil, extinto em 1967. O SAPS foi criado com a finalidade de “[...] assegurar condições favoráveis e higiênicas à alimentação dos segurados dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões [...]” e “Para propiciar aos trabalhadores alimentação adequada e barata [...]” (BRASIL, 1940).

Depois da instituição do SAPS e até o início da década de 1970, diversas instituições tiveram sua participação no desenvolvimento e execução da política de alimentação no Brasil. Os objetivos dessas instituições eram semelhantes aos do SAPS.

Em 1950 ocorre no Rio de Janeiro a Conferência Latino Americana de Nutrição comandada pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO). Dessa reunião resulta a recomendação de que os países da América Latina tenham “políticas e programas adequados de nutrição”. Entre alguns dos pontos imprescindíveis desses programas estariam: a avaliação do estado nutricional, o cuidado com alimentação de gestantes, nutrízes e crianças, e o desenvolvimento de Programas de Nutrição nos Departamentos de Saúde Pública (L'ABBATE, 1988). Essa recomendação da FAO ocorre em um período em que os países estão divididos entre o socialismo e o capitalismo, com a intenção de evitar que os países pobres apoiem o socialismo e escoar os excedentes agrícolas dos Estados Unidos. Com isso, a Organização das Nações Unidas (ONU), a FAO e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) passam a estabelecer programas sociais de auxílio técnico a agricultura e alimentar. Com intuito de expandir esses programas e evitar que os países latinos americanos se juntem à Revolução Cubana, movimento em Cuba que torna o país socialista, o Congresso Americano aprova em 1954 a “Lei do Alimento para a Paz”, que destina alimentos para esses países (L'ABBATE, 1988; BONFIM, 2000).

A política social e econômica no Brasil de 1975 a 1979 é definida a partir do II Plano de Desenvolvimento Nacional (II PND), promulgado no final de 1974. Ao contrário do IPND, o II trata a política social como parte do processo de desenvolvimento e não como proveniente apenas do crescimento econômico do país (L'ABBATE, 1989). Ainda no decorrer dessa década, a questão da alimentação e da SAN está atrelada a capacidade de produção agrícola de cada país, ou seja, continua centrada apenas no alimento sem levar em consideração o fator humano. Devido a esse conceito de SAN, com a escassez de alimentos, ocorreu o fortalecimento e dispersão das ideias da indústria química que defendia a Revolução Verde. Essa Revolução era um movimento que prometia sanar o problema da falta de alimentos no mundo através da criação de novas sementes e práticas agrícolas, permitindo assim um vasto aumento da produção agrícola em países menos desenvolvidos durante as décadas de 60 e 70 (BURITY et al., 2010). Nesse momento ocorre a 1ª Conferência Mundial de Segurança

Alimentar organizada pela FAO em 1974, na qual é referendada a ligação da segurança alimentar e a produção agrícola (MALUF e MENEZES, 2000; VALENTE et al., 2002; DEVES e FILIPPI, 2008; NASCIMENTO e ANDRADE, 2010).

Nesse período há um grande aumento dos recursos públicos (754,8% em termos reais de 1963-1977) para as Políticas Sociais, demonstrando a importância que elas passaram a ter no Brasil. Desse cenário favorável à política social advém à criação do Conselho de Desenvolvimento Social, que permitiria a articulação de ações e planejamento sociais independentes do Conselho de Desenvolvimento Econômico (L'ABBATE, 1989).

Dentro das Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil na década de 70 destaca-se o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), instituído pela Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976 e regulamentado pelo Decreto nº 5, de 14 de janeiro de 1991. O PAT tem como objetivo “melhorar as condições de saúde do trabalhador, aumentar a produtividade no trabalho e reduzir os índices de absenteísmo e de acidentes de trabalho” (L'ABBATE, 1989). Como incentivo para implementação do PAT, as empresas podem deduzir “5% (cinco por cento) e cumulativamente com a dedução de que trata a Lei nº. 6.297, de 15 de dezembro de 1975, a 10% (dez por cento) do lucro tributável” (L'ABBATE, 1989).

Nos anos 80, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, criado em 1972, segue realizando as ações de assistência alimentar e nutricional, com ênfase para os Programas de Prevenção e Combate a Carências Nutricionais Específicas (PCCNE), o Programa de Suplementação Alimentar (PSA) e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) (PESSANHA, 2004).

No PCCNE incluiu-se a prevenção e tratamento do bócio endêmico, hipovitaminose A, anemia ferropriva e cárie dental. O bócio endêmico foi combatido com a adição, a partir de 1975, de iodo ao sal de cozinha, processo até hoje utilizado no Brasil. Em relação à hipovitaminose A, ocorreu à utilização oral de cápsulas de vitamina A e até vacinas contra a poliomielite com a vitamina. A anemia ferropriva passou a ser combatida com a distribuição de cápsulas de sulfato ferroso para população (SILVA, 1995).

O PNIAM teve início em 1981 e apoio da UNICEF. Segundo esse programa o estímulo ao aleitamento materno ocorreria pela valorização social, difusão de conhecimentos sobre práticas de amamentação e orientação às instituições prestadoras de serviços de saúde na assistência à nutriz. No entanto, a partir de 1985 o PNIAM começa a perder força de atuação no território nacional (SILVA, 1995).

O PSA é o novo nome dado a partir de 1985 ao Programa de Nutrição em Saúde. Mesmo com a troca de denominação, os objetivos de suplementação e população alvo do

programa não se alteram (SILVA, 1995). Neste mesmo ano ainda acontece à elaboração de um documento “Segurança Alimentar” – proposta de uma política de combate à fome no âmbito do Ministério da Agricultura. Mesmo tratando-se de uma discussão mais técnica e até teórica sobre SAN, ele é importante por atribuir uma ênfase mais social e não apenas econômica à questão (NASCIMENTO e ANDRADE, 2010).

Na I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, que aconteceu acoplada à VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, surge a concepção do conceito de SAN como:

A garantia, a todos, de condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas, com base em práticas alimentares que possibilitem a saudável reprodução do organismo humano, contribuindo, assim, para uma existência digna (BURITY et al., 2010).

No início da década de 90 o país passa por uma crise de recursos, pós Governo Collor, que acaba modificando todo setor político, inclusive os programas de alimentação e nutrição, desconectando o Estado da responsabilidade pela execução das ações sociais (BARROS e TARTAGLIA, 2003).

Em 1993, a sociedade volta a se mobilizar em torno da discussão sobre alimentação no movimento conhecido como Ação da Cidadania contra a Miséria e a Fome e pela Vida, encabeçada pelo sociólogo Herbert de Souza (conhecido também como Betinho). Essa ação arrecadava e distribuía alimentos, na forma de cestas básicas, às populações carentes (BARROS e TARTAGLIA, 2003).

Além disso, em 1993 é criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), formado por oito Ministros de Estado (Saúde, Educação, Bem Estar Social, Trabalho, Fazenda, Planejamento, Agricultura e Secretaria Geral da Presidência da República) e por 21 cidadãos brasileiros representando diversos segmentos da sociedade (PELIANO e BEGHIN, 1993). O CONSEA sobrevive até 1995, extinto devido a problemas orçamentários, sendo retomado em 2003. Essa primeira experiência do CONSEA teve como ação mais marcante a realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar em Brasília, em 1994 (CONSEA, 2009).

Mesmo com essas definições e entendimentos sobre a SAN, o termo Segurança Alimentar e Nutricional ainda não era muito conhecido, passando a ser vinculado com mais força depois da Cúpula Mundial da Alimentação, realizada em Roma, em 1996 e organizada pela FAO (BURITY et al., 2010). A Cúpula também representou um passo importante para a

construção da SAN no Brasil, pois nesse evento estiveram presentes os chefes de estado de diversos países, entre eles o Brasil, e assumem o compromisso de garantir a segurança alimentar (a nível individual, familiar, nacional, regional e mundial), reduzindo até 2015 a metade do número de pessoas desnutridas e em risco nutricional no seu país (FAO, 1996).

O Brasil, com intuito de cumprir o compromisso assumido durante a Cúpula Mundial da Alimentação, aprova, através do Ministério da Saúde, em 10 de junho de 1999, pela Portaria nº 710, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN. O documento de formulação dessa Política de Alimentação traz um breve diagnóstico da situação alimentar e nutricional do Brasil, a base conceitual da política estabelecida, os propósitos e as diretrizes da PNAN. O propósito da PNAN é “a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos” (BRASIL, 2003a).

Para nortear e garantir a obtenção do objetivo dessa Política foram definidas as seguintes diretrizes:

1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2003a).

Durante a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em março de 2004 na cidade Olinda (PE), surge à proposta da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). Na LOSAN está prevista a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que ocorre com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, e tem como objetivo garantir o direito humano à alimentação adequada (DHAA). O direito humano à alimentação adequada está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Artigo XXV - 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em

caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948).

Com aprovação da Lei nº 11.346 a SAN passa a estar cada vez mais atrelada ao conceito do DHAA, como podemos observar nos artigos 3º e 4º da lei de criação do SISAN:

Art. 3º A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Art. 4º A segurança alimentar e nutricional abrange:

I – a ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, em especial da agricultura tradicional e familiar, do processamento, da industrialização, da comercialização, incluindo-se os acordos internacionais, do abastecimento e da distribuição dos alimentos, incluindo-se a água, bem como da geração de emprego e da redistribuição da renda;

II – a conservação da biodiversidade e a utilização sustentável dos recursos;

III – a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social;

IV – a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população;

V – a produção de conhecimento e o acesso à informação;

VI – a implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se as múltiplas características culturais do País (BRASIL, 2006).

Outra fato que confirma a ligação inseparável da SAN e do DHAA é a aprovação da emenda Constitucional nº 64, de 4 de Fevereiro de 2010 pelo Congresso brasileiro que inclui no Art. 6º da constituição federal do nosso país o direito a alimentação: "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, 2010a).

2.2.2 Programas de Renda Mínima

No Brasil e em grande parte da América Latina adotou-se inicialmente o modelo de sistema de proteção social contributivo e excludente baseado nos moldes das sociedades

europeias. Em 1975, surge no Brasil, através da previdência social, uma política de renda mínima chamada de Benefício de Prestação Continuada (BPC). Por meio dessa política era concedido $\frac{1}{2}$ salário mínimo para idosos com mais de 70 anos e indivíduos portadores de invalidez que não fossem pensionistas ou aposentados (DINIZ, 2007).

A adoção do BPC no país representou a continuidade do padrão excludente, pois esse benefício não favorecia a maioria dos desprovidos e nem reconhecia ou associava a situação de vulnerabilidade dessa população à pobreza por eles vivenciada. A Constituição de 1988 começa a alterar o modelo até então vigente, nivelando o status de assistência social às outras políticas sociais (educação, saúde, previdência) (SOARES e SÁTYRO, 2009). Além disso, essa constituição passa a reconhecer a existência da pobreza no Brasil, alterando a renda do BPC para um salário mínimo para os idosos e os portadores de deficiência em situação de extrema pobreza (renda familiar *per capita* menor de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo) (IPEA, 2010).

Apesar da política da renda mínima não ser novidade no cenário político brasileiro, é a partir da década de 1990 que essa política passa a ser utilizada na área social, com intuito de diminuir a fome e a pobreza no país (DINIZ, 2007). Nesta concepção o senador Eduardo Suplicy propôs, mas não foi aprovado, o projeto de Lei nº 256 de 1991, em que todos os brasileiros com idade igual ou superior a 25 anos e rendimentos de até 45.000,00 cruzeiros ou 2,5 vezes o salário mínimo vigente na época (R\$ 158,45²) teriam direito a uma renda mínima igual a 30% da diferença entre seus rendimentos e o limite de 45.000,00 cruzeiros (SOARES e SÁTYRO, 2009; SUPPLICY, 2009). Esse projeto de lei mesmo não aprovado, na verdade nunca chegou a ser votado pela Câmara dos deputados, serviu para inflamar o debate político sobre um sistema de proteção social baseada no grau de pobreza dos indivíduos (IPEA, 2010).

No primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) de 1995 a 1998 os programas sociais saem do foco do governo que passa a priorizar a estabilização da economia com o Plano Real para combater a miséria e a pobreza no Brasil (ZIMMERMANN, 2006). Entretanto, em nível municipal, a partir de 1995 em Campinas, Ribeirão Preto e Brasília ocorreram avanços na construção de uma política social com a introdução de Programas de Garantia de Renda Mínima (PGRM) voltados para crianças menores de 14 anos que estivessem frequentando a escola. Os critérios de renda para entrar nesses programas e os valores dos benefícios variavam conforme o município. Por exemplo, em Brasília a linha de elegibilidade era de R\$ 60,00 *per capita* e o benefício de um salário mínimo por família, já em Campinas a linha era de R\$ 35,00 *per capita* e o benefício era de R\$ 117,00 (SOARES e

² Valor referente a janeiro de 2007.

SÁTYRO, 2009). Apesar de esses programas receberem a denominação de renda mínima eles são na verdade PTRC, pois exigem uma contrapartida dos beneficiários, como exemplo a frequência escolar, enquanto o PGRM utiliza apenas o critério de renda (IPEA, 2010).

Em seu segundo período de governo (1999-2002), FHC procurou estabelecer uma política mais voltada ao resgate da SAN, criando a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que discute a SAN no contexto da saúde. Mesmo discutindo a segurança alimentar na conjectura da saúde, a PNAN tem impacto também sobre a educação, pois em decorrência dessa política são instituídos programas de benefícios para famílias pobres que incentivam o acesso a educação e a da saúde, observados no quadro 1. No ano de 2001, o PGRM passa por uma reestruturação e recebe o nome de Programa Bolsa Escola, sendo vinculado ao Ministério da Educação. Neste mesmo ano ainda foram lançados os Programas Agente Jovem e Bolsa Alimentação, ligados ao Ministério da Saúde e no ano seguinte o Programa Auxílio Gás, vinculado ao Ministério das Minas e Energia (ZIMMERMANN, 2006).

O governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2010) teve como objetivo inicial a implementação do Programa Fome Zero, vinculado ao recém-criado Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA), que após um ano de funcionamento passou por uma fusão com o Ministério da Assistência Social, criando o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Para o MDS foram transferidas as competências do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, do Ministério da Assistência Social e da Secretaria-Executiva do Programa Bolsa Família (ZIMMERMANN, 2006).

| Programa | Finalidade | Público- Alvo | Benefício | Ano de Criação | Legislação |
|---|--|--|--|--|---|
| Renda Mensal Vitalícia | Assegurar às pessoas com 70 anos ou mais e às pessoas com invalidez o benefício à renda mensal vitalícia instituída pela Lei 6.179/74. | Pessoa com 70 anos ou mais e pessoa com invalidez, desde que tenha contribuído com a Previdência, no mínimo por 12 meses ou tenha exercido atividade remunerada anteriormente não coberta pela Previdência Social, por mais de 5 anos. | 1 salário mínimo mensal. | 1974 – extinto desde 1/1/1996, quando entrou em vigor a concessão do BPC. No entanto, os benefícios foram mantidos com base no pressuposto do direito adquirido. | <ul style="list-style-type: none"> • Lei nº 6.179, de 11/12/1974; • Lei nº 8.742, de 7/12/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS). |
| Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) | Retirar crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos da prática do trabalho precoce, exceto na condição de aprendiz a partir de 14 anos. | Crianças e adolescentes com idade inferior a 16 (dezesseis) anos em situação de trabalho, exceto na condição de aprendiz a partir de 14 anos. | Famílias na área urbana: R\$ 40,00 mensais por criança/adolescente Famílias na área rural: R\$ 25,00 mensal por crianças/adolescente. | 1997 | <ul style="list-style-type: none"> • Arts. 203 e 204, CF/88; • Lei nº 8.742, de 7/12/1993; • Lei nº 8.069, de 13/07/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente). • Portaria nº 458, de 4/10/2001; • Portaria nº 666, de 28/12/05 (Integração PETI/Bolsa Família). |
| Agente Jovem | Resgatar jovens em situação de risco social, objetivando sua reinserção no sistema educacional e sua iniciação no mercado de trabalho e favorecendo a transformação social de sua comunidade. | Jovens de 15 a 17 anos de idade em situação de vulnerabilidade social. | Benefício mensal de R\$ 65,00. | 2001 ¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Arts. 203 e 204, CF/88; • Lei nº 8.742, de 7/12/1993; • Portaria nº 879, de 3/12/2001. |
| Bolsa Escola | Garantir renda mínima a famílias carentes que tenham filhos entre seis e quinze anos matriculados e frequentando o ensino fundamental contribuindo para a redução da repetência e da evasão escolar. | Famílias com renda mensal <i>per capita</i> de até R\$ 90,00 e com crianças e/ou adolescentes em idade escolar, entre 7 e 15 anos. | Benefício mensal de R\$ 15,00 por cada criança/adolescente, limitado a três benefícios por família (R\$ 45,00). | 2001 | <ul style="list-style-type: none"> • Art. 227 e Emenda Constitucional 31, de 13/12/2000 da CF/88; • Lei nº 8.069, de 13/07/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente); • Lei 10.219, de 12/04/2001; • Decreto nº 38, de 28/05/2001. |
| Bolsa Alimentação | Combater a desnutrição e promover as condições de saúde de crianças, gestantes e nutrízes. | Famílias com renda mensal <i>per capita</i> de até R\$ 90,00 com presença de gestantes, nutrízes e crianças ente 0 e 6 anos e onze meses de idade. | Benefício mensal de R\$ 15,00 por cada criança, limitado a três benefícios por família (R\$ 45,00). | 2001 | <ul style="list-style-type: none"> • Medida Provisória nº 2.206, de 10/08/2001; • Portaria nº 1.770, de 20/09/2001; • Decreto nº 3.934, de 20/09/2001. |
| Auxílio Gás | Subsidiar o preço do gás liquefeito de petróleo - GLP (gás de cozinha) às famílias de baixa renda. | Família com renda mensal <i>per capita</i> até meio salário mínimo e que é integrante do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal ou é beneficiária do programa “Bolsa Escola” ou “Bolsa Alimentação”. | Benefício de R\$ 15,00 a cada dois meses para a família. | 2002 | <ul style="list-style-type: none"> • Lei nº 10.453, de 13/05/2002; • Decreto nº 4.102, de 24/01/2002; • Decreto nº 6.392, de 12/03/2008. |
| Programa Cartão Alimentação (PCA) | Fornecimento de recursos financeiros que devem ser utilizados na compra de alimentos, visando melhoria na qualidade de vida da comunidade. | Família com renda familiar <i>per capita</i> de até meio salário mínimo | Benefício de R\$50,00/ mensal pago à família. | 2003 | <ul style="list-style-type: none"> • Lei nº 10.689, de 13/6/2003; • Decreto nº 4.675, de 16/04/2003. |
| Bolsa Família (PBF) | Melhorar as condições socioeconômicas das famílias pobres e extremamente pobres por meio de transferência direta de renda. | Famílias em situação de pobreza com renda <i>per capita</i> mensal de R\$ 60,00 a 120,00 e extrema pobreza com renda <i>per capita</i> mensal de até R\$ R\$ 60,00. | Benefício mensal básico de R\$ 58,00 e variáveis de R\$ 18,00, limitado a três benefícios por família ² . | 2003 | <ul style="list-style-type: none"> • Lei nº 10.836, de 9/1/ 2004 • Decreto nº 5.209, de 17/09/2004; • Decreto nº 6.135, de 26/06/2007 • Decreto nº 6.157, de 16/07/2007; • Decreto nº 5.749, de 11/04/2006. |

Quadro 1- Programas de Transferência de Renda no Brasil.

1. Data referente à criação de uma ação orçamentária própria.

2. Não inclui o Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, de R\$ 30,00 (trinta reais), pago a todas as famílias do PBF que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola, uma vez que o seu pagamento só passou a vigorar em 2008 (Medida Provisória nº. 411, de 28 de dezembro de 2007), portanto, fora do recorte do relatório.

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Financiamento da Assistência Social no Brasil. Caderno SUAS, ano 3, nº 3, Brasília: 2008.30 p.

O Programa Fome Zero foi criado para combater a fome e a miséria no contexto da garantia do DHAA promovendo a segurança alimentar e nutricional no Brasil (MDS, 2011). Esse programa é articulado sobre quatro eixos: acesso aos alimentos, fortalecimento da agricultura familiar, geração de renda e articulação, mobilização e controle social. Dentro de cada eixo desses são definidas ações e outros programas para que se atinja o objetivo do Fome Zero.

Entre as diversas ações e programas do eixo de acesso à alimentação destacam-se:

- *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)*: ação da atenção básica à saúde que tem o objetivo de sistematizar o monitoramento do estado nutricional, formando indicadores para avaliação de políticas públicas do sistema único de saúde.
- *Distribuição de vitamina A (Vitamina A+)*: prevenção e/ou controle da deficiência de vitamina A, voltado para crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato, pertencentes às áreas endêmicas, como Região Nordeste, Vale do Jequitinhonha e Mucuri em Minas Gerais.
- *Distribuição de ferro (Saúde de Ferro)*: prevenção e/ou controle da anemia por deficiência de ferro nos grupos mais vulneráveis (crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto).
- *Alimentação do trabalhador (PAT)*.

No fortalecimento da agricultura familiar ressalta-se:

- *Garantia-Safra*: benefício concedido durante seis meses para agricultores da região semiárida brasileira durante o período de seca.
- *Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar*: incentiva a produção de alimentos pela agricultura familiar, permitindo a compra, a formação de estoques e a distribuição de alimentos para pessoas em situação de insegurança alimentar. Os produtos também são distribuídos na merenda escolar de crianças, em hospitais e entidades beneficentes.

Em relação ao eixo da articulação, mobilização e controle social evidenciassem as seguintes ações:

- *Casa das Famílias – Centro de Referência de Assistência Social*: prestam atendimento socioassistencial, articulam os serviços disponíveis em cada localidade, potencializando, coordenando e organizando a rede de proteção social básica.
- *Parcerias com empresas e entidades*;
- *Controle social* – conselhos da área social;

Por último no eixo da geração de renda enfatizasse as ações abaixo:

- *Qualificação social e profissional;*
- *Desenvolvimento de cooperativas de catadores:* apoia a organização sustentável e o desenvolvimento de cooperativas, em especial as de catadores, para triagem e beneficiamento do lixo, em consonância com novo modelo de tratamento integrado de resíduos e a erradicação dos lixões (FOME ZERO, 2011).

Uma das principais ações do Fome Zero foi a implementação do Programa Cartão Alimentação (PCA), que no final do ano 2003 foi substituído, pelo Programa Bolsa Família (PBF). O PCA tinha como meta principal o combate à fome e à promoção da SAN, e representou uma ação emergencial para acolher os antigos beneficiários do Programa Bolsa-Renda³. Para atingir essas metas as famílias recebiam um cartão magnético para efetuarem saques de até R\$ 50,00 por família à população com renda inferior a meio salário mínimo *per capita* (BRASIL, 2003b; PASQUIM e SANTOS, 2007).

2.2.3 Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa família foi criado pela Lei nº 10.836/04. A intenção inicial desse programa era centralizar os diversos programas de transferência de renda existentes. Assim através da sua lei de criação o PBF juntou o Bolsa Escola, o Programa Nacional de Acesso à Alimentação, o Bolsa Alimentação, o Auxílio-Gás (Quadro1) utilizando o Cadastro Único do Governo Federal como referência (DINIZ, 2007).

O PBF está pautado sobre três linhas: a transferência de renda, condicionalidades e programas complementares. Essas linhas possibilitam a redução imediata da pobreza através da transferência de renda; da mesma forma, as condicionalidades da área da educação, saúde e assistência social e os programas complementares ampliam o acesso e o exercício de direitos básicos, que na maioria das vezes não estão disponíveis para a população mais carente, facilitando a superação da condição de vulnerabilidade. Os programas complementares

³ Programa Bolsa-Renda era um recursos financeiro no valor de até R\$ 60,00 reais mensais destinado aos agricultores familiares atingidos pelos efeitos da estiagem nos Municípios com reconhecimento de estado de calamidade pública ou de situação de emergência pelo Governo Federal, mediante portaria do Ministro de Estado da Integração Nacional (BRASIL, 2002).

abrangem ações relacionadas à educação como alfabetização, qualificação e inclusão no mercado de trabalho, questões habitacionais e culturais (MDS, 2011).

A gestão do PBF é descentralizada, assim a União, estados, Distrito Federal e municípios compartilham a responsabilidade e as decisões sobre o curso que o programa terá em cada Estado, cidade e município brasileiro. Tendo em vista isto, o governo criou um instrumento para medir a qualidade de gestão do Bolsa Família em níveis estadual e municipal com a finalidade de equiparar a qualidade de atendimento em todo território nacional, Trata-se do Índice de Gestão Descentralizada (IGD). O IGD varia entre zero e 1, de acordo com o valor desse indicador o MDS pode repassar mais ou menos dinheiro para os estados e municípios, ou seja, quanto mais elevado o IGD maior será o recurso repassado. Esse índice é formado por quatro variáveis:

- qualidade e a veracidade das informações constantes no Cadastro Único;
- atualização da base de dados do Cadastro Único;
- informações sobre o cumprimento das condicionalidades na área de Educação;
- informações sobre o cumprimento das condicionalidades na área de Saúde (MONNERAT et al., 2007; MDS, 2011).

2.2.3.1 Benefícios

Para participar do programa as famílias devem obrigatoriamente se cadastrar no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal (CadÚnico), que é instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda (BRASIL, 2007a). Após o cadastramento e o início da concessão do benefício as famílias podem receber pela Caixa Econômica Federal de R\$ 70 a R\$ 306,00 (valores referentes a outubro de 2011), de acordo com a renda mensal da família por pessoa e com o número de crianças e adolescentes de até 17 anos. Os valores concedidos são estipulados segundo quatro tipos de benefícios, esses valores e como são realizados os cálculos referentes a cada benefício pago as famílias inscritas no programa estão melhores descritos na tabela 1:

- Benefício Básico para famílias consideradas extremamente pobres (renda mensal de até R\$ 70 por pessoa);

- Benefício Variável para famílias pobres que tenham criança ou adolescentes até 15 anos, gestantes ou nutrizes (após o pagamento de 6 parcelas do benefício variável nutriz, é concedido um novo variável para a criança com até 15 anos) no valor de R\$ 32,00 por pessoa (limitado a cinco pessoas por família incluindo gestantes, nutrizes e crianças);
- Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ) de 16 e 17 anos frequentando a escola equivalente a R\$ 38 por adolescente;
- Benefício Variável de caráter extraordinário concedido às famílias nos casos em que a migração dos Programas Auxílio-Gás, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação para o Bolsa Família causaram perdas financeiras (MDS, 2011).

Tabela 1 - Composição dos valores de benefícios do Programa Bolsa Família, divididos conforme o número de beneficiários e a renda *per capita* mínima de cada um (valores referentes ao mês de abril de 2011).

| Número de gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de até 15 anos | Número de jovens de 16 e 17 anos | Famílias com renda familiar mensal de até R\$ 70 | | Famílias com renda familiar mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa | |
|---|----------------------------------|--|--------------------|---|--------------------|
| | | Tipo de benefício | Valor do benefício | Tipo de benefício | Valor do benefício |
| 0 | 0 | Básico | R\$ 70,00 | Não recebe benefício básico | - |
| 1 | 0 | Básico + 1 variável | R\$ 102,00 | 1 variável | R\$ 32,00 |
| 2 | 0 | Básico + 2 variáveis | R\$ 134,00 | 2 variáveis | R\$ 64,00 |
| 3 | 0 | Básico + 3 variáveis | R\$ 166,00 | 3 variáveis | R\$ 96,00 |
| 4 | 0 | Básico + 4 variáveis | R\$ 198,00 | 4 variáveis | R\$ 128,00 |
| 5 | 0 | Básico + 5 variáveis | R\$ 230,00 | 5 variáveis | R\$ 160,00 |
| 0 | 1 | Básico + 1 BVJ* | R\$ 108,00 | 1 BVJ* | R\$ 38,00 |
| 1 | 1 | Básico + 1 variável + 1 BVJ* | R\$ 140,00 | 1 variável + 1 BVJ* | R\$ 70,00 |
| 2 | 1 | Básico + 2 variáveis + 1 BVJ* | R\$ 172,00 | 2 variáveis + 1 BVJ* | R\$ 102,00 |
| 3 | 1 | Básico + 3 variáveis + 1 BVJ* | R\$ 204,00 | 3 variáveis + 1 BVJ* | R\$ 134,00 |
| 4 | 1 | Básico + 4 variáveis + 1 BVJ* | R\$ 236,00 | 4 variáveis + 1 BVJ* | R\$ 166,00 |
| 5 | 1 | Básico + 5 variáveis + 1 BVJ* | R\$ 268,00 | 5 variáveis + 1 BVJ* | R\$ 198,00 |
| 0 | 2 | Básico + 2 BVJ* | R\$ 146,00 | 2 BVJ* | R\$ 76,00 |
| 1 | 2 | Básico + 1 variável + 2 BVJ* | R\$ 178,00 | 1 variável + 2 BVJ* | R\$ 108,00 |
| 2 | 2 | Básico + 2 variáveis + 2 BVJ* | R\$ 210,00 | 2 variáveis + 2 BVJ* | R\$ 140,00 |
| 3 | 2 | Básico + 3 variáveis + 2 BVJ* | R\$ 242,00 | 3 variáveis + 2 BVJ* | R\$ 172,00 |
| 4 | 2 | Básico + 4 variáveis + 2 BVJ* | R\$ 274,00 | 4 variáveis + 2 BVJ* | R\$ 204,00 |
| 5 | 2 | Básico + 5 variáveis + 2 BVJ* | R\$ 306,00 | 5 variáveis + 2 BVJ* | R\$ 236,00 |

*BVJ = Benefício Variável Vinculado ao Adolescente
Fonte: MDS, 2011.

Dados do último censo (IBGE, 2011) revelam que a população brasileira ultrapassa os 190 milhões de habitantes, destes mais de 22 milhões são considerados de baixa renda, ou seja, tem renda familiar *per capita* de até ½ salário mínimo mensal (R\$ 232,50 valor referente a outubro de 2011). Entre a população considerada de baixa renda mais de 19 milhões são cadastrados no Cadastro Único, sendo que dentre esses inscritos no CadÚnico 17 milhões têm renda *per capita* mensal de até R\$ 140,00 (MDS, 2011).

No ano de 2004, mais precisamente em janeiro, quando iniciou o Programa Bolsa Família eram atendidas 3,62 milhões de famílias e em dezembro do mesmo ano já eram 6,57 milhões de famílias. Atualmente, fazem parte do programa mais de 13 milhões de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza em todo Brasil, sendo que dessas 439,33 mil localizam-se no estado do Rio Grande do Sul (36,71 mil somente na capital, Porto Alegre) (MDS, 2011).

2.2.3.2 Contrapartidas dos beneficiários do PBF

O recebimento do benefício e a permanência no programa das famílias beneficiárias depende do cumprimento de contrapartidas denominadas pelo PBF como condicionalidades, divididas em três áreas saúde, educação e assistência social.

As contrapartidas da área da educação e assistência social:

- Frequência escolar mensal mínima de 85% para estudantes entre 6-15 anos e de 75% para aqueles entre 16-17 anos;

- A criança ou adolescente que fizer parte do PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) também deverá cumprir condicionalidade na área assistência social, que seria participar com frequência mínima mensal de 85% dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos do PETI;

As contrapartidas da área da saúde são:

- Consultas médicas para mulheres em idade fértil (14 a 44 anos) e pré-natal para gestantes;

- Manter o cartão de vacinas atualizado das crianças menores de 7 anos (MDS, 2011).

2.2.4 Impactos dos Programas Sociais

2.2.4.1 Escolaridade

Segundo Bourguignon, Ferreira e Leite (2002) apud Tavares (2010) o PBF tem a capacidade de elevar a frequência escolar das crianças beneficiárias. Esse aumento seria em até 3,6% se comparadas com as que não recebem o benefício (SOARES et al., 2007). Esta eficácia do programa sobre a escolaridade estaria relacionada com o fato de o PBF ocupar o primeiro lugar entre os PTRC existentes na oferta de incentivos a manutenção das crianças na escola. O Bolsa Família também tem um impacto positivo sobre a taxa de matrícula escolar das crianças e adolescentes das famílias participantes aumentando em 5,5% em escolas de 1ª a 4ª série e em 6,5% em escolas de 5ª a 8ª série. Esse impacto ainda pode ser percebido na diminuição da evasão escolar em 0,5% (1ª a 4ª série) e 0,4% (5ª a 8ª série), e na elevação das taxas de aprovação em 0,9% de 1ª a 4ª série e 0,3% de 5ª a 8ª série (GLEWWE e KASSOUF, 2008).

Pedrozo (2007), que avaliou o impacto do PBF a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 2004, também encontrou resultados que ratificam o impacto positivo desse programa sobre a frequência escolar das crianças de famílias beneficiárias, 91,2% das crianças que não estudavam voltariam a frequentar a escola e entre as essas e estudam 64,4% delas prefeririam ter dedicação exclusiva aos estudos ao invés de trabalhar. Ainda segundo esse autor os efeitos sobre a evasão escolar para crianças extremamente carentes seria um pouco menor (6,4%) se comparadas com outras também favorecidas pelo PBF.

No México, o *Progres/Oportunidades*, obteve resultados semelhantes aos do Bolsa Família em relação à frequência e evasão escolar demonstrando a importância desse tipo de programa para manutenção e retorno das crianças e adolescentes aos estudos (BEHRMAN e HODDINOTT, 2005). Um estudo caso-controle envolvendo 500 famílias beneficiadas pelo programa mexicano confirma o impacto dele sobre os percentuais de matrículas escolares, a cada um dólar investido nesse programa ocorre um aumento de até oito vezes nas taxas de matrículas escolares se compararmos com outros programas do mesmo país (DE JANVRY e SADOULET, 2006).

Ainda em relação aos efeitos dos PTRC na América Latina encontramos um aumento na frequência escolar de 30% na Nicarágua, na Colômbia de até 5% para área rural e 13% na urbana. Já as taxas de matrículas subiram 22% na Nicarágua entre os 7 e 13 anos de idade (LOMELI, 2008).

2.2.4.2 Desigualdade social

O coeficiente Gini é uma medida utilizada em diversos países para estabelecer um nível de desigualdade entre as nações mais pobres e as mais ricas. O Gini varia de zero a 1, sendo que o número 1 representaria uma sociedade totalmente desigual (PINTO, 2009).

Durante o período 2001 a 2006 esse índice caiu 3,45 pontos no Brasil, que corresponde a uma queda na desigualdade de 1,2% ao ano (PINTO, 2009). Ainda segundo dados do IPEA (2010) os PTRC tiveram um impacto de 21% na redução da desigualdade entre os anos de 1995-2004 e 20% entre 2004-2006.

Se compararmos o coeficiente Gini do Brasil com países desenvolvidos como Inglaterra, Holanda, Suécia, França, o nosso país apresenta a maior queda da desigualdade nos últimos anos (SOARES, 2008). Ainda se compararmos o coeficiente Gini entre os países da América Latina, México e Chile que tem PTRC semelhantes ao do Brasil, a queda do coeficiente foi maior no Brasil em 2,8 pontos contra 2,7 pontos do México e quase zero do Chile (SOARES et al., 2007).

O PBF teve impacto positivo sobre a redução da desigualdade em virtude de ter grande parte dos seus recursos destinados à população mais pobre, 80% das transferências vão para os 23% mais pobres (SOARES et al., 2009). Rocha (2011) avaliou em seu estudo a cobertura do programa através da Pesquisa de Amostra de Domicílios dos anos de 2004 e 2005, 91,3% dos beneficiários do PBF recebem apenas esse benefício, ou seja, essa transferência de renda tem papel fundamental para sobrevivência econômica dessas famílias. O impacto dessa renda seria sobre a intensidade da pobreza e não sobre a proporção da população pobre devido ao pequeno valor recebido pelas famílias (ROCHA, 2008).

De acordo com o Instituto Pólis (2007) o valor do benefício corresponderia a quase 31% da renda familiar da população participante do programa. Dependendo da região brasileira essa porcentagem pode mudar, por exemplo, em São Paulo representa 21% da renda

das famílias mais pobres (FIGUEIREDO; TORRES; BICHIR, 2006) e em Recife 50% para famílias pobres e em 2 / 3 no caso de famílias indigentes (ZEPEDA, 2006).

O Programa Bolsa Família ainda tem um efeito positivo sobre a economia brasileira. Cada R\$ 1,00 gasto no programa o produto interno bruto (PIB) aumenta R\$1,44 e a renda das famílias em 2,25%. O PBF gera duas vezes mais benefícios econômicos se compararmos com o gerado pelo pagamento de juros sobre a dívida pública. Esse impulso positivo do PIB estaria relacionado ao fato das famílias mais carentes gastarem mais e em produtos nacionais (IPEA, 2011).

2.2.4.3 Alimentação

O PBF é relacionado com alimentação por 45,3% dos beneficiários (PINTO, 2009). Assim como tem um impacto positivo sobre a economia brasileira, o Bolsa Família também tem sobre o consumo de alimentos das famílias participantes (DUARTE; SAMPAIO; SAMPAIO, 2009).

Dos recursos oriundos do programa, 87% (no Nordeste chega a 91% enquanto no Sul a 73%) são gastos com alimentação e, em relação à renda familiar total, representa uma média de R\$ 200,00 mensais (56%) (IBASE, 2008). Pesquisa realizada com famílias de agricultores beneficiárias revela que elas investem em média, anualmente, R\$ 246,00 a mais na compra de alimentos, valor superior ao gasto das famílias não participantes que tem renda mensal *per capita* de até R\$ 100 (DUARTE; SAMPAIO; SAMPAIO, 2009). Já um estudo feito pelo Ministério do Desenvolvimento Social revela um gasto anual ainda maior com alimentos: as famílias em situação de extrema pobreza gastam R\$388,22/ano e as em situação de pobreza R\$278,12/ano (BRASIL, 2007b).

Diversos estudos têm demonstrado o impacto positivo do PBF sobre compras e aumento do consumo de alimentos. Pinto (2009) em pesquisa realizada no bairro de Manguinhos, no estado do Rio de Janeiro, com os responsáveis pelo benefício, 57,1% aumentaram a quantidade de alimentos depois da entrada no programa, 64,3% aumentaram a variedade e 50% passaram a fazer um número maior de refeições. Nessa mesma pesquisa ainda notou-se um aumento na compra de alimentos que as crianças gostam (75%). Silva et al. (2007) também atestou esse “bom resultado” sobre a qualidade e variedade da alimentação

das famílias: 85,6% melhoraram a qualidade de sua alimentação (89,4% entre os beneficiários da Região Sudeste e 93% entre aqueles da Região Norte) e quase todas as famílias tiveram melhora na variedade dos alimentos graças ao programa.

Em relação ao tipo de alimento consumido pelas famílias, estudo transversal com 5000 famílias brasileiras realizado por Lignani et al.(2011), aponta que metade da população aumentou o consumo de cereais, alimentos processados, carne, leite e laticínios, feijão e açúcar. Igualmente foi observado um aumento no consumo de frutas conforme cresce a renda, entretanto, mesmo com aumento, esse consumo corresponde a 30% da recomendação da Organização Mundial de Saúde de 400g/dia (WHO, 2003). Além disso, se dividirmos o país por regiões, na Nordeste ocorreu uma elevação no consumo de todos os grupos de alimentos, especialmente de gorduras, açúcar e café, efeito não percebido nas demais regiões.

2.2.4.4 Saúde

Em relação aos indicadores de saúde do Programa Bolsa Família, os impactos podem ser divididos em três pontos: estado nutricional, vacinação e acompanhamento pré-natal. Saibel e Birkner (2008) demonstraram que 77% dos beneficiários, das 236 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família na cidade de Canoinhas em Santa Catarina, notaram melhora da saúde da família após entrarem para o PBF.

Pereira et al. (2008) em estudo realizado com população dos municípios de Manari/PE, Setubinha/MG, Buritinópolis/GO e Ortigueira/PR evidenciou que as famílias beneficiadas pelo programa procuravam mais assistência à saúde nas unidades básicas se comparadas com as não beneficiárias. Essa diferença é de 8,4%, sendo que a maior parte dos atendimentos era para as crianças (42,9%) e a menor parte para os idosos (2,2%). Castiñeira, Nunes e Rungo (2009) confirmam o impacto do PBF na frequência da população aos serviços de saúde, sendo de 42,2% com diferença de até 18 pontos percentuais entre as regiões Norte, (56,3%) e Sul (38,3%) do país.

No México, o *Programa Oportunidades* demonstrou estar relacionado positivamente com aumento do número de visitas às unidades de saúde (2,09 visitas/dia) (GERTLER, 2004). Já em Honduras, *Programa de Asignación familiar*, a taxa de procura dos serviços de saúde sofreu elevação de 23% para crianças menores de um ano de idade e 42% para

crianças pré-escolares com idade entre um e cinco anos (MORRIS, 2004). Na Nicarágua, 19,5% das crianças menores de três anos passaram pelos centros de saúde nos últimos seis meses (MALUCCIO e FLORES, 2005).

2.2.4.5 Estado nutricional

As crianças beneficiadas pelo PBF têm menos chances de desnutrição (45%), se comparadas com de outros PTRC. Entretanto, quando se analisa essa chance por regiões brasileiras, no Nordeste é diferente, com a possibilidade de desnutrição nas crianças participantes do programa subindo para 4,8% em relação às não participantes. Isto estaria relacionado ao fato das crianças ingressantes no programa já apresentam pior perfil nutricional em relação às que não são atendidas pelo Bolsa Família na região. Em relação ao indicador de peso por idade na região Norte/Centro-Oeste também ocorre um impacto positivo de 314 gramas em relação às beneficiadas por outros programas governamentais. Em relação à estatura por idade (faixa etária de 6 a 60 meses) as crianças de famílias de menor renda *per capita* têm um impacto negativo no crescimento linear (BRASIL, 2007b).

O programa colombiano *Familias en Acción* (FA) também colabora positivamente para melhora do estado nutricional de crianças menores de 24 meses, sendo que para recém-nascidos das áreas urbanas ocorre um aumento de 580 gramas no peso. O FA ainda tem impacto sobre a altura das crianças participantes, que se traduzir em diminuição da probabilidade de desnutrição para essas crianças. No entanto, o programa não demonstrou impacto em relação às crianças moradoras de áreas rurais e maiores de 2 anos de idade (ATTANASIO et al., 2005).

Rivera et al. (2004) evidenciaram o impacto positivo do *Progressa/Oportunidades* sobre o crescimento de crianças mais carentes de até 6 meses de idade (1,1 cm). Gertler (2004) em seu estudo também encontrou um resultado positivo do programa sobre o crescimento infantil: crianças entre 12 e 36 meses foram 0,96 cm mais altas do que as do grupo controle. Behrman e Hoddinott (2005) corroboram o aumento de estatura das crianças (24 a 36 meses) de 1,22 cm no decorrer de um ano no *Oportunidades*. O *Red de Proteccion Social* da Nicarágua também demonstra afetar positivamente o estado nutricional reduzindo a desnutrição e o número de crianças até 5 anos com baixo peso naquele país (MALUCCIO e FLORES, 2005).

O Bolsa Alimentação teve um impacto negativo sobre o ganho de peso infantil, após seis meses de participação no programas, as crianças ganhavam 183 gramas menos de crianças excluídas da mesma faixa etária. Até um ano de idade, período em que as crianças estão com seu crescimento longitudinal acelerado, essa diferença chegou a 274 gramas e conforme as crianças ficavam mais velhas a tendência era de diminuir essa diferença (MORRIS, 2004).

Paes-Sousa, Santos e Miazaki (2011) encontraram resultados diferentes aos de Morris (2004), demonstrando um impacto positivo do PBF sobre o estado nutricional: as chances de ter altura adequada para idade elevava-se em 26% para as crianças menores de 5 anos em comparação com as não inscritas no programa e de mesma idade. Quando estratificados por faixa etária, as chances de altura adequada para idade aumentavam 19% entre os 12 e 35 meses e 41% entre 36 a 59 meses nas crianças vinculadas ao Bolsa Família, em relação às não vinculadas.

2.2.4.6 Vacinação

Na tabela 2 visualiza-se o impacto positivo dos PTRC em outros países sobre a taxa de vacinação infantil. Mesmo que a maioria já tenha uma taxa elevada de imunização inicial, como o México, por exemplo, que apresenta taxa de 88% em crianças menores de 12 meses e de 96% das crianças de 12 a 23 meses vacinadas contra a tuberculose (LAGARDE; HAINES; PALMER, 2007).

Tabela 2 - Impacto sobre a cobertura vacinal.

| Fonte | Resultados | Taxa inicial | Taxa final | Efeito do Programa |
|---------------------------------|---|--------------|------------|------------------------------------|
| México (<i>Progres</i>a) | | | | |
| Barham, 2005 | Crianças de 12 meses (no início) vacinadas contra a tuberculose%, | 88,0 | 89,0 | 5.2 (<i>t</i> ,2,07) ^a |
| Impacto após 6 meses | Crianças de 12-23 meses (no início) vacinadas contra o sarampo%, | 92,0 | 96,0 | 3.0 (<i>t</i> ,2,03) ^b |
| Impacto após 12 meses | Crianças de 12 meses (no início) vacinadas contra a tuberculose%, | 88,0 | 92,0 | 1.6 (<i>t</i> , 0,66) |
| | Crianças de 12-23 meses (no início) vacinadas contra o sarampo%, | 92,0 | 91,0 | 2,8 (<i>t</i> , 1,00) |

Continua

Conclusão

| Fonte | Resultados | Taxa inicial | Taxa final | Efeito do Programa |
|--|--|------------------|------------------|----------------------------------|
| Nicarágua (<i>Red de Protección Social</i>) | | | | |
| Maluccio e Flores, 2004 | Crianças de 12-23 meses com os atuais vacinações%, | 36,4 | 71,7 | 6.1 (SE, 10.2) |
| Honduras (<i>Programa de Asignación familiar</i>) | | | | |
| | Crianças de 3 anos vacinados com %, tríplice (DTP) | 72,0 | Não apresentados | 6.9 (95% CI, 112,8) ^c |
| Morris et al., 2004 | Crianças de 3 anos vacinados para sarampo%, | 84,0 | Não apresentados | -0,2 (IC 95%, -9,4 a 9,0) |
| | Mães vacinadas contra o tétano toxóide, % | 56,0 | Não apresentados | 4.2 (95% CI, -9,7 a 18,2) |
| Colômbia (<i>Familias en Acción</i>) | | | | |
| | Probabilidade de cumprimento DPT vacinação para crianças com idade 24 meses | Não apresentados | Não apresentados | 0,089 (SE, 0,047) ^d |
| Attanasio et al., 2005 | Probabilidade de cumprimento DPT vacinação para crianças com idade 24-48 meses | Não apresentados | Não apresentados | 0,035 (SE, 0,026) |
| | Probabilidade de cumprimento DPT vacinação para crianças com idade 48 meses | Não apresentados | Não apresentados | 0,032 (SE, 0,039) |

Abreviaturas: CI, intervalo de confiança;

^a Significância ao nível de 1%.

^b Significância ao nível de 5%.

^c Significância ao nível de 10%

Fonte: LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER, N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low-and middle-income countries. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 298, n. 16, p. 1900, 2007. ISSN 0098-7484.

Devido à cobertura de imunização no Brasil ser bem elevada, superando 90% da população com até um ano com as vacinas obrigatórias, pode se esperar que não ocorra grande impacto do PBF em relação a esse indicador (OLIVEIRA et al., 2007). Oliveira et al. (2011a) confirmam a falta de diferença na cobertura da vacinação em relação aos beneficiários e não beneficiários.

2.2.4.7 Pré-natal

Em relação ao pré-natal, não há muitos dados disponíveis. Entretanto, segundo Camelo, Tavares e Saiani (2009), o PBF não teria um grande impacto sobre o acompanhamento pré-natal, visto que a maioria das gestantes (95%) já realizam este procedimento. Dados do MDS (2007) de Recife e em nível federal corroboram que não há diferença significativa entre o número de consultas pré-natais de beneficiários do PBF e o restante da população.

De acordo com Pereira et al. (2008), o PBF teria um impacto negativo sobre a realização do pré-natal, uma vez que 44,4 % das gestantes inscritas no programa não realizam o acompanhamento contra 16,7% das não participantes. Já Morris et al. (2004), relatam que o *Programa de Asignación Familiar II* em Honduras foi responsável por aumentar em 19% os cuidados pré-natais.

2.2.4.8 Trabalho

O Programa Bolsa Família também tem um impacto positivo sobre o trabalho, elevando em 4,5% a busca por emprego. Quando se compara a população adulta que recebe o benefício com a que não recebe, a primeira tem maior participação na força de trabalho (3,1% para extremamente pobres e 2,6% para pobres) em relação à segunda. Entre as mulheres, também encontramos maior participação no mercado de trabalho, sendo 2,7% para pobres e de 4,4% para extremamente pobres, comparadas com participantes de outros programas (BRASIL, 2007b).

Segundo Cardoso e Souza (2004), Ferro e Kassouf (2005) o Programa Bolsa Escola, atualmente integrado ao Programa Bolsa Família, tem efeito redutor na jornada de trabalho infantil, principalmente, das crianças pertencentes a áreas rurais.

Ferro (2003) encontrou uma associação negativa do Bolsa Escola com o trabalho infantil, pois o programa elevaria a probabilidade das crianças trabalharem em torno 0,3% área urbana e 3,5% na rural. Todavia essa mesma autora estabeleceu uma relação positiva com o número de horas trabalhadas, sendo na área rural 2,7 horas a menos por semana e na urbana 3,37 horas.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo define-se como descritivo, de cunho quantitativo e de corte transversal.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os beneficiários cadastrados no Programa Bolsa Família pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília (UBS Santa Cecília). Esse território inclui os bairros: Petrópolis, Santana, Jardim Botânico, Rio Branco, Partenon e Santa Cecília.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO

Foram incluídas todas as pessoas cadastradas no programa de acordo com o Mapa de Acompanhamento do Programa Bolsa Família (Anexo A) oriundo do Ministério da Saúde e enviado para UBS pela Secretaria Municipal de Saúde. Excluimos os indivíduos que não compareceram a unidade de saúde, moradores de endereços não abrangentes a área de cobertura da unidade, beneficiários que não apresentaram condições para realização adequada das medidas antropométricas e que se recusaram a participar do estudo.

3.4 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foi chamada para comparecer à UBS como forma de cumprir a condicionalidade de saúde imposta pelo Programa Bolsa Família através de correspondência

via correio nas áreas de abrangência da unidade básica que não faziam parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos agentes comunitários de saúde naquelas compreendidas pela ESF. No início, a ESF recebia o nome de Programa Saúde da Família, ou PSF. Essa estratégia visa modificar o modelo assistencial vigente com a implementação de equipes multiprofissionais que promovam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças. Essas equipes são formadas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

3.5 TÉCNICAS E CLASSIFICAÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

3.5.1 Técnicas de medidas antropométricas e classificação do estado nutricional

No presente trabalho foram utilizadas as seguintes variáveis antropométricas: peso (Kg); estatura (m); circunferência da cintura (cm) (LOHMAN, T.; ROCHE, A. & MARTORELL, R., 1988). As técnicas de realização das medidas antropométricas utilizadas foram as descritas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

3.5.1.1 Menores de 2 anos

Para as crianças menores de 2 anos a medida de peso foi aferida em balança digital pediátrica (marca *Balmak*[®], *linha baby*), com capacidade de até 25 Kg e precisão de 5 g. Para a realização dessa medida as crianças vestiam o mínimo de roupas possível e retirou-se a fralda daquelas que utilizavam.

A aferição da estatura foi realizada com estadiômetro portátil, com extensão de 1 metro e precisão de 1 mm (marca *Fami- Itá*[®]), as crianças foram deitadas em uma superfície rígida, descalças e sem acessórios na cabeça.

3.5.1.2 Maiores de 2 anos

O peso das crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos foi aferido com balança digital eletrônica da marca Welmy[®] (modelo R/IW-200), capacidade máxima de 200 kg e mínima 2kg. Durante a realização da técnica todos vestiam o mínimo de roupas possível e estavam descalços.

A altura foi aferida através de um estadiômetro vertical acoplado a uma parede sem rodapé, com campo de medição 40 a 210 cm e precisão de 1 mm (marca Sanny[®] modelo ES2020). Os indivíduos encontravam-se sem calçados, em posição ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo - calcanhares, ombros e nádegas em contato com estadiômetro. Quanto à posição da cabeça, para medir a altura, ela encontrava-se posicionada de modo a exibir o maior eixo que se possa traçar do crânio - Plano de Frankfurt.

A medida da circunferência da cintura foi realizada apenas na população adulta devido aos pontos de corte disponíveis até o momento contemplarem apenas essa população. Para realização desta técnica foi utilizada uma fita métrica inelástica com 2m de comprimento e divisão da escala em milímetros da marca Sanny[®] posicionada no ponto médio, entre a crista ilíaca e a última costela, com o indivíduo em pé e com os braços livres ao longo do corpo. A verificação da circunferência da cintura (CC) foi utilizada como preditor de risco aumentado para doenças cardiovasculares. Segundo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000), os pontos de corte para classificação de obesidade central (CC elevada), em adultos, foi ≥ 94 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres.

As medidas de peso, estatura e índice de massa corporal - $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{estatura}^2(\text{m})$ - aferidas nas crianças menores de 10 anos, nos adolescentes (≥ 10 anos e < 20 anos de idade), nos adultos (≥ 20 anos e < 60 anos de idade) foram classificadas segundo recomendação da WHO, 1995/Ministério da Saúde 2008. Os pontos de corte utilizados encontram-se nas tabelas do anexo B.

3.6 LEVANTAMENTO DE DADOS

Os dados foram levantados no Laboratório de Avaliação Nutricional (LAN) da unidade básica de saúde no período de outubro de 2010 a julho de 2011. O LAN é um espaço

de pesquisa, ensino e extensão dos acadêmicos do curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A equipe de trabalho responsável pela coleta dos dados foi formada pela nutricionista do LAN da unidade básica de saúde e quatro acadêmicas do curso de Nutrição da UFRGS. Essa equipe recebeu um treinamento prévio sobre a correta aplicação do instrumento e aferição das técnicas antropométricas para cada estágio de vida.

Os dados de raça/cor, escolaridade, situação familiar, estado nutricional e consumo de alimento foram levantados através dos Questionários do SISVAN. Os modelos dos questionários encontram-se nos anexos C, D e E.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilhas do programa *Excel*[®], versão 2007 e a partir desses, realizou-se análises estatísticas descritivas com apresentação de frequências absolutas e relativas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

Na tabela 3 estão descritas as características gerais da população. A maior parte é formada por indivíduos do sexo feminino, que se auto-declararam brancos e com idade entre 20 e 59 anos. Ainda em relação à idade não foram encontrados pessoas idosas, ou seja, com idade acima dos 60 anos e nem crianças com menos de seis meses. Já em relação à situação familiar, mais da metade das pessoas avaliadas convive com familiar(es), sem companheira(o).

Tabela 3– Características gerais da população.

| Variáveis | n | % |
|---|-----------|------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 64 | 80 |
| Masculino | 16 | 20 |
| Idade | | |
| Menores de 6 meses | 0 | 0 |
| Entre 6 meses e menos de 2 anos | 3 | 3,75 |
| Entre 2 anos e menos de 5 anos | 17 | 21,25 |
| Entre 5 anos e menos de 10 anos | 6 | 7,5 |
| 10 a 19 anos | 13 | 16,25 |
| 20 a 59 anos | 41 | 51,25 |
| A partir dos 60 anos | 0 | 0 |
| Raça/Cor | | |
| Branca | 46 | 57,5 |
| Não Branco | 34 | 42,5 |
| Escolaridade (indivíduos acima dos 6 anos de idade) | | |
| Não sabe ler/escrever | 5 | 8,5 |
| Alfabetizado (indivíduo lê e escreve pelo menos um bilhete) | 1 | 1,7 |
| Nível fundamental incompleto (1º grau incompleto) | 31 | 52,5 |
| Nível fundamental completo (1º grau completo) | 5 | 8,5 |
| Nível médio incompleto (2º grau incompleto) | 5 | 8,5 |
| Nível médio completo (2º grau completo) | 8 | 13,6 |
| Superior incompleto | 1 | 1,7 |
| Superior completo | 2 | 3,4 |
| Magistério | 1 | 1,7 |
| Situação Familiar dos adolescentes e adultos | | |
| Convive com companheira(o) e filho(s) e/ou laços conjugais | 15 | 27,8 |
| Convive com companheira(o), com laços conjugais e sem filho(s) | 1 | 1,9 |
| Convive com companheira(o), com filho(s) e/ou outros familiares | 3 | 5,6 |
| Convive com familiar(es), sem companheira(o) | 35 | 64,8 |
| Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos ou Vive só | 0 | 0 |
| Total de pessoas avaliadas | 80 | 100 |

Assim como no presente trabalho, em que 80% da população em estudo é do sexo feminino, pesquisa realizada pelo IBASE (2008) com 5 mil titulares do cartão Bolsa Família, em 229 municípios brasileiros do Nordeste, Centro-Oeste, Norte, Sudeste e Sul, encontrou 94% de mulheres entre esses titulares. Em relação à escolaridade os resultados encontrados pelo Instituto foram diferentes aos do presente trabalho: dos indivíduos avaliados 71,2% eram alfabetizados e, entre esses, 84,7% estudaram até o ensino fundamental, enquanto ao IBASE 81% das pessoas eram alfabetizadas, sendo que 56% estudaram até o ensino fundamental.

4.2 ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DO CONSUMO DE ALIMENTOS POR CICLOS DA VIDA

4.2.1 Crianças

A tabela 4 descreve o estado nutricional das crianças conforme as faixas etárias e os índices antropométricos estatura para idade, peso para idade e índice de massa corporal para idade. Em relação a esses indicadores as crianças encontram-se dentro dos parâmetros esperados para idade. Entretanto, ressalta-se caso o parâmetro analisado para o diagnóstico de estado nutricional fosse o peso para estatura todas as crianças menores de cinco anos estariam em risco de sobrepeso e ou com sobrepeso.

Tabela 4 - Distribuição do estado nutricional segundo as faixas etárias e índices antropométricos das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, cadastradas na UBS Santa Cecília em Porto Alegre- RS, no período de outubro de 2010 a maio de 2011.

| Faixas Etárias | > 6 meses e < 2 anos | ≥ 2 anos e < 5 anos | ≥ 5 anos e < 10 anos | Total |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Índices Antropométricos | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Estatura/Idade (E/I) | | | | |
| Muito baixa estatura para a idade | - | - | - | - |
| Baixa estatura para idade | - | 1 (5,6) | 1 (11,1) | 2 (6,7) |
| Estatura adequada para a idade | 3 (100) | 17 (94,4) | 8 (88,9) | 28 (93,3) |
| Peso/ Idade (P/I) | | | | |
| Muito baixo peso para a idade + Baixo peso para a idade | - | - | - | - |
| Peso adequado para a idade | 2 (66,7) | 17 (94,4) | 8 (88,9) | 27 (90) |
| Peso elevado para a idade | 1 (33,3) | 1 (5,6) | 1 (11,1) | 3 (10) |

Continua

Conclusão

| Faixas Etárias | > 6 meses e < 2 anos | ≥ 2 anos e < 5 anos | ≥ 5 anos e < 10 anos | Total |
|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| Índices Antropométricos | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Peso/Estatura (P/E) | | | | |
| Magreza acentuada + Magreza | - | - | * | - |
| Eutrofia | - | - | * | - |
| Risco de sobrepeso | 2 (66,7) | 11 (61,1) | * | 13 (61,9) |
| Sobrepeso | 1 (33,3) | 7 (38,9) | * | 8 (38,1) |
| Obesidade | - | - | * | - |
| IMC/Idade | | | | |
| Magreza acentuada + Magreza | - | - | - | - |
| Eutrofia | 3 (100) | 12 (66,7) | 8 (88,9) | 23 (76,7) |
| Risco de sobrepeso | - | 4 (22,2) | - | 4 (13,3) |
| Sobrepeso | - | 1 (5,6) | - | 1 (3,3) |
| Obesidade | - | 1 (5,6) | 1 (11,1) | 2 (6,7) |
| Total de crianças avaliadas | | | | 26 (100) |

*Índice antropométrico peso/estatura não é utilizado para crianças maiores de 5 anos.

A prevalência de déficit de altura nas crianças menores de cinco anos de idade foi de 5,6%, resultado semelhante ao encontrado na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 de 6% para todo o Brasil. Sendo que essa prevalência é maior na Região Norte 8,5% e menor na Região Sul 3,9% (IBGE, 2010a).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006, a prevalência de déficit de estatura para idade nas crianças menores de cinco anos é de 7%. A PNDS ainda destaca a semelhança da prevalência de déficit de estatura nas regiões Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste (pouco menos de 6%) e na região Sul a frequência levemente maior (8,5%) quando comparada àquelas três macrorregiões (MONTEIRO et al., 2006).

Assunção et al. (2007), em estudo com crianças de zero a cinco anos de idade, na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul encontrou valores semelhantes aos nossos e aos da POF: cerca de 5% de baixa estatura para idade conforme a classificação da OMS de índice estatura/idade menor que -2 desvios-padrão para déficit estatural em crianças. Outro estudo também realizado no Rio Grande do Sul, na cidade de São Leopoldo, com crianças de até um

ano de idade obteve ocorrência idêntica à encontrada em Pelotas em relação à baixa estatura (VITOLLO et al., 2005).

Estudo realizado em Minas Gerais com crianças de seis meses até sete anos beneficiárias do PBF demonstrou uma ocorrência maior do que o presente trabalho e os demais aqui citados de baixa estatura para idade 6,3% (OLIVEIRA et al., 2011b).

Nas crianças maiores de cinco anos e menores de dez anos o excesso de peso corresponde a 34,8% no Brasil e a obesidade a 16,6%. Na idade de cinco anos o sobrepeso é maior do que aos nove anos (35,9% e 33,5% respectivamente). Esse padrão se mantém em relação à obesidade nessas faixas etárias com 14,3% aos cinco anos e 12,2% aos nove anos. Já em relação às regiões brasileiras, o excesso de peso é maior nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, variando de 32% a 40%, e menor nas Regiões Norte e Nordeste, de 25% a 30% (IBGE, 2010a).

A prevalência de excesso de peso no presente estudo, de acordo com o índice peso para estatura, foi de 38,1%. Esse resultado foi consideravelmente superior ao encontrado pela PNDS- 2006, que relatou uma prevalência de 7,3% nas crianças menores de cinco anos (MONTEIRO et al., 2006).

Aguiar (2010), em pesquisa realizada no Recife, nos anos de 2008 e 2009, através dos registros das crianças de até sete anos no SISVAN, encontrou peso elevado para idade nas crianças menores de dois anos (9,9% em 2008 e 12,1% em 2009) e de cinco a sete anos (8,5% e 10,3%). Segundo o IMC/Idade o sobrepeso é mais evidente a partir dos dois anos sendo mais acentuado depois dos cinco anos (21,4% em 2008 e 28,9% em 2009), e quando somados os valores de sobrepeso e obesidade o excesso de peso nessa população chega a 31,8% em 2008 e 33,4% em 2009.

Em seu estudo, Batista Filho e Rissin (2003) trazem uma retrospectiva em relação à mudança do estado nutricional da população brasileira durante 30 anos, demonstrando uma queda do déficit estatural infantil de 20,5% para 7,5%, enquanto no Norte a redução foi de 39,0% para 23,0% e, no Nordeste, de 40,8% para 23,8% entre 1975 e 1989. Durante o período de 1989 a 1996 continua, porém de maneira mais acentuada, esse declínio nas regiões Norte e Nordeste, de 23,0% para 16,6% e 23,8% para 13,0%, respectivamente.

Quanto ao tempo de aleitamento materno exclusivo, 66,7% das crianças passaram a receber outros alimentos ou bebidas antes dos seis meses de idade. Em relação à introdução prematura da alimentação complementar, a PNDS (2006) mostrou que antes mesmo do segundo mês de vida 14% das crianças já recebiam algum tipo de alimento semissólido, sendo

que entre o quarto e o quinto mês essa porcentagem era superior a 30% (SEGALL-CORREA et al., 2009).

Essas práticas alimentares vêm ao encontro com o desmame precoce das crianças, ou seja, o curto período de aleitamento materno exclusivo, que no Brasil tem duração média de apenas 1,4 meses. Sendo que na região Sul encontra-se a menor duração, menos de 1 mês e na região Sudeste a maior, de 2,6 meses (SEGALL-CORREA et al., 2009). A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizada pelo Ministério da Saúde também demonstra essa heterogeneidade do aleitamento materno nas capitais e regiões brasileiras, com a região Norte apresentando a maior prevalência desta prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%) (BRASIL, 2009).

Silva e Souza (2005) também evidenciaram a baixa prevalência de aleitamento materno até um ano de idade em quatro cidades brasileiras, Porto Alegre com a menor taxa de aleitamento (24,0%) seguida por Botucatu (26,70%), Montes Claros (41,00%) e, com a maior taxa, Lins (43,47%). Apesar da baixa prevalência dessa prática em Porto Alegre a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno demonstrou um aumento do ano de 1999 para 2008, passando de 38,4% para 46,2% (BRASIL, 2009).

Na tabela 5 são apresentadas as frequências de consumo de preparações a base de leite no dia anterior à realização da pesquisa. A maior parte das crianças consomem até duas mamadeiras por dia. No entanto, na população acima de dois anos e menor de cinco anos, o consumo de mais de duas mamadeiras/copos de leite aumenta, representando mais de 29%. Esse aumento é representativo à medida que temos um número maior de crianças nessa faixa etária.

Tabela 5 - Frequência de consumo de preparações a base de leite das crianças no dia anterior a realização da pesquisa.

| Preparações a base de leite animal | > 6 meses e < 2 anos | | ≥ 2 anos e < 5 anos | |
|------------------------------------|----------------------|------------|---------------------|------------|
| | n | % | n | % |
| Não tomou | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Até 2 (copos/mamadeiras) | 2 | 66,7 | 12 | 70,6 |
| Mais que 2 (copos/mamadeiras) | 1 | 33,3 | 5 | 29,4 |
| Total de crianças | 3 | 100 | 17 | 100 |

Quanto à alimentação das crianças com mais de seis meses e menos de dois anos de idade, apresentada na tabela 6, salienta-se o baixo consumo de verduras, legumes, frutas e carne concomitantemente com elevado consumo de sucos industrializados ou em pó e

refrigerantes. Além disso, segundo as mães ou responsáveis, todas as crianças consumiram comida de panela no jantar e feijão no dia anterior à realização da pesquisa.

Tabela 6- Frequência de consumo de alimentos entre as crianças entre 6 meses e 2 anos de idade (n = 3).

| Consumo Alimentar | n | % |
|---|----------|----------|
| Consumo de verduras/ legumes ¹ | 1 | 33,3 |
| Consumo de frutas ¹ | 1 | 33,3 |
| Consumo de carne ¹ | 1 | 33,3 |
| Consumo de feijão ¹ | 3 | 100 |
| Consumo assistindo televisão ¹ | 1 | 33,3 |
| Consumo de comida de panela no jantar ¹ | 3 | 100 |
| Consumo de bebidas ou preparações adoçadas ² | 1 | 33,3 |
| Consumo de papa salgada/comida de panela ² | 2 | 66,7 |
| Consumo de suco industrializado ou em pó ³ | 2 | 66,7 |
| Consumo de refrigerante ³ | 3 | 100 |
| Consumo de leite com farinha ¹ | 2 | 66,7 |

¹ Consumo referente ao dia anterior a pesquisa.

² Consumo do alimento/preparação de 5 a 7 vezes por semana.

³ Consumo referente até 2 vezes na semana.

O consumo de leite com farinha foi de 66,7% no dia anterior à pesquisa. Segundo Segall-Correa et al. (2009) essa prática é comum antes dos dois anos de idade, com 15% das crianças recebendo leite não-materno espessado antes de um mês de vida. Entre o quarto e o quinto mês de idade esta prática atinge 39%. Nessa faixa etária 20% das crianças já estão recebendo comida de sal.

Ainda de acordo com Segall-Correa et al. (2009), dos 6 meses aos 11,9 meses, 63% das crianças consomem diariamente frutas e verduras, 53% feijão e 17% carne. Já dos 12 aos 17,9 meses o consumo de frutas, legumes e verduras é de 57%, de feijão 62% e de carne 25%. Naquelas com idade entre os 18 aos 23,9 meses, ocorre um discreto aumento no consumo dos alimentos citados acima, passando respectivamente para 65%, 70% e 30%. Caso esse consumo fosse comparado com a recomendação do Guia alimentar para crianças menores de dois anos, seria considerado baixo, pois a recomendação para crianças que não recebem leite materno é de três porções diárias de fruta dos seis aos doze meses e quatro porções dos doze aos vinte e quatro meses, três porções de verduras e duas porções diárias de carne e leguminosas (BRASIL, 2010b).

Quanto ao consumo de comida de panela/papa salgada, 66,7% consumiram no dia anterior a pesquisa, sendo este resultado inferior ao encontrado na PNDS para crianças que

não recebem mais leite materno (86,9%) com até 23 meses (SEGALL-CORREA et al., 2009). A frequência de consumo também foi menor em relação a Porto Alegre, cidade que tem 86,7% das crianças recebendo comida de sal entre seis e nove meses de vida (BRASIL, 2009).

Suco industrializado ou em pó foi consumido por 66,7 % das crianças pesquisadas. Um estudo demonstra uma introdução precoce desse tipo de bebida na alimentação infantil, sendo que 37% das crianças brasileiras dos quatro aos seis meses já receberam algum tipo de suco (natural ou industrializado). Na Região Sul essa frequência é de 29,4% e mais especificamente em Porto Alegre, de 33,5% (BRASIL, 2009).

Em relação ao consumo de refrigerante, que no presente trabalho foi de 100%, outro estudo encontrou uma prevalência menor desse consumo, com 4,9% entre os seis e nove meses de idade, chegando a 11,6% na faixa etária de nove a doze meses. Se considerado por regiões e capitais, em Porto Velho, na região Norte, há o maior consumo, com 29,2 % das crianças entre seis e nove meses, e, em Maceió, na região Nordeste, o menor, com 1,8%. Na região Sul a capital gaúcha têm o maior consumo entre as três cidades: Florianópolis (9,6%) e Curitiba, (10,9%) e Porto Alegre (20,2%) (BRASIL, 2009).

As crianças maiores de dois anos e menores de cinco apresentam um aumento do consumo de verduras, legumes, frutas se comparadas com as menores de dois anos no presente estudo. Ainda em relação a essa comparação, ocorre uma diminuição do consumo de feijão nas crianças maiores. Aliada a essa diminuição do feijão, também acontece um aumento do consumo de doces na forma de bebidas ou preparações adoçadas, refrigerantes e biscoitos recheados nessa faixa etária, como observar-se na tabela 7.

Tabela 7- Frequência de consumo de alimentos entre as crianças entre 2 anos e menores de 5 anos de idade (n = 17) .

| Consumo Alimentar | n | % |
|---|----------|----------|
| Consumo de verduras/ legumes ¹ | 16 | 94,1 |
| Consumo de frutas ¹ | 14 | 82,4 |
| Consumo de carne ¹ | 13 | 81,3 |
| Consumo de feijão ¹ | 14 | 82,4 |
| Consumo assistindo televisão ¹ | 5 | 29,4 |
| Consumo de comida de panela no jantar ¹ | 16 | 94,1 |
| Consumo de papa salgada/comida de panela ² | 12 | 70,6 |
| Consumo de bebidas ou preparações adoçadas ² | 11 | 64,7 |
| Consumo de refrigerante ³ | 12 | 70,6 |
| Consumo de salgadinhos de pacote ³ | 7 | 41,2 |
| Consumo de biscoitos recheados ³ | 8 | 47,1 |

¹ Consumo referente ao dia anterior a pesquisa.

² Consumo do alimento/preparação de 5 a 7 vezes por semana.

³ Consumo referente até 2 vezes na semana

Saldiva, Silva e Saldiva (2010), em pesquisa realizada com crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família e grupo controle menores de cinco anos, corroboram com o resultado do baixo consumo de verduras, legumes, frutas e feijão por essa população independente de receber ou não o benefício. Nesse estudo 31,0% das crianças não consumiram frutas, legumes e verduras na última semana e 25% não consumiram feijão ou carne. O consumo diário de feijão foi de 58% nessa faixa etária.

Entretanto o consumo de doces foi de 46,4% uma vez na semana e 9% diariamente. Ainda em relação ao consumo de doces os autores demonstraram uma associação positiva entre esse consumo e o fato de a criança ser beneficiária do PBF. Participar do programa aumentaria em três vezes o risco de consumir guloseimas se comparadas com as crianças não beneficiadas pelo Bolsa Família (SALDIVA; SILVA; SALDIVA, 2010).

Na faixa etária dos cinco aos dez anos de idade se mantém o padrão de baixo consumo de salada crua, legumes, verduras e feijão. Já o consumo de refrigerantes e de frituras, representado no questionário por batata frita e salgados fritos, bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote sobem (tabela 8).

Tabela 8– Frequência semanal de consumo de alimentos em crianças de maiores de 5 anos e menores de 10 anos de idade (n = 6) .

| Alimentos/Bebidas | Nenhum | 1 dia | 2 dias | 3 dias | 4 dias | 5 dias | 6 dias | Todos os dias |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| | n (%) |
| Salada crua | 3 (50) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (33,3) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (16,7) |
| Legumes e verduras cozidos | 2 (33,3) | 1 (16,7) | 2 (33,3) | 0 (0) | 1 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Frutas frescas ou salada de frutas | 1 (16,7) | 1 (16,7) | 2 (33,3) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (33,3) |
| Feijão | 0 (0) | 1 (16,7) | 1 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 4 (66,7) |
| Leite ou iogurte | 0 (0) | 1 (16,7) | 1 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (16,7) | 3 (50) |
| Batata frita, batata de pacote e salgados fritos | 1 (16,7) | 1 (16,7) | 3 (50) | 1 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Hambúrguer e embutidos | 2 (33,3) | 1 (16,7) | 1 (16,7) | 1 (16,7) | 1 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote | 0 (0) | 0 (0) | 3 (50) | 0 (0) | 1 (16,7) | 2 (33,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates | 1 (16,7) | 2 (33,3) | 1 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (16,7) | 0 (0) | 1 (16,7) |
| Refrigerante | 1 (16,7) | 1 (16,7) | 3 (50) | 1 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |

De Carvalho, De Oliveira e Do Santos (2010), em pesquisa realizada com 136 escolares de 6 a 10 anos de idade de uma escola municipal de Belo Horizonte - MG, localizada em área de alta vulnerabilidade social, também encontraram um baixo consumo de frutas. Apenas 44,1% as consumiam diariamente. Já os legumes eram consumidos de uma a duas vezes por semana por 33,1% dos escolares. O consumo diário de feijão foi de 95,6%, de frituras de 39,7%, e de leite, 79,7%. Já o consumo de embutidos todos os dias foi considerado relativamente alto 27,9%.

Dentre as crianças pesquisadas no presente trabalho 16,7% consomem bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates diariamente, frequência inferior à encontrada por De Carvalho, De Oliveira e Do Santos (2010), que foi de 38%. Quanto ao consumo de refrigerante, as prevalências de consumo de duas a três vezes por semana foram semelhantes, 50% e 52,2%, respectivamente.

4.2.2 Adolescentes

Dos adolescentes avaliados, em relação aos índices antropométricos estatura e IMC para idade, em sua maioria estão com esses índices adequados para idade. Não foram encontrados adolescentes com baixo peso ou com obesidade.

Tabela 9 - Distribuição do estado nutricional segundo as faixas etárias e índices antropométricos dos adolescentes beneficiários do Programa Bolsa Família, cadastradas na UBS Santa Cecília em Porto Alegre- RS, no período de outubro de 2010 a maio de 2011 (n = 13).

| Faixas Etárias Índices Antropométricos | ≥ 10 anos < 20 anos | |
|---|---------------------|------|
| | n | % |
| Estatura/Idade (E/I) | | |
| Muito baixa estatura para a idade | 1 | 7,7 |
| Baixa estatura para idade | 1 | 7,7 |
| Estatura adequada para a idade | 11 | 84,6 |
| IMC/Idade | | |
| Magreza acentuada+ Magreza | - | - |
| Eutrofia | 10 | 76,9 |
| Risco de sobrepeso | - | - |
| Sobrepeso | 3 | 23,1 |
| Obesidade + Obesidade grave | - | - |

Em relação ao IMC, 23,1% dos adolescentes avaliados apresentam sobrepeso, resultado semelhante ao encontrado na POF 2008-2009 que foi de 20,5% de excesso de peso para essa faixa etária. Quando essa prevalência é dividida conforme as regiões brasileiras, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam as maiores prevalências oscilando de 20% a 27%, Norte e Nordeste as menores de 16% a 19% (IBGE, 2010a).

Na tabela 10 encontra-se descrito o consumo alimentar dos adolescentes referentes aos sete dias anteriores a realização da pesquisa. O consumo de alimentos considerados saudáveis como salada, legumes e verduras, frutas, feijão e leite ou iogurte é baixo. Igualmente baixo foi o consumo dos alimentos menos saudáveis como hambúrguer ou embutidos, mas elevado de outros como doces e refrigerantes.

Tabela 10 – Frequência semanal de consumo de alimentos dos adolescentes (n = 13).

| Alimentos/Bebidas | Nenhum | 1 dia | 2 dias | 3 dias | 4 dias | 5 dias | 6 dias | Todos os dias |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|---------|--------|---------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Salada crua | 4 (30,8) | 2 (15,4) | 3 (23,1) | 1 (7,7) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (15,4) |
| Legumes e verduras cozidos | 5 (38,5) | 4 (30,8) | 2 (15,4) | 2 (15,4) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Frutas frescas ou salada de frutas | 6 (46,2) | 2 (15,4) | 4 (30,8) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Feijão | 2 (15,4) | 2 (15,4) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (15,4) | 0 (0) | 0 (0) | 7 (53,8) |
| Leite ou iogurte | 3 (23,1) | 3 (23,1) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 0 (0) | 5 (38,5) |
| Batata frita, batata de pacote e salgados fritos | 6 (46,2) | 5 (38,5) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| Hambúrguer e embutidos | 8 (61,5) | 4 (30,8) | 0 (0) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote | 1 (7,7) | 6 (46,2) | 3 (23,1) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (15,4) |
| Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates | 1 (7,7) | 4 (30,8) | 0 (0) | 4 (30,8) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (23,1) |
| Refrigerante | 2 (15,4) | 5 (38,5) | 2 (15,4) | 0 (0) | 1 (7,7) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (23,1) |

Dentre os adolescentes estudados, o feijão foi consumido diariamente por 53,8%, leite ou iogurte 38,5%, guloseimas 23,1%. Levy et al. (2009) encontraram um consumo superior desses alimentos para esse ciclo de vida: 62,6% de feijão, 53,6% de leite, 50,9% de guloseimas. No entanto, apenas 21,7% dos estudantes não consumiram embutidos na semana anterior à pesquisa, contra 61,5% do presente trabalho.

Estudo realizado em 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, com adolescentes do ensino fundamental de escolas públicas e privadas, apontou uma prevalência de consumo alimentar semelhante dos alimentos considerados mais saudável e os menos saudáveis entre os adolescentes brasileiros. A frequência de consumo superior a cinco dias na semana de frutas (31,5%), hortaliças (31,2%), legumes e verduras (31,2%) foi similar a de biscoito doce (33,6%) e refrigerante (37,2%) (LEVY et al., 2009).

Assim como nas crianças o consumo de frutas e verduras é baixo entre os adolescentes pesquisados, sendo que 46,2% não consumiram frutas frescas ou salada de frutas nos últimos sete dias e 38,5% não o fizeram em relação a legumes e verduras. Esses resultados são semelhantes aos de Toral et al. (2006), que constataram em estudo realizado com 234 adolescentes que 50% consumiam menos de uma porção diária de fruta e 38,9% de verduras.

4.2.3 Adultos

Dos 47 adultos participantes, 6 não responderam o questionário sobre consumo alimentar. Assim temos o diagnóstico do estado nutricional de 47 adultos, e de consumo alimentar de 41, que representam 87,2% do total da população adulta estudada.

Tabela 11 - Distribuição do estado nutricional segundo IMC e a circunferência da cintura de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, cadastradas na UBS Santa Cecília em Porto Alegre- RS, no período de outubro de 2010 a maio de 2011.

| Índices Antropométricos | n | % |
|------------------------------------|-----------|------------|
| IMC | | |
| Baixo Peso | 1 | 2,1 |
| Eutrófico | 12 | 25,5 |
| Sobrepeso | 21 | 44,7 |
| Obesidade | 13 | 27,7 |
| Circunferência da Cintura | | |
| < 80 cm | 20 | 42,6 |
| ≥ 80 cm | 27 | 57,4 |
| Total de mulheres avaliadas | 47 | 100 |

Em relação ao estado nutricional das mulheres, ressalta-se que 72,3% delas apresentam excesso de peso. Isso também reflete no resultado encontrado em relação à circunferência da cintura, em que mais da metade tem a circunferência acima dos 80 cm recomendados pelo Ministério da Saúde e OMS como saudável para essa população.

O sobrepeso e a obesidade na população feminina do Brasil são condições que vem evoluindo ao decorrer do tempo passando de 22,2% (1974/1975) para 39,1% (1989) e, finalmente, 47,0% (1995/1996), correspondendo a um aumento de 112% em vinte e dois anos (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003). O aumento dessas duas condições também pode ser observado pelos dados de quatro inquéritos da POF, nos quais o excesso de peso passa de 28,7% (1974-1975), para 41,4% em 1989, 40,9% em 2002-2003 e, por fim, 48,0% em 2008-2009. Ainda conforme a POF nesse mesmo período a obesidade mais do que dobrou passando de 8,0% em 1974-1975 para 16,9% em 2008-2009 (IBGE, 2010a).

No presente trabalho foram encontradas a prevalência de 2,1% de baixo peso, 44,7% de sobrepeso, 27,7% de obesidade e 57,4% circunferência da cintura elevada (≥ 80 cm) entre as mulheres pesquisadas. As prevalências encontradas estão de acordo com as da PNDS (2006) para mulheres da região Sul 2,9% de baixo peso, 44,5% excesso de peso, 19,7% obesidade e 53,1% circunferência da cintura ≥ 80 cm (MONTEIRO et al., 2006).

Segundo a POF 2008-2009 o déficit de peso atingiu 3,6% das mulheres brasileiras. Mais especificamente na região Sul o déficit de peso está presente em 2,5% das mulheres, sobrepeso em 51,6 % e obesidade em 19,6%. Além disso, de acordo com essa Pesquisa, o excesso de peso e a obesidade nas brasileiras estão mais concentrados entre as classes sociais que possuem renda intermediária, ou seja, renda mensal de um a cinco salários mínimos ou de R\$ 415,00 a R\$ 2095,00 (IBGE, 2010a).

Assim como no restante da população em estudo, as mulheres adultas mantêm um baixo consumo de salada, legumes, verduras, frutas e leite ou iogurte. O consumo de doces como biscoitos, balas e chocolates, duas ou mais vezes na semana é igual a 48,8% e de refrigerantes é de 46,3% como podemos visualizar na tabela 12.

Tabela 12 – Frequência semanal de consumo de alimentos de mulheres adultas (n = 41).

| Alimentos/Bebidas | Nenhum | 1 dia | 2 dias | 3 dias | 4 dias | 5 dias | 6 dias | Todos os dias |
|---|-----------|-----------|----------|----------|---------|---------|---------|---------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Salada crua | 7 (17,1) | 2 (4,9) | 6 (14,6) | 3 (7,3) | 1 (2,4) | 3 (7,3) | 1 (2,4) | 18 (43,9) |
| Legumes e verduras cozidos | 13 (31,7) | 9 (22,0) | 3 (7,3) | 5 (12,2) | 2 (4,9) | 2 (4,9) | 0 (0) | 7 (17,1) |
| Frutas frescas ou salada de frutas | 16 (39,0) | 1 (2,4) | 4 (9,8) | 3 (7,3) | 3 (7,3) | 1 (2,4) | 0 (0) | 13 (31,7) |
| Feijão | 0 (0) | 3 (7,3) | 4 (9,8) | 1 (2,4) | 2 (4,9) | 2 (4,9) | 0 (0) | 29 (70,7) |
| Leite ou iogurte | 10 (24,4) | 5 (12,2) | 4 (9,8) | 4 (9,8) | 1 (2,4) | 0 (0) | 0 (0) | 17 (41,5) |
| Batata frita, batata de pacote e salgados fritos | 21 (51,2) | 9 (22,0) | 8 (19,5) | 1 (2,4) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (2,4) |
| Hambúrguer e embutidos | 18 (43,9) | 12 (29,3) | 1 (2,4) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (2,4) | 1 (2,4) | 3 (7,3) |
| Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote | 17 (41,5) | 7 (17,1) | 7 (17,1) | 7 (17,1) | 1 (2,4) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (4,9) |
| Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates | 14 (34,1) | 7 (17,1) | 5 (12,2) | 5 (12,2) | 3 (7,3) | 1 (2,4) | 0 (0) | 6 (14,6) |
| Refrigerante | 10 (24,4) | 12 (29,3) | 6 (14,6) | 3 (7,3) | 2 (4,9) | 0 (0) | 0 (0) | 8 (19,5) |

Neutzling et al. (2009), em pesquisa realizada com 554 mulheres adultas na cidade de Pelotas, demonstraram uma frequência regular de consumo de frutas em cinco ou mais vezes na semana de 52,5% das mulheres, 42,3% consumiam regularmente legumes e vegetais e 50,6% consumiam regularmente salada verde. Esse consumo abaixo das recomendações do Guia alimentar para a população brasileira (2005), de três porções diárias de frutas, de legumes e verduras ou 400gramas/dia desses alimentos também é referido por Moura Souza et al.(2011). Nesse trabalho é demonstrado os resultados da pesquisa realizada pelo sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) com 135.249 indivíduos entre 2007 e 2009, que encontrou em menos de 15% da população em estudo um consumo adequado de frutas, verduras e legumes com queda de 5 para 3% para as verduras.

A POF 2008-2009 realizada com a população brasileira demonstra que o consumo de cereais, leguminosas e raízes e tubérculos correspondem a 45% das calorias totais; óleos e gorduras vegetais, gordura animal, açúcar de mesa e refrigerantes e bebidas alcoólicas a 28%; carnes, leite e derivados e ovos a 19%. Frutas, verduras e legumes contribuem com apenas 2,8% das calorias totais, entretanto deveriam corresponder a cerca de 9% a 12% das calorias de uma dieta de 2 000 kcal diárias. Já na região Sul feijões e outras leguminosas representam 3,5% das calorias diárias de uma dieta com aproximadamente 1800 kcal/dia, carnes 13,6% (dentre esse grupo os embutidos contribuem com 3,0%), leites e derivados 7,3%, frutas e sucos naturais 2,3%, verduras e legumes 0,9% e refrigerantes 3% (IBGE, 2010b).

Apesar da baixa contribuição das frutas verduras e legumes para dieta, como citado anteriormente, o consumo de frutas aumentou na dieta do brasileiro nos últimos seis anos, passando as frutas de 1,6% (2002-2003) para 2,0% (2008-2009), enquanto que o de verduras e legumes se manteve inalterado em 0,8% no mesmo período (IBGE, 2010b).

Nas mulheres avaliadas, encontrou-se uma frequência de consumo diário de feijão entre 70,7% das mulheres, 19,5% de refrigerantes e 14,6% de biscoito doce. Quase todos os alimentos tiveram aumento no consumo nos últimos seis anos segundo a POF. Em relação a esse aumento o refrigerante foi de 1,5% para 1,8%, os biscoitos de 3,1% para 3,4%. O consumo de feijão foi a exceção, pois teve sua ingestão diminuída de 6,6% para 5,4% (IBGE, 2010b).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou o estado nutricional e o consumo de alimentos de beneficiários do Programa Bolsa Família, população considerada de baixa renda e escolaridade. Assim como outros trabalhos, este confirma o baixo grau de instrução da população beneficiária do PBF.

Identificou-se um alto percentual de obesidade, avaliada a partir dos índices antropométricos, que ratifica o fenômeno da transição nutricional verificada no país. Em conjunto com essa elevada taxa de excesso de peso está o baixo consumo de frutas, verduras, legumes, feijão e leite, alimentos considerados mais caros pela população de baixo poder aquisitivo e assim pouco privilegiados na dieta.

A associação entre a obesidade e o baixo consumo de alimentos considerados saudáveis constitui fatores de risco importantes para diversas doenças, que causam um impacto negativo sobre a qualidade de vida e sobre os gastos públicos com a saúde no Brasil.

Tendo em vista essa realidade, o nutricionista tem papel extremamente relevante para interferir de forma positiva na prevenção do aparecimento e progresso dessas doenças. Esse profissional pode trabalhar com essa população, através da educação nutricional, a importância do consumo de uma alimentação equilibrada e saudável, modos de preparo e conservação desses alimentos, locais para aquisição de produtos mais econômicos, e, se possível, estimular a utilização da agricultura urbana com intuito de garantir a presença diária de tais alimentos na mesa dessa população mais pobre.

Sabe-se que a renda é também um fator importante no momento da escolha alimentar, mas os hábitos alimentares, muitas vezes, têm um peso maior no momento da decisão de comprar ou não um determinado alimento. Considerando tais fatores, e que a maioria dos artigos publicados com os beneficiários do PBF têm um tempo curto de acompanhamento, são necessários mais estudos com esses beneficiários para elucidar outras questões que permeiam a gênese do excesso de peso e do consumo alimentar dessa população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Nancy de Araújo. **Perfil do estado nutricional de crianças de zero a sete anos beneficiárias do Programa Bolsa Família no período de 2008 e 2009 no município de Paulista/PE**. Monografia (III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e serviços de Saúde). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ASSUNÇÃO, M. C. F. et al. Anemia em menores de seis anos: estudo de base populacional em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 328-335, 2007. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300002&nrm=iso >. Acessado em 29 de outubro de 2011.

ATTANASIO, O. et al. The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia. **London: Institute of Fiscal Studies**, 2005.

BARROS, M. S. C.; TARTAGLIA, J. C. **A POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO, AVALIAÇÃO E PERSPECTIVAS**. 2003. Disponível em: < <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/view/847/726> >. Acessado em 07 de outubro de 2011.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 29 outubro de 2011.

BEHRMAN, J. R.; HODDINOTT, J. Programme evaluation with unobserved heterogeneity and selective implementation: the Mexican PROGRESA impact on child nutrition. **Oxford Bulletin of Economics and Statistics**, v. 67, n. 4, p. 547-569, 2005.

BONFIM, J. B. B. **O Discurso da Mídia sobre a Fome**. 2000. Universidade de Brasília

BOURGUIGNON, F.; FERREIRA, F. H. G.; LEITE, P. G. **Ex-ante evaluation of conditional cash transfer programs: the case of Bolsa Escola**. World Bank Publications, 2002. In: TAVARES, P. A. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3 (40), p. 613-635, dez. 2010.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.478 - de 5 de agosto de 1940 - PUB. CLBR 1940. Cria o Serviço de Alimentação da Previdência Social (S.A.P.S.) no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/24/1940/2478.htm>>. Acessado em 15 de outubro de 2011.

_____. 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, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 48 p.

_____. Medida provisória nº 108 de 27 de fevereiro de 2003. Cria o Programa Nacional de Acesso à Alimentação - Cartão Alimentação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 fev. 2003b. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília, 2004. 120 p.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, setembro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.210p.

_____. Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 26 de junho de 2007a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família: sumário executivo**. Brasília: MDS; Cedeplar, 2007b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Financiamento da Assistência Social no Brasil. **Caderno SUAS**, ano 3, nº 3, Brasília: 2008. 30 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, 2008.61 p.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.108 p.

_____. Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. *Diário Oficial da União*, fevereiro de 2010a.

_____. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.72 p.

_____. **A Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/index.php>>. Acessado em 02 de setembro de 2011.

BRITTO, T. The Challenges of El Salvador? s Conditional Cash Transfer Programme, Red Solidaria. **Country Study**, 2007.

BURITY, V. et al. direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Brasília: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos-ABRANDH**, 2010.

CAMELO, R. S.; TAVARES, P. A.; SAIANI, C. C. S. Alimentação, Nutrição e Saúde em Programas de Transferência de Renda: Evidências para o Programa Bolsa Família. **Economia**, v. 10, n. 4, 2009.

CARDOSO, E.; SOUZA, A. P. The impact of cash transfers on child labor and school attendance in Brazil. **University of Vanderbilt**, 2004.

CASTIÑEIRA, B. R.; NUNES, L. C.; RUNGO, P. The Impact of Conditional Cash Transfers on Health Status: The Brazilian Bolsa Familia Programme. **Revista Espanola De Salud Publica**, v. 83, n. 1, p. 85-97, Jan-Feb 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). **Construção do Sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: a experiência brasileira.** Brasília, novembro de 2009. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes>>. Acessado em 10 de outubro de 2011.

DE CARVALHO, A. P.; DE OLIVEIRA, V. B.; DO SANTOS, L. C. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de uma escola municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Pediatria (São Paulo)**, v. 32, n. 1, p. 20-7, 2010.

DE JANVRY, A.; SADOULET, E. When to use a CCT versus a CT approach? , 2006. Citeseer.

DEVES, O.; FILIPPI, E. E. A segurança alimentar e as experiências das políticas agroalimentares locais para o fortalecimento da agricultura familiar. **ALFATER 2008—Alimentación, Agricultura Familiar y Territorio**, 2008.

DINIZ, S. Critérios de justiça e programas de renda mínima. **Revista Katálisis**, v. 10, p. 105, 2007.

DREWNOWSKI, A. Fat and Sugar: An Economic Analysis. **The Journal of Nutrition**, v. 133, n. 3, p. 838S-840S, March 1, 2003 2003. Disponível em: <
<http://jn.nutrition.org/content/133/3/838S.abstract>>. Acessado em 05 de novembro de 2011.

DREWNOWSKI, A.; DARMON, N. The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. **The American journal of clinical nutrition**, v. 82, n. 1, p. 265S, 2005.

DUARTE, G. B.; SAMPAIO, B.; SAMPAIO, Y. Programa Bolsa Família: impacto das transferências sobre os gastos com alimentos em famílias rurais. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 47, p. 903-918, 2009.

DURYEA, S.; MORRISON, A. Effect of conditional transfers on school performance and child labor: evidence from an ex-post impact evaluation in Costa Rica. **Research Department Working Papers**, v. 505, 2004.

FERNALD, L. C. H.; HIDROBO, M. Ecuador's Cash Transfer Program (Bono de Desarrollo Humano) and Child Development in Infants and Toddlers: A Randomized Effectiveness Trial. **Social Science & Medicine**, 2011. ISSN 0277-9536.

FERRO, A. R. **Avaliação do impacto dos programas de bolsa escola no trabalho infantil no Brasil**. 2003. Universidade de São Paulo.

FERRO, A.; KASSOUF, A. L. Avaliação do impacto dos programas de bolsa escola no trabalho infantil no Brasil. **Revista Pesquisa e Planejamento Econômico**, PPE, v. 35, n. 3, 2005.

FIGUEIREDO, A. C.; TORRES, H. D. G.; BICHIR, R. M. A conjuntura social brasileira revisitada. **Novos Estudos - CEBRAP**, p. 173-183, 2006. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002006000200012&nrm=iso>. Acessado em 20 de setembro de 2011.

FOME ZERO. **Programas e ações**. Disponível em: <
<http://www.fomezero.gov.br/programas-e-acoas>>. Acessado em 30 de outubro de 2011.

GALVÁN, M.; AMIGO, H. **Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica: Una revisión en América Latina**. *ALAN*, dic. 2007, vol.57, no.4, p.316-326.

GERTLER, P. Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment. *The American Economic Review*, v. 94, n. 2, p. 336-341, 2004.

GLEWWE, P.; KASSOUF, A. L. O Impacto do Programa Bolsa Família no total de matrículas do ensino fundamental, taxas de abandono e aprovação. **São Paulo**, 2008.

HANDA, S.; DAVIS, B. The experience of conditional cash transfers in Latin America and the Caribbean. *Development Policy Review*, v. 24, n. 5, p. 513-536, 2006. ISSN 1467-7679.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS (Ibase). Repercussões do programa bolsa família na segurança Alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Documento Síntese – Junho, 2008. Disponível em: <http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf>. Acessado em 15 de maio de 2011.

IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

_____. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

_____. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acessado em 20 de agosto de 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). Bolsa família 2003-2010 avanços e desafios / organizadores: Jorge Abrahão de Castro, Lúcia Modesto. Brasília, 2010. 2 v. (344p.).

_____. Gastos com a Política Social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda, Nº 75.03 de fevereiro de 2011.

INSTITUTO PÓLIS. Pesquisa de Opinião com Beneficiários do Programa Bolsa Família. *In*: VAITSMAN, Jeni; PAES-SOUZA, Rômulo (Ed.). Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2007. v.2: Bolsa Família e Assistência Social.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S4-S5, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700001&nrm=iso >. Acessado em 04 de novembro de 2011.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. I. Período de 1940 a 1964; Nutrition and alimentation policies in Brazil. I. From 1940 to 1964. **Rev. nutr. PUCCAMP**, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

_____. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil. II. A partir dos anos setenta; Nutrition and alimentation policies in Brazil. II. From 1972. **Rev. nutr. PUCCAMP**, v. 2, n. 1, p. 7-54, 1989.

LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER, N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low-and middle-income countries. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 298, n. 16, p. 1900, 2007.

LEVY, R. B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3085-3097, 2010.

LIGNANI, J. D. et al. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Familia participant families in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, n. 5, p. 785-792, May 2011. LOHMAN, T.; ROCHE, A. & MARTORELL, R., 1988. **Anthropometric Standardization Reference Manual**. Champaign: Human Kinetics Books.

LOMELI, E. V. Las Transferencias Monetarias Condicionadas Como Política Social en America Latina. Un Balance: Aportes, Lmites y Debates. **Annu. Rev. Sociol**, v. 34, p. 499-524, 2008.

MALUCCIO, J.; FLORES, R. **Impact evaluation of a conditional cash transfer program: The Nicaraguan Red de Protección Social**. International Food Policy Research Institute, 2005.

MALUF, R. S.; MENEZES, F. Caderno segurança alimentar. **Paris: FPH**, 2000. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS). Bolsa Família. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> >. Acessado em 23 de setembro de 2011.

MDS (Ministério do Desenvolvimento Social), 2011. Programa Bolsa Família. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> >. Acessado em 10 de dezembro de 2011.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 6, p. 1453-1462, 2007.

MOORE, C. Assessing Honduras? CCT Programme PRAF, Programa de Asignación Familiar: Expected and Unexpected Realities. **Country Study**, 2008.

MORRIS, S. S. et al. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. **The Journal of nutrition**, v. 134, n. 9, p. 2336, 2004.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 251-258, 2000. Disponível em: <
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300007&nrm=iso>. Acessado em 05 de novembro de 2011.

MONTEIRO, C. A. et al. Avaliação antropométrica do estado nutricional de mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos. **Pesquisa Nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS**, p. 211-28, 2006.

MOURA SOUZA, Amanda de et al. Avaliação dos marcadores de consumo alimentar do VIGITEL (2007-2009). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, 2011.

NASCIMENTO, A. L.; ANDRADE, S. L. L. S. D. Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? **Ciência e Cultura**, v. 62, p. 34-38, 2010.

NEUTZLING, M. B. et al. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2365-2374, 2009.

OLIVEIRA, A. et al. Primeiros resultados da análise da linha de base da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família. **Vaitsman J, Paes-Sousa R, organizadores. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados**, v. 2, 2007.

OLIVEIRA, F. D. C. C. et al. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, p. 7-18, 2011a.

_____. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3307-3316, 2011b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque, ONU, 1948. Disponível em: <http://www.nossosaopaulo.com.br/Reg_SP/Barra_Escolha/Direitos_Humanos.htm>. Acessado no dia 11 de outubro de 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (FAO). **Cúpula Mundial de Alimentação (Declaração de Roma sobre a Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial de Alimentação)- FAO 1996**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Confer%C3%AAs-de-C%C3%BApula-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-sobre-Direitos-Humanos/cupula-mundial-de-alimentacao-declaracao-de-roma-sobre-a-seguranca-alimentar-mundial-a-plano-de-acao-da-cupula-mundial-da-alimentacao.html>>. Acessado em 14 de outubro de 2011.

PAES-SOUSA, R.; SANTOS, L. M. P.; MIAZAKI, E. S. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 7, p. 496-503, Jul 2011.

PANELLI-MARTINS, B. E. **Análise de método de avaliação da segurança Alimentar e nutricional: uma contribuição à política municipal de SAN**. 138f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde. Salvador, 2007.

PASQUIM, E. M.; SANTOS, L. M. P. Análise de programas de transferência de renda no Brasil sob a ótica e prática de atores federais e estaduais. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 52-68, 2007.

PEDROZO, E. **Uma Avaliação Ex-ante dos Impactos do Bolsa Família na Redução do Trabalho Infantil**. 2007. ANPEC-Associação Nacional dos Centros de Pósgraduação em Economia [Brazilian Association of Graduate Programs in Economics].

PELIANO, A. M. M.; BEGHIN, N. A nova experiência brasileira no combate à fome e à miséria; The new Brazilian experience against hunger and misery. **Saúde debate**, n. 40, p. 17-25, 1993. ISSN 0103-1104.

PEREIRA, L. L. et al. Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH. **Observatório do Programa Bolsa Família, Brasília**, 2008.

PESSANHA, L. D. R. Experiência brasileira em políticas públicas para a garantia do direito ao alimento: breve histórico. **Cadernos de debate**, v. 11, p. 1-37, 2004.

PINTO, I. V. Percepções das titulares do Programa Bolsa Família e as repercussões em suas condições de vida. Um estudo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, em Manguinhos, RJ, 2009.

RAWLINGS, L. B.; RUBIO, G. M. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs. **The World Bank Research Observer**, v. 20, n. 1, p. 29, 2005.

RIVERA, J. A. et al. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 291, n. 21, p. 2563, 2004.

ROCHA, S. Transferências de renda federais: focalização e impactos sobre pobreza e desigualdade. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 12, p. 67-96, 2008.

_____. O programa Bolsa Família: evolução e efeitos sobre a pobreza. **Economia e Sociedade**, v. 20, p. 113-139, 2011.

SAIBEL, R. R. S.; BIRKNER, W. M. K. Programas de transferência de renda: impacto do Programa Bolsa Família em Canoinhas (SC), 2008.

SALDIVA, S. R. D. M.; SILVA, L. F. F.; SALDIVA, P. H. N. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 221-229, 2010.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Amamentação e alimentação infantil. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006**, p. 195.

SILVA, A. C. D. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estudos Avançados**, v. 9, p. 87-107, 1995.

SILVA, A. P.; SOUZA, N. Prevalência do aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 3, Junho 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000300002&lng=en&nrm=iso. Acessado em 30 de outubro de 2011.

SILVA, M. et al. Programa Bolsa Família e segurança alimentar das famílias beneficiárias: resultados para o Brasil e regiões. **Vaitsman J, Paes-Sousa R, organizadores. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados**, v. 2, 2007.

SOARES, S. et al. **Programas de transferência condicionada de renda no Brasil, Chile e México: impactos sobre a desigualdade.** IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007.

SOARES, S. **O ritmo de queda na desigualdade no Brasil é adequado?: evidências do contexto histórico e internacional.** IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2008.

SOARES, S.; SÁTYRO, N. **O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras.** IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2009.

SUPLICY, E. M. Da Renda Mínima à Renda Básica no Brasil: A Evolução Recente de um Instrumento de Combate à Pobreza e à Desigualdade. **Revista de Economia Mackenzie**, v. 1, n. 1, 2009.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clín**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

TORAL, N. et al. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. **Revista de Nutrição**, v. 19, p. 331-340, 2006.

VALENTE, F.; BENVENUTO, J.; ZETTERSTRÖM, L. O direito à alimentação. **Extrema pobreza no Brasil, São Paulo: Loyola**, p. 79, 2002.

VALENTE, F. L. S.; VALENTE, F. Segurança alimentar e nutricional: transformando natureza em gente. **Direito à alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez**, p. 103-36, 2002.

VILLATORO, P. Las transferencias condicionadas en América Latina: luces y sombras. **documento presentado en el seminario internacional Evolución y desafíos de los programas de transferencias condicionadas, Brasilia**, v. 20, 2007.

VITOLO, M. R. et al. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1448-1457, 2005.

ZEPEDA, E. Do CCTs reduce poverty? **One Pager**, 2006.

ZIMMERMANN, C. R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**,

v. 3, p. 144-159, 2006. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452006000100009&nrm=iso>. Acessado em 02 de fevereiro de 2011.

WHO (World Health Organization). **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. WHO Technical Report Series n° 854. Geneva, Switzerland:WHO, 1995.

_____. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic** – Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series n° 894. Geneva, Switzerland:WHO, 2000.

_____. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. World Health Organization, 2003.

APÊNDICE A- PROGRAMAS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA

| País | Nome do Programa e Sigla | Ano de início | Público-alvo | População atendida (milhares) | Benefício | Ações Programadas |
|-------------|---|---------------|--|-------------------------------|---|---|
| Colômbia | <i>Familias en Acción</i> (FA) | 2001 | Famílias pobres com crianças de até 6 anos que não participam de outros programas ou crianças e adolescentes 7 a 17 anos matriculadas na escola. | 515 pessoas (2005) | 6 a 12 dólares por criança/ mês. 20dólares famílias /mês (famílias com crianças menores de 7 anos). | Frequência escolar e comparecimento a postos de saúde. |
| Chile | <i>Chile Solidario</i> (CHS) | 2002 | Famílias pobres, sendo que a maior parte pertence a áreas rurais. | 157 famílias (2004) | Descrito no texto. | Variam conforme a determinação de assistentes sociais. |
| Costa Rica | <i>Superémonos</i> (SUP) | 2000 | Famílias pobres com crianças e adolescentes entre 6-18 idade que estejam frequentando a escola. | 12 famílias (2001) | Cupons para compras de alimentos no valor de 30 dólares/mês. | Frequência escolar, cupons são intransferíveis e destinados apenas para compres de alimentos. |
| Equador | <i>Bono de Desarrollo Humano</i> (BDH) | 2004 | Famílias pobres, com renda abaixo do 2º quartil de acordo com <i>Sistema de Selección de Beneficiarios</i> , que tenham crianças e adolescentes entre 0-16 anos. | 1060 famílias (2006) | 15 dólares por família. | Frequência escolar e comparecimento a postos de saúde. |
| El Salvador | <i>Red Solidaria</i> (RS) | 2005 | Famílias com as mulheres grávidas, crianças e adolescentes menores de 15 anos que não terminaram 6ª série. | 35 famílias (2007) | Valor máximo de 20 dólares por família | Frequência escolar, comparecimento a postos de saúde e participação em palestras. |
| Honduras | <i>Programa de Asignación Familiar</i> (PRAF) | 1998 | Famílias pobres em situação de vulnerabilidade. | 629 pessoas (2005) | No máximo 6 dólares por mês (contando repassa em relação à escolaridade e a saúde). | Frequência escolar e comparecimento a postos de saúde. |

Continua

Conclusão

| País | Nome do Programa e Sigla | Ano de início | Público-alvo | População atendida (milhares) | Benefício | Ações Programadas |
|-----------|--|---------------|---|-------------------------------|--|--|
| México | <i>Progresas / Oportunidades (PROP)</i> | 1997 | Famílias pobres com crianças e adolescentes matriculados na escola com idade 8 a 18 anos; limite de idade aumentou para 20 em 2001, para incluir alunos do ensino médio e superior. Doações em dinheiro são para as famílias pobres, enquanto suplementos nutricionais são direcionados especificamente para grávidas e lactantes mulheres, crianças 4-24 meses e de crianças desnutridas 2-5 anos. | 5000 famílias (2005) | 10 – 63 dólares para crianças/mês. 15 dólares para compra de suplementos nutricionais para gestantes, nutrízes e crianças. | Participação em palestras sobre nutrição e saúde, bolsas de estudos condicionadas à frequência escolar e comparecimento a postos de saúde. |
| Nicarágua | <i>Red de Protección Social (RPS)</i> | 2000 | Famílias pobres com crianças e adolescentes de 0-5 anos de idade e 6-13 que estejam frequentando a escola. | 24 famílias (2006) | 8,5 dólares por criança em relação à frequência escolar e 17 dólares/mês para saúde. | Frequência escolar com menos de 6 dias de ausência não justificadas na escola em um período de dois meses. Visitas regulares a centros de saúde para acompanhamento do crescimento e vacinas das crianças; participação em palestras sobre saúde e nutrição. |
| Paraguai | <i>Red de Promoción y Protección Social (RPPS)</i> | 2005 | Gestantes, crianças e adolescentes (0 a 14 anos) de famílias em situação de extrema pobreza. | 5 famílias (2005) | Valor máximo de 32 dólares por família (limite de 4 crianças por família) | Gestantes exames pré-natais e acompanhamento pós-natal. Crianças até 2 anos acompanhamento do desenvolvimento, acima dos 5 anos também atendimento com odontológico e da frequência escolar. |

Fonte: DURYEY e MORRISON, 2004; RAWLINGS e RUBIO, 2005; BRITTO, 2007; VILLATORO, 2007; MOORE, 2008; LOMELÍ, 2008; FERNALD e HIDROBO, 2011.

ANEXO B

Tabela - Pontos de corte de peso para idade, peso para estatura, IMC e estatura para idade para a classificação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos.

| Valores Críticos | | Índices Antropométricos | | | | | |
|------------------------------|--|------------------------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------|----------------------|
| | | Crianças de 0 a 5 anos incompletos | | | Crianças de 5 a 10 anos incompletos | | |
| | | P/I | P/E e IMC/I | E/I | P/I | IMC/I | E/I |
| $< p 0,1$ | $< \text{Escore-z} -3$ | Muito Baixo peso | Magreza acentuada | Muito baixa estatura | Muito Baixo peso | Magreza acentuada | Muito baixa estatura |
| $> p 0,1 \text{ e } < p 3$ | $> \text{Escore-z} -3 \text{ e } < \text{Escore-z} -2$ | Baixo Peso | Magreza | Baixa estatura | Baixo peso | Magreza | Baixa estatura |
| $> p 3 \text{ e } < p 15$ | $> \text{Escore-z} -2 \text{ e } < \text{Escore-z} -1$ | Peso adequado | Eutrofia | Estatura adequada | Peso adequado | Eutrofia | Estatura adequada |
| $> p 15 \text{ e } < p 85$ | $> \text{Escore-z} -1 \text{ e } < \text{Escore-z} +1$ | | Risco de sobrepeso | | | Sobrepeso | |
| $> p 85 \text{ e } < p 97$ | $> \text{Escore-z} +1 \text{ e } < \text{Escore-z} +2$ | Peso elevado | Sobrepeso | | Peso elevado | Obesidade | |
| $> p 97 \text{ e } < p 99,9$ | $> \text{Escore-z} +2 \text{ e } < \text{Escore-z} +3$ | | Obesidade | | | Obesidade grave | |
| $> p 99,9$ | $> \text{Escore-z} +3$ | | | | | | |

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 61 p.

Tabela - Pontos de corte de IMC e estatura para idade para a classificação do estado nutricional de adolescentes.

| Valores Críticos | | Índices Antropométricos | |
|----------------------------------|--|-------------------------|----------------------|
| | | IMC/I | E/I |
| $< p 0,1$ | $< \text{Escore-z} -3$ | Magreza acentuada | Muito baixa estatura |
| $\geq p 0,1 \text{ e } < p 3$ | $\geq \text{Escore-z} -3 \text{ e } < \text{Escore-z} -2$ | Magreza | Baixa estatura |
| $\geq p 3 \text{ e } < p 15$ | $\geq \text{Escore-z} -2 \text{ e } < \text{Escore-z} -1$ | Eutrofia | Estatura adequada |
| $\geq p 15 \text{ e } \leq p 85$ | $\geq \text{Escore-z} -1 \text{ e } \leq \text{Escore-z} +1$ | | |
| $> p 85 \text{ e } \leq p 97$ | $> \text{Escore-z} +1 \text{ e } \leq \text{Escore-z} +2$ | Sobrepeso | |
| $> p 97 \text{ e } \leq p 99,9$ | $> \text{Escore-z} +2 \text{ e } \leq \text{Escore-z} +3$ | Obesidade | |
| $> p 99,9$ | $> \text{Escore-z} +3$ | Obesidade grave | |

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 61 p.

Tabela - Pontos de corte de IMC para a classificação do estado nutricional de adultos.

| Índice antropométrico | Pontos de corte | Classificação do estado nutricional |
|-----------------------|--|-------------------------------------|
| IMC | $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ | Baixo peso |
| | $\geq 18,5 \text{ e } < 25 \text{ kg/m}^2$ | Eutrófico |
| | $\geq 25 \text{ e } < 30 \text{ kg/m}^2$ | Sobrepeso |
| | $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ | Obesidade |

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 61 p.

ANEXO C- FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DO SISVAN

| | | | |
|---|---|--|---|
| | Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN | | |
| | SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL | | |
| | Estabelecimento de Saúde | Nº CNES* | |
| | Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde | | |
| Ficha: Inclusão Alteração | | | |
| DADOS CADASTRAIS | | | |
| Cadastro de domicílio | | | |
| Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)* | | | |
| Bairro* | CEP | DDD | Telefone |
| Nº CNES do domicílio* | Estabelecimento de Saúde | | |
| Cadastro do Indivíduo | | | |
| Nome completo (sem abreviaturas)* | | Data de Nascimento* | Data do Cadastro |
| | | / / | / / |
| Nome completo da mãe (sem abreviaturas)* | | Nome completo do pai | |
| Sexo* | Raça / Cor* | Escolaridade* (1) | Nacionalidade |
| <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino | <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Negra <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena | | <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira |
| Data de naturalização | UF Nascimento | Município Nascimento | Pais de Origem |
| / / | | | Situação familiar (2) |
| Documentação do Indivíduo | | | |
| NIS (Nº Identificação Social) | NCNS (Nº Cartão Nac. Saúde) | NPCNS (Nº Provisório Cartão Nac. Saúde) | Outro código identificador: |
| O registro de pelo menos um documento oficial é obrigatório* (consulte lista dos documentos oficiais no verso): | | | |
| Tipo (3) | Dados do documento* | | |
| Tipo (3) | Dados do documento | | |
| Programas Vinculados: | <input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | | |
| ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL** | | | |
| Data do acompanhamento*: / / | | | |
| Criança (<10 anos) | Peso (em kg)*: | Altura (em cm)*: | Estado nutricional: |
| | | | Peso por idade: Altura por idade: |
| Adolescente (≥10 e <20 anos) | Peso (em kg)*: | Altura (em m)*: | Estado nutricional: |
| | | | IMC por idade: Altura por idade: |
| Adulto (≥ 20 e < 60 anos) | Peso (em kg)*: | Altura (em m)*: | Estado nutricional: |
| | | | Circunferência da cintura (em cm): Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Idoso (≥ 60 anos) | Peso (em kg)*: | Altura (em m)*: | Estado nutricional: |
| Gestante | Peso (em kg)*: | Altura (em m)*: | Estado nutricional: |
| | | | Peso pré-gestacional (em kg): Data da última menstruação*: / / |
| Doenças*: | | Deficiências e/ou intercorrências*: | |
| <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças | | <input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências | |
| Tipo de Acompanhamento*: | | | |
| <input type="checkbox"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Chamada Nutricional <input type="checkbox"/> Saúde na Escola <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | | | |

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

*** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

ANEXO D- QUESTIONÁRIO DE CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

| CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES |
|--|
| 1. A criança ontem recebeu leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? <input type="checkbox"/> Nunca _____ meses OU _____ dias |
| 3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) <input type="checkbox"/> <1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo |
| 4. A criança ontem recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa) <input type="checkbox"/> Leite do peito <input type="checkbox"/> Chá/Água <input type="checkbox"/> Leite de vaca <input type="checkbox"/> Fórmula Infantil <input type="checkbox"/> Suco de fruta <input type="checkbox"/> Fruta <input type="checkbox"/> Papa Salgada <input type="checkbox"/> Outros |

| CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 6 MESES E MENOS DE 2 ANOS |
|--|
| 1. A criança ontem recebeu leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim (pule para a pergunta 3) <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Se não, até que idade seu filho mamou no peito? <input type="checkbox"/> Nunca _____ meses OU _____ dias |
| 3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) <input type="checkbox"/> <1 mês ou nunca <input type="checkbox"/> até 1 mês <input type="checkbox"/> até 2 meses <input type="checkbox"/> até 3 meses <input type="checkbox"/> até 4 meses <input type="checkbox"/> até 5 meses <input type="checkbox"/> até 6 meses <input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo |
| 4. Ontem, quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) <input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras) |
| 5. Ontem, a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 6. Ontem, a criança comeu fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 7. Ontem, a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 8. Ontem, a criança comeu feijão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 9. Ontem, a criança comeu assistindo televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 10. Ontem, a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 11. A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade, consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 12. A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de 6 meses de idade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 14. A criança tomou refrigerante no último mês? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

| CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 2 ANOS E MENOS DE 5 ANOS |
|---|
| 1. Ontem, quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) <input type="checkbox"/> Não tomou <input type="checkbox"/> Até 2 (copos/mamadeiras) <input type="checkbox"/> Mais que 2 (copos/mamadeiras) |
| 2. Ontem, a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Ontem, a criança comeu fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Ontem, a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Ontem, a criança comeu assistindo televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 6. Ontem, a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 7. Com que frequência a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras bebidas com açúcar/rapadura/mel/melado? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca |
| 8. Com que frequência a criança toma refrigerantes? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca |
| 9. Com que frequência a criança come salgadinho de pacote (aqueles industrializados feitos para crianças)? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca |
| 10. Com que frequência a criança come biscoito ou bolacha recheados? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca |
| 11. Com que frequência a criança come frutas ou bebe suco de frutas frescas? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca |
| 12. Com que frequência a criança come feijão? (ler as alternativas para o responsável) <input type="checkbox"/> Todos os dias (5 a 7x semana) <input type="checkbox"/> Dia sim, dia não (3 a 4x semana) <input type="checkbox"/> Às vezes(2 x semana ou menos) <input type="checkbox"/> Nunca |

