

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

FRANCISLAINE GOMES FERREIRA

**CARACTERÍSTICAS DO ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE  
CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS DE IDADE BENEFICIÁRIAS DO  
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARIACICA/ES**

VITÓRIA

2013

FRANCISLAINE GOMES FERREIRA

**CARACTERÍSTICAS DO ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS DE IDADE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARIACICA/ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Paula Regina L. de Almeida Campos

VITÓRIA

2013

FRANCISLAINE GOMES FERREIRA

**CARACTERÍSTICAS DO ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE CARIACICA/ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em 02 de Dezembro de 2013, por:

---

Prof.<sup>a</sup> Paula Regina Lemos de Almeida Campos, FCSES – Orientador

---

Jamille Soares Nascimento

---

Sandra Aguiar

Aos meus pais pela dedicação e apoio de todos estes anos, pois não mediram esforços em zelar pela minha educação e criação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pelo imensurável e indescritível amor, por ter me concedido forças e me dado condições para concluir mais esta etapa.

Aos meus pais pela criação, amor e educação, apoio e dedicação total que sempre tive;

Aos demais familiares que torceram e me apoiaram em todos os momentos, com palavras de incentivo e sabedoria;

Ao meu noivo pelo carinho, incentivo, motivação e apoio de sempre;

À minha orientadora, Paula Regina Lemos de Almeida Campos, pelo apoio neste trabalho;

Aos amigos conquistados neste período que de certa forma amenizavam as preocupações e as muitas obrigações que tivemos de encarar;

Às supervisoras de estágio extracurricular, Lívia Volpi e Sandra Aguiar, que foram flexíveis e compreensivas quanto à realização das minhas demais atividades, sendo isso de fundamental importância para conclusão deste;

E a todos que de alguma forma compartilharam e contribuíram para a realização e conclusão deste trabalho,

Meu muito obrigada.

“Se os fatos não se encaixam na teoria, modifique os fatos.”

Albert Einstein

## RESUMO

No Brasil, muitas são as políticas sociais que vem sendo implantadas, voltadas para o combate à fome e para a promoção da saúde. Embora haja uma oferta de recursos financeiros por parte desses programas, observa-se que os impactos em relação ao estado nutricional ainda não são consideravelmente satisfatórios. Neste sentido o objetivo do presente trabalho foi descrever características do estado nutricional e o consumo de alimentos de crianças de 0 a 10 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas em uma unidade básica de saúde do município Cariacica, ES. Trata-se de um estudo descritivo transversal, contemplando os meses de setembro a outubro. Para classificação do estado nutricional foi utilizado as variáveis antropométricas P/I (peso/Idade), E/I (Estatura/Idade) P/E (Peso/Estatura) e IMC/I (IMC/Idade), específica para cada sexo. O consumo alimentar foi identificado por meio de instrumentos recomendados pelo SISVAN e CGAN/ Ministério da Saúde. A amostra contou com 102 crianças das quais, 51,0% eram do sexo feminino, 10,8% das crianças apresentaram déficit de altura, sendo a maior prevalência (9,8%), entre os menores de cinco anos. De acordo com IMC/Idade a prevalência de excesso de peso foi evidenciada em 25,5% da população. Quanto aos hábitos alimentares apenas 15,6% das crianças menores de 2 anos receberam aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e o consumo de refrigerantes foi evidenciado por 85,7%. Nas crianças com idade entre 2 e 5 anos, destaque para o consumo diário de bebidas adoçadas com açúcar (96,0%) e o consumo de guloseimas (76,0%). Nas demais, foi identificado baixo consumo diário de verduras/legumes (10,3%), frutas (37,9%) e um alto consumo de balas/doces (37,9%), embutidos (19%) e refrigerantes (27,9%) diariamente. Esses dados corroboram com o crescente número de sobrepeso e obesidade no país e suas consequências. Com isso faz-se necessário melhor acompanhamento e articulação desses programas de transferência de renda com a implantação real de políticas sociais para que haja promoção da saúde bem como a segurança alimentar e nutricional desta população.

**Palavras-chave:** Perfil nutricional. Programas sociais. Consumo alimentar. Insegurança alimentar e nutricional.

## ABSTRACT

In Brazil, there are many social policies that have been implemented, aimed at fighting hunger and promoting health. Although there is a provision of financial resources on the part of these programs, it is observed that the impacts in relation to nutritional status are not pretty satisfying. In this sense, the objective of this study was to describe characteristics of nutritional status and food intake of children 0-10 years old, beneficiaries of the Bolsa Família Program, attended a primary care unit in the municipality Cariacica/ES. This is a descriptive cross-sectional study, covering the months from September to October. To determine nutritional status anthropometric variables P/I (weight/age), E/I (Height/Age), P/E (weight/height) and BMI/I (BMI/age), specific to each sex was used. Food consumption was identified by means of recommended SISVAN and CGAN/Ministry of Health instruments. The sample consisted of 102 children of which 51.0 % were female, 10.8 % of children had low height, with an higher prevalence (9.8%) among children under five. According to BMI/Age prevalence of overweight was found in 25.5 % of the population. As for eating habits only 15.6 % of children younger than 2 years were exclusively breastfed up to six months and soda consumption was reported by 85.7 %. In children aged 2 to 5 years, highlighting the daily consumption of sugar-sweetened beverages (96.0%) and consumption of sweets (76.0%). In the other, low intake of greens/vegetables (10.3%), fruits (37.9%) and a high intake of candies / sweets (37.9%), embedded (19%) and soft drinks (27 was identified, 9%) daily. These data corroborate the growing number of overweight and obesity in this country and its consequences. Thus it is necessary to better monitoring and coordination of these cash transfer programs to the actual implementation of social policies so that there is health promotion as well as food and nutritional security of this population.

**Keywords:** Nutritional profile. Social programs. Food consumption. Food and nutrition insecurity.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Composição dos valores concedidos pelo Programa Bolsa Família de acordo com o número de beneficiários e renda per capita mínima .....	37
Tabela 2 - Características da População estudada.....	49
Tabela 3 - Estado Nutricional de acordo com o estágio de vida e índices antropométricos das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES, no período de setembro a outubro de 2013.....	50
Tabela 4 - Frequência do consumo de preparações a base de leite das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES, no dia anterior à pesquisa.....	57
Tabela 5 - Frequência do consumo alimentar , das crianças com idade entre 6 e 24 meses beneficiárias do Programa Bolsa Família e atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES.....	62
Tabela 6 - Frequência do consumo alimentar semanal das crianças com idade entre 2 anos e menores de 5 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES.....	65
Tabela 7 - Frequência do consumo alimentar semanal das crianças com idade entre 5 e 10 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES.....	68

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Prevalência de déficit estatural de acordo com a faixa etária e segundo o índice antropométrico de Estatura/Idade, das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica, ES.....52
- Gráfico 2 - Prevalência de déficit e excesso de peso de acordo com a faixa etária segundo o índice antropométrico de Peso/Idade, das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica, ES.....54
- Gráfico 3 - Prevalência de excesso de peso de acordo com a faixa etária e segundo o índice antropométrico de IMC/Idade das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica/ES.....55
- Gráfico 4 - Prevalência de Sobrepeso e Obesidade de acordo com o sexo, em crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica/ES, no período de setembro a outubro de 2013.....56
- Gráfico 5 - Frequência da amamentação exclusiva em crianças com idade de até 02 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica/ES.....59

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
2.1 O DIREITO A ALIMENTAÇÃO ADEQUADA.....	23
2.2 BREVE HISTÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	25
2.3 PRINCIPAIS POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	26
<b>2.3.1 Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)</b> .....	26
<b>2.3.2 Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAM)</b> .....	27
<b>2.3.3 Programa Saúde da Família</b> .....	29
2.4 POLÍTICAS SOCIAIS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA...32	
<b>2.4.1 Programa Bolsa Escola</b> .....	34
<b>2.4.2 Programa Bolsa Família</b> .....	35
2.4.2.1 Condicionalidades.....	36
2.4.2.2 Descrição dos benefícios concedidos.....	37
2.4.2.3 Abrangência e Impactos do Programa Bolsa Família.....	38
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	41
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	41
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	41
3.3 CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO.....	41
3.4 COLETA DOS DADOS.....	42
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DOS DADOS.....	42
<b>3.5.1 Determinação das medidas antropométricas</b> .....	42
3.5.1.2 Crianças maiores de 2 anos.....	43
<b>3.5.2 Instrumento utilizado na coleta dos dados</b> .....	43
3.6 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL .....	44

<b>3.6.1 Crianças de 0 a 5 anos</b> .....	45
<b>3.6.2 Crianças de 5 a 10 anos</b> .....	46
3.7 CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR..	48
3.8 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	48
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	49
4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	49
4.2 ESTADO NUTRICIONAL.....	49
4.3 PRÁTICAS ALIMENTARES POR ESTÁGIOS DE VIDA.....	58
<b>4.3.1 Crianças Menores de cinco anos</b> .....	58
4.3.1.1 Aleitamento Materno exclusivo.....	58
4.3.1.2 Preparações a base de leite.....	61
4.3.1.3 Consumo Alimentar das Crianças entre 6 e 24 meses.....	62
4.3.1.4 Consumo de alimentos das crianças entre 2 e menores de 5 anos.....	65
<b>4.3.2 Crianças entre 5 e 10 anos de idade</b> .....	67
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	71
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73
<b>ANEXO A</b> .....	87
<b>ANEXO B</b> .....	88
<b>ANEXO C</b> .....	89
<b>ANEXO D</b> .....	90
<b>ANEXO E</b> .....	91
<b>ANEXO F</b> .....	92
<b>APÊNDICE A</b> .....	93
<b>APÊNDICE B</b> .....	94

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, muitas são as políticas sociais que vem sendo implantadas, voltadas para o combate à fome, a miséria e para a promoção da saúde. As políticas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) configuram as políticas de proteção social, cujo propósito é ofertar melhores condições de vida, saúde e também inclusão social (BRASIL, 2013a).

As iniciativas governamentais, no entanto, podem ser analisadas como compensatórias no que tange ao favorecimento para o desenvolvimento econômico do País. Para muitos críticos e opositores ao governo consideram ainda, que as políticas implementadas são meramente assistencialistas (MARQUES; MENDES, 2007). Todavia, tem contribuído para redução da miséria e desigualdades no país (MARINHO et al., 2011).

Embora haja uma oferta de recursos financeiros e que seja evidente a emancipação social de famílias menos favorecidas (BRASIL, 2013a), observa-se que os impactos com relação ao estado nutricional, ainda não são consideravelmente satisfatórios (CALDAS et al., 2012). Em especial quando se evidencia as transformações vividas pelo Brasil e por outros países em desenvolvimento, o que a literatura define como fenômeno, as transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas, que causaram grande impacto na sociedade em vários aspectos (ROSA, 2011).

Do ponto de vista nutricional, os hábitos alimentares sofreram importantes alterações. Entretanto, essas transformações desencadearam novos problemas de saúde pública, como sobrepeso e a obesidade e conseqüentemente um aumento expressivo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2012). Sendo uma das principais causas de morbimortalidade no país e no mundo (GOTTLIEB et al., 2011).

Com base no exposto, o objetivo do presente trabalho é descrever o estado nutricional bem como o consumo alimentar de crianças de 0 a 10 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família atendidas em uma unidade básica de saúde do município de Cariacica, ES.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O DIREITO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

A nutrição e a alimentação adequada e saudável são direitos humanos fundamentais adquiridos através da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) da Organização das Nações Unidas, constituindo condições básicas para o alcance da promoção e proteção a saúde (PINHEIRO; CARVALHO, 2008). Esses mesmos direitos são claramente evidenciados no art. 25 da Declaração da ONU, onde diz que todas as pessoas tem o direito garantido a um estado de vida que lhe possa fornecer qualidade de vida e saúde, enfatizando e atribuindo prioridade para a alimentação, o vestuário, as condições de moradia, serviços sociais e também assistência médica (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Segundo Bobbio (apud OLIVEIRA, 2007, p. 363) “[...] direitos do homem são aqueles cujo reconhecimento é condição necessária para o aperfeiçoamento da pessoa humana, ou para o desenvolvimento da civilização etc.” Neste sentido, cabe ao Estado respeitar, proteger e prover meios para que os indivíduos possam nutrir-se com qualidade e de forma digna (BRASIL, 2012).

Em 1999, o Comitê de Direito Econômicos, Sociais e Culturais, (CDESC) por meio do Comentário Geral nº 12 define claramente a realização do direito humano à alimentação quando diz: “O direito à alimentação adequada não deve ser interpretado como um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. A adequação refere-se também às condições sociais, econômicas, culturais, climáticas, ecológicas e entre outras” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1999).

Valente (2003, p. 53) colabora com a definição do CDESC afirmando:

Um escravo bem nutrido não tem seu direito humano à alimentação garantido, porque ele ou ela continua escravo, e portanto, violado/a em sua humanidade. Um adulto ou uma criança que se alimenta do lixo, mesmo que “bem nutrida”, continua a ter seu direito humano violado, pois ela ainda tem fome e, mais do que tudo, tem sua cidadania violada. Por outro lado, uma pessoa que tenha acesso a alimentos em quantidade e qualidade suficiente, mas que está enferma ou não tem condições para preparar este alimento, também tem seu direito humano à alimentação violado.

Portanto o direito humano a alimentação não refere somente a providência de alimentos para outrem, uma vez que esta não garante a total exclusão da pobreza e

da fome. Ambos os conceitos de fome e pobreza se correlacionam, porém merecem atenção individualizada. Yazbek (2004), afirma que embora sendo muitas vezes confundidos os conceitos de fome, desnutrição e pobreza e até se correlacionarem, os mesmos constituem significados distintos.

A desnutrição segundo Monteiro (apud SOUSA et al., 2003, p. 25) “[...] é a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida”. Por conseguinte a privação de alimentos gera a fome, sendo que a mesma classifica-se em fome aguda, a que representa a urgência em se alimentar, e a fome crônica, que se refere a quantidades inferiores de nutrientes consumidos diariamente, resultando em desnutrição energética (MONTEIRO, 2003).

Valente (2002) descreve ainda, a importância histórica e cultural da alimentação para humanidade como um processo de construção que norteia as relações sociais, no entanto, além dessa questão, a finalidade da alimentação para o organismo humano de acordo com Carvalho e outros (2011), é de fornecer nutrientes para suprir as necessidades fisiológicas.

Constitui-se então, que o ato de se alimentar, a disponibilidade de alimentos não está necessariamente vinculado a uma boa nutrição, tendo em vista a situação nutricional enfrentada pelo país nos últimos anos, como mostra os dados do VIGITEL de 2009 (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), um levantamento de dados realizado pelo Ministério da Saúde, por meio de contato telefônico, com intuito de monitorar os principais fatores determinantes para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, revelou a frequência de excesso de peso das 27 cidades pesquisadas: 46,6%, sendo maior entre homens 51,0%, quando comparado com o das mulheres 42,2% (BRASIL, 2010a).

Assim sendo, é possível interpretar de maneira diferente a questão da má nutrição, fome e alimentação. Uma vez que devemos observá-las não somente em sua dimensão econômica (que diz respeito às condições financeiras), alimentar (referente à disponibilidade de alimentos) ou biológica (referenciando o estado nutricional) (VALENTE, 2002).

## 2.2 BREVE HISTÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

O tema saúde no Brasil passa a ter relevância em meados dos anos 80 e conquista evidência frente aos demais assuntos tratados na época, se tornando imergente (BRASIL, 2006a). A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 contribuiu para tal, sendo um marco para a promoção da saúde no país, levando também a um momento culminante do movimento sanitário. Com tema central 'Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial', definiu em seu relatório final o direito a saúde, como sendo: “[...] significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional [...]” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 04). De mesmo modo Erdmann e outros (2009) afirmam que um ser saudável, deve ser construído a partir de uma condição real em se que vive, do convívio social e das relações que o mesmo constrói e compartilha.

Posteriormente, com a Constituição Federal de 1988, se firmaram alguns importantes pontos para a reformulação do sistema brasileiro de proteção social. A Carta Magna de 1988 reforçou em vários aspectos a garantia do direito por parte dos mais necessitados, a serviços ora não contemplados pelos mesmos. Dentre alguns benefícios conquistados através da Carta, podemos destacar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que possibilitou a transferência de um salário mínimo, ao idoso e à pessoa com deficiência que viviam em extrema pobreza (SOARES; SÁTYRO, 2009).

Neste mesmo contexto, em 19 de setembro de 1990, surge um novo conceito de saúde no Brasil através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei 8.080/90 que dispõe sobre sistema de saúde pública no Brasil, em seu artigo terceiro, descreve a saúde numa ampla visão e ainda um conjunto de fatores condicionantes e determinantes para concepção da mesma: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]” (BRASIL, 1990).

Desta forma o conceito de saúde se amplia e não mais é visto em um único segmento, mas em diversas esferas do governo e sociedade. Segundo Ferreira; Magalhães (2007), este conceito de saúde alça a relevância da promoção da saúde, estando também relacionado a enfrentar esta, que é uma situação real de arbitrariedade histórica.

A necessidade de promoção à saúde passa a ter dimensões cada vez maiores e se torna estratégia para criação de políticas voltadas para a alimentação e nutrição. O ministério da saúde em 2010 por meio da Política Nacional de Promoção a Saúde concluiu em seu contexto, que a promoção da saúde é uma forma de melhor percepção dos fatores que podem interferir na qualidade de vida da população (BRASIL, 2010b).

Assim sendo, diversas políticas vem sendo implantadas e implementadas com o intuito de garantir o direito a saúde, erradicar a pobreza, miséria e colaborar com a emancipação de famílias menos favorecidas. Pode-se definir ainda, que garantir saúde relaciona-se em conferir acesso para a população de forma igualitária e universal aos serviços de saúde, assim como a criação de programas e políticas públicas voltadas para a redução dos riscos e fatores que prejudicam a população (BRASIL, 2010b).

## 2.3 PRINCIPAIS PROGRAMAS SOCIAIS VOLTADOS PARA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

### 2.3.1 Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)

Por meio da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, criou-se o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com o intuito de garantir o direito humano ao acesso a uma alimentação adequada e de qualidade. Sendo explicitado nos art. 2º e 3º da lei, sendo que no art. 4º a visão de Segurança Alimentar e Nutricional, não se resume em apenas conceder para o indivíduo o acesso à alimentação, excede este entendimento, conforme evidencia os artigos 2º, 3º e 4º da lei:

Art. 2º. A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público

adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

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 seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável.

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, 2006b).

### **2.3.2 Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAM)**

No tocante as políticas sociais implantadas de mesmo cunho, ressalta-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAM), que é inserida neste contexto de Segurança Alimentar e Nutricional e também integrante da Política Nacional de Alimentação. A mesma foi aprovada através da publicação da Portaria nº710 de 10 de junho de 1999 (BRASIL, 2012).

A PNAM se apresenta como um incremento às políticas sociais já criadas, sendo abrangente e de maiores dimensões (RECINE; VASCONCELLOS, 2011). A sua criação foi oportuna e totalmente necessária, em razão das transformações vivida pela população brasileira nos últimos anos. Batista Filho e Rissin (2003) descrevem ainda que essas transformações influenciaram de modo expressivo nas escolhas alimentares e a estrutura epidemiológica das doenças, o que representa as transições nutricionais, demográficas e epidemiológicas.

Em face disso a PNAN se destaca fundamentando-se a partir do princípio do direito humano a alimentação, tendo como propósito estimular a alimentação saudável e consequentemente a promoção da saúde, através do estímulo a ações específicas voltadas para este fim (PINHEIRO; CARVALHO, 2008). Sendo assim, algumas diretrizes são definidas para alcançar o objetivo proposto, a saber:

1. A Organização da Atenção Nutricional;
  2. A promoção da alimentação Adequada e saudável;
  3. A Vigilância Alimentar e Nutricional;
  4. Gestão das ações de Alimentação e Nutrição;
  5. Participação e Controle Social;
  6. Quantificação da Força de Trabalho;
  7. Controle e Regulação dos Alimentos;
  8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;
  9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional;
- (BRASIL, 2012, p. 25).

A primeira diretriz evidencia a plena necessidade na organização dos serviços de saúde, em especial na atenção básica, haja vista a situação nutricional enfrentada pelo país nos últimos anos, como citado anteriormente. É possível Proporcionar através dessa ação, meios hábeis de assistir a população à medida que for necessário, concebendo a prevenção de doenças, agravos à saúde, diagnóstico, tratamento, monitoramento por meio do sistema de vigilância para se conhecer os fatores condicionantes e determinantes no processo, bem como a identificação de populações vulneráveis e susceptíveis a possíveis carências. A atenção básica envolve também os cuidados relacionados à nutrição e alimentação e zelar pela promoção da saúde (BRASIL, 2012).

Com base no exposto, a PNAM tem como segunda diretriz a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), estimulando ações estratégicas e intersetoriais para a promoção da saúde, atuando em conjunto com a comunidade e órgãos governamentais para orientação da população através do desenvolvimento de educação alimentar e nutricional, como dita a quinta diretriz que fala sobre a participação e controle social. A implantação dessa diretriz deve estar de acordo com algumas iniciativas tais como a de praticar políticas públicas saudáveis, reforçar a ação da comunidade gerando desse modo o desenvolvimento pessoal, criar ambientes que favorecem a promoção da saúde e também desenvolver habilidades pessoais (BRASIL, 2012).

Em busca de auxiliar nas ações voltadas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, os profissionais da saúde podem utilizar os Guias Alimentares, que é um instrumento para orientar tanto para os profissionais da saúde como a população, no que diz respeito à alimentação adequada e balanceada (BARBOSA et al., 2008).

Assim sendo, a PAAS tem por objetivo melhorar a condição de vida e saúde de indivíduos e coletividades, ampliando estratégias e favorecendo a redução de doenças crônicas desencadeadas pela má alimentação e pela falta de informação, evitando-se agravos à saúde como hipertensão, diabetes entre outros. Aliada a diretriz que fala sobre o controle e regulação dos alimentos, que estabelece um cuidado em ofertar para população alimentos de qualidade a um nível nutricional, biológico e sanitário. Tendo cooperação e meios articulados, através da intersetorialidade, para garantir que todos tenham segurança alimentar e nutricional. Considerando também a importância cultural e histórica que o alimento traz consigo, assim como suas funções no organismo humano (BRASIL, 2012).

Como parte fundamental no processo saúde/doença, a vigilância alimentar e nutricional se torna essencial, pois é através da mesma em que se pode controlar e monitorar a saúde e aspectos nutricionais de coletividades, bem como favorecer o diagnóstico por parte dos profissionais da saúde a fim de traçar métodos e ações eficazes na identificação de fatores condicionantes a saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Como subsídio a esta diretriz está o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), preconizado internacionalmente desde a década de 70, porém no Brasil só teve sua implantação em meados dos anos 90, o mesmo consiste em um sistema de dados de informação, caracterizando a população no que diz respeito aos aspectos nutricionais, fornecendo substrato para a intervenção e ao mesmo tempo fornece resposta aos programas cuja população estudada está inserida, como o programa bolsa família e outros (BRASIL, 2008). O SISVAN é parte de um investimento do PNAM, onde através do mesmo é possível alcançar dados que colaboram com novas pesquisas, já que o programa tem como diretriz o apoio e o incentivo a pesquisas e inovações no campo da alimentação e nutrição (BRASIL, 2012).

O SISVAN conta como fonte, os dados coletados nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) como os estudos e pesquisas populacionais, os próprios programas de agente comunitário de saúde, o programa saúde da família,

instituições como creches e escola. Ainda conta como fonte, os bancos de dados do SUS, como por exemplo, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação sobre Nascidos-vivos (SINASC) e o Sistema de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2008).

Em relação à quarta diretriz referente à gestão das ações de alimentação e nutrição, esta deve estar compactuada entre as esferas de governo, sempre respeitando os princípios do SUS, alcançando com isso a efetivação da PNAM. Sendo preciso, no entanto de estratégias de organização para consolidar e aperfeiçoar as diretrizes desta política. Do mesmo modo torna-se indispensável ordenar a formação dos trabalhadores da área da saúde, que atuarão nesse campo de nutrição e alimentação do SUS, obtendo melhor qualificação e quantificação da força de trabalho para a gestão e também atenção nutricional em acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2012).

### **2.3.3 Programa Saúde da Família**

O Programa Saúde da Família (PSF) originou-se em 1997, quando influenciado pelas experiências positivas locais o governo Federal intitulou a Estratégia de Saúde da Família, para o então PSF. De acordo com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Participativa, o PSF tem por finalidade três objetivos principais, a saber: Oportunizar as famílias atendidas uma assistência de qualidade e atendimento humanizado, a fim de suprir as necessidades dos cidadãos, através da garantia à assistência, aprimorando-a de forma que as ações sejam organizadas sendo possível perceber as necessidades das famílias a partir do contato com seu ambiente (BRASIL, 2005a).

Com base nos princípios institucionais do SUS e que regem a atenção básica no Brasil que são a integralidade, equidade, qualidade e participação social, o Programa Saúde da Família (PSF) se apresenta, e refere-se ainda a um modelo de organização de atenção básica, constituindo dessa forma ações relacionadas com a atenção básica (BRASIL, 2005a).

O PSF surge então como uma reorientação ao modelo assistencial, haja vista a necessidade de uma estratégia para melhorar os cuidados com a atenção básica no país. De acordo com Testa (apud COPQUE; TRAD, 2005, p.224), estratégia “é um

modelo de como a política é inserida e diz respeito a comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo". Desse modo o PSF possui algumas características que podem ser definidas como estratégia para o melhor desenvolvimento das atividades. A longitudinalidade ao acompanhamento pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) é uma delas, aparecendo como imprescindível ao cuidado com as famílias se tornando extremamente importante pelo fato do acompanhamento ser contínuo e por conta disso haver maior percepção da situação das famílias por parte da equipe de saúde (BRASIL, 2005a).

Partindo deste princípio, o PSF busca intervir numa instituição como a família e não somente em um indivíduo em particular, para que a qualidade de vida e saúde dessas famílias possam ser monitoradas com maior proximidade. Rosa e Labate (2005), assinalam que o programa dispõe de uma nova organização na estrutura dos serviços de saúde, havendo maior proximidade do profissional com a comunidade, famílias e indivíduos, assumindo a responsabilidade de assistir de forma íntegra a população, contando para isso com o auxílio da equipe de profissionais capacitados para identificar os fatores de risco e intervir no que for preciso. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial, visando à qualidade de vida da comunidade.

Como parte integrante da estratégia do PSF, tem-se o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O mesmo existe desde a década de 90, porém só em 1997 que foi regulamentado e instituído. As ações deste programa são desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da própria população e que dão suporte para a realização de atividades de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2001).

De acordo com o art. 3º da Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, as atividades a serem executadas pelos ACS são: Utilizar ferramentas para diagnosticar aspectos demográfico e sociocultural da região, a execução de ações que promovam educação para a saúde individual e de coletividades, registrar dados como número de nascimentos, óbitos e doenças para o controle e planejamento das ações de saúde, estimular a comunidade atendida a se envolver e participar das políticas públicas com foco na área da saúde e realizar periodicamente visitas aos domicílios monitorando as situações que expõem as famílias a riscos (BRASIL, 2001).

## 2.4 POLÍTICAS SOCIAIS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA

As Políticas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) são um marco para os programas sociais, é considerada como a principal estratégia para desenvolvimento de tais programas. As mesmas fazem parte das políticas de proteção social e combate a fome, não só no Brasil, mas em outros países. Foram implantadas voltadas para famílias que vivem sob condições de risco nutricional e insegurança alimentar (BURLANDY, 2007). Segundo Durieux (2011), as PTCR podem ser consideradas com uma forma de diminuir as desigualdades sociais.

As PTCRs no Brasil começaram a emergir desde 1975, quando criou-se a Política de Renda Mínima, o então chamado Benefício de Prestação Continuada (BPC), que por meio da Previdência Social concedia a idosos acima de 70 anos e portadores de deficiência,  $\frac{1}{2}$  salário mínimo (ROSA, 2011). No início da década de 90, onde se tornou parte de assunto da agenda pública as PTCRs ganharam mais enfoque quando o então senador Eduardo Suplicy cria um projeto denominado Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM) que pretendia conceder benefício complementar de 30% e até 50% para indivíduos maiores de 25 anos, cuja renda mínima não ultrapassasse a 2,25 salários mínimos. Esta medida não foi aprovada, porém estimulou a criação de outras políticas baseadas em seu projeto (SILVA, 2007).

As PTCR se tornaram mais comuns e a partir do ano de 1991 diversos Estados e municípios começaram a criar programas de transferência de renda independentemente das ações do governo federal. Nestes programas os beneficiários eram representados por famílias e não mais indivíduos isolados, essas famílias precisavam cumprir algo imposto como condicionalidade para terem direito ao benefício ofertado (SILVA, 2007).

É notável que as Políticas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) desde sua criação, incitaram vários comentários a respeito da mesma. Segundo os autores Druck e Filgueiras (2007, p. 26), trata-se de: “Uma política social de natureza mercantil, que concebe a redução da pobreza como um ‘bom negócio’ e que transforma o cidadão portador de direitos e deveres sociais em consumidor tutelado, através da transferência direta de renda”.

Marinho e outros (2011) afirmam ainda, que é necessária a implantação de programas complementares para o favorecimento de renda própria, uma vez que é

muito provável que ao findar os programas nos quais os beneficiários são contemplados, eles voltem para condição de pobreza. Mas, por outro lado garantem em seus estudos que os programas de transferência de renda tem colaborado para redução da pobreza e desigualdades no Brasil.

De acordo com Burlandy (apud LIMA et al., 2011 p. 200) “[...] os PTCR têm um impacto pouco significativo no estado nutricional da população, uma vez que, para a melhora deste não é suficiente apenas ter maior acesso à compra de alimentos.”.

Estudo recente realizado no município de Toledo (PR) mostrou que 75% das famílias beneficiárias de Programas de Transferência de Renda (PTR), são vítimas de Insegurança Alimentar (ANSCHAU et al., 2012).

Souza (2009) argumenta a respeito das PTCR dizendo que esses programas não teriam condições de proporcionar mudanças ao estado nutricional de seus beneficiários, já que não objetiva com exclusividade a intervenção nutricional.

Magalhães e outros (2007) descrevem que mesmo tendo vários achados sobre o aumento da utilização de serviços de saúde e educação por parte de pessoas que outrora não tinham acesso a esses serviços, os resultados no que diz respeito à situação nutricional e desempenho escolar não são significativos.

Moura (2007) descreve que o governo agindo dessa forma, age como se os seus programas sociais fossem a solução para os problemas sociais enfrentados pela população. O autor afirma ainda, que dessa forma há uma desvalorização por parte do governo com relação às estratégias que podem levar ao desenvolvimento, geração de trabalho e conseqüentemente renda, melhor assistência nos serviços de saúde pública e na educação, constituindo com isso ações opostas a essas medidas assistencialistas que vem sendo praticado.

#### **2.4.1 Programa Bolsa Escola**

Em 11 de abril de 2001 através da lei nº 10.219, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, surge o Programa Bolsa Escola, o primeiro programa de transferência condicionada de renda a ser de fato implantado. O mesmo tinha sob gestão o MEC e era vinculado ao Ministério da Educação, favorecia famílias cuja renda per capita se constituía de até ½ salário mínimo (BRASIL, 2001). Através da

transferência de renda, o Programa Bolsa Escola objetivava a redução da pobreza entre crianças de 06 a 15 anos matriculadas no ensino Fundamental e ainda favorecia na educação das mesmas elevando a participação nas escolas por meio da condicionalidade de frequência escolar (FERREIRA, 2009).

Com o objetivo de melhorar as condições de saúde e nutrição, reduzindo os riscos nutricionais de mães, nutrizes e crianças de até seis anos, foi criado em 2003, o Bolsa Alimentação (SOUZA, 2009). O programa concedia até três benefícios por família cujo valor era de R\$15,00 mensais. O foco era estimular a participação deste público às ações relacionadas à promoção da saúde, como programas voltados para educação e incentivo ao aleitamento materno, alimentação adequada, estímulo ao comparecimento das consultas de pré-natal e outros (DUARTE et al., 2009). Para participar do programa a renda per capita das famílias não devia ultrapassar R\$ 90,00 mensais, sendo requisitada em contrapartida a condicionalidade de frequência em consulta pré-natal, vacinação das crianças, participação nos programas educativos de saúde e nutrição (SANTANA, 2007).

Em 2003, no governo de Luis Inácio Lula da Silva, foi instituído o programa Fome Zero ligado ao Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA), que logo depois foi transformado ao então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (ROSA, 2011). O programa Fome Zero teve por objetivo erradicar a fome e a pobreza, contribuindo para a promoção da segurança alimentar e nutricional no país. Ainda de acordo com a autora, o programa se baseia em quatro eixos que são: Ofertar a condição de acesso aos alimentos, com foco na agricultura familiar, a geração e articulação da renda e ainda envolvimento social.

O programa desempenhou diversas ações, dentre elas, a criação do Cartão Alimentação (FERREIRA, 2009), que assegurava uma quantia em dinheiro a famílias pobres para auxiliar nos gastos com a alimentação. Como condicionalidade era exigido que adultos pertencentes às famílias contempladas, frequentassem cursos de alfabetização para adultos (SANTANA, 2007).

#### **2.4.2 Programa Bolsa Família**

No tocante às políticas públicas implementadas de transferência Condicionada de renda, ressalta-se o Programa Bolsa Família (PBF) do Governo Federal, instituído

pela Lei 10.836/04 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/04, é considerado o mais ambicioso programa de transferência de renda já existente. Contemplando cerca de 13 milhões de famílias em todo o país (BRASIL, 2013a). O Programa Bolsa Família tem por objetivo erradicar a fome e a miséria no Brasil, e dar subsídios para que famílias que vivem em extrema pobreza (com renda mensal de até R\$ 70 por pessoa) possam ter acesso ao direito à alimentação (ROSA, 2011).

Soares e Sátyro (2009, p.11) afirmam que o PBF diferente de outros benefícios como a aposentadoria, seguro-desemprego tem orçamento definido. Completando: “Uma vez esgotada a dotação orçamentária, ninguém mais pode passar a receber o benefício, pelo menos até que haja crédito suplementar.”

Integrante do Plano Brasil Sem Miséria (BSM) e gerenciado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome, que fez de vários programas como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio gás entre outros, em um único programa, o PBF é de gestão descentralizada sendo compartilhado entre União, estados e municípios, unidos para melhor execução desse programa (BRASIL, 2010b). Santana (apud DURIEUX, 2011, p. 51) descreve: “O objetivo era integrar e direcionar as políticas para adquirir escala, massa crítica e arcabouço institucional adequado de modo a incorporar os avanços obtidos sem paralisar o pagamento dos benefícios para as famílias que realmente precisassem”

Para ter acesso ao benefício todas as famílias devem se inscrever no Cadastro Único (CadÚnico), um instrumento que permite caracterizar e identificar a real situação socioeconômica das famílias. Uma vez tendo o cadastro, as famílias passam a ter condições de participar dos programas desenvolvidos pelo governo (ROSA, 2011).

#### 2.4.2.1 Condicionalidades

Aos beneficiários são impostas algumas condicionalidades, que são compromissos firmados entre os contemplados e o poder público, que também deve prover meios para que os mesmos possam ter acesso aos serviços públicos de saúde, assistência social e também educação (BRASIL, 2005b).

Para a gestante é necessário se inscrever no pré-natal, ser regular nas consultas de acordo com a orientação do Ministério da Saúde, além de participar de atividades de

orientação ao aleitamento materno, alimentação saudável e também preparo para o parto. Para a mãe ou responsável legal da criança menor de 07 anos é necessário realizar o acompanhamento da criança numa Unidade de Saúde, sendo acompanhado o cartão de vacinação e o desenvolvimento das crianças. Deve também participar de ações educativas estimulando o aleitamento materno e práticas para o mesmo e estar em dia com o cartão de vacinação da criança conforme orientado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

Para as crianças e adolescentes com idade entre 06 e 15 anos, é necessário estarem matriculados e serem assíduos nas aulas, tendo as crianças frequência mínima de 85% da carga horária total e os adolescentes uma frequência mínima de 75% (DURIEUX, 2011).

Com relação à assistência social, as crianças e adolescentes de até 15 anos resgatados do trabalho infantil por meio do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e que se encontram em risco, são estimulados a participar de serviços como o Serviço de Convivência e fortalecimento de Vínculos (SCFV) devendo frequentar o mesmo no mínimo em 85% da carga horária mensal (BRASIL, 2005b).

Às famílias que estão com dificuldade para cumprir as condicionalidades, devem informar ao responsável do município, a equipe de assistência social ou ainda comparecer ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) ou também ao Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), a fim de obter auxílio para superar as dificuldades encontradas. Não havendo regularização no cumprimento das condicionalidades, o benefício a princípio é bloqueado e persistindo o não cumprimento este é suspenso podendo até mesmo ser cancelado. Cabe então ao poder público acompanhar e identificar o porquê do não cumprimento das condicionalidades impostas, sendo criadas medidas de acompanhamento para as famílias que estão em situação irregular (BRASIL, 2005b).

#### 2.4.1.2 Descrição dos benefícios concedidos

A tabela 1 mostra a descrição dos valores e os tipos de benefícios que são concedidos às famílias contempladas pelo programa:

Tabela 1- Composição dos valores concedidos pelo Programa Bolsa Família, de acordo com o número de beneficiários e renda per capita mínima.

<b>Número de gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de até 15 anos</b>	<b>Número de jovens de 16 e 17 anos</b>	<b>Tipo de benefício</b>	<b>Valor do benefício</b>
0	0	Básico	R\$ 70,00
1	0	Básico + 1 variável	R\$ 102,00
2	0	Básico + 2 variáveis	R\$ 134,00
3	0	Básico + 3 variáveis	R\$ 166,00
4	0	Básico + 4 variáveis	R\$ 198,00
5	0	Básico + 5 variáveis	R\$ 230,00
0	1	Básico + 1 BVJ	R\$ 108,00
1	1	Básico + 1 variável + 1 BVJ	R\$ 140,00
2	1	Básico + 2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 172,00
3	1	Básico + 3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 204,00
4	1	Básico + 4 variáveis + 1 BVJ	R\$ 236,00
5	1	Básico + 5 variáveis + 1 BVJ	R\$ 268,00
0	2	Básico + 2 BVJ	R\$ 146,00
1	2	Básico + 1 variável + 2 BVJ	R\$ 178,00
2	2	Básico + 2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 210,00
3	2	Básico + 3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 242,00
4	2	Básico + 4 variáveis + 2 BVJ	R\$ 274,00
5	2	Básico + 5 variáveis + 2 BVJ	R\$ 306,00

Fonte: BRASIL (2013b).

Os benefícios variam de acordo com a situação socioeconômica de cada família, constituindo valores distintos. O Ministério do Desenvolvimento Social tem concedido cinco tipos de benefícios aos contemplados pelo programa: O benefício Básico, que é destinado às famílias extremamente pobres cuja renda per capita é inferior ou equivalente a R\$70,00. O benefício variável, que contempla àquelas famílias que tenham crianças, adolescentes de até quinze anos, grávidas e/ou nutrizes, sendo limitado a cinco benefícios por família. O benefício variável vinculado ao adolescente (BVJ) que é destinado as famílias que possuem jovens entre 16 e 17 anos, limitando o benefício a dois jovens por família. Benefício Variável de Caráter Extraordinário (BVCE) é concedido as famílias que recebiam benefícios de programas anteriores ao Bolsa Família. E por fim o Benefício para Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP), que concede um valor que corresponde àquilo que é da necessidade de famílias com crianças entre zero a seis anos, beneficiárias pelo PBF para superar a renda mensal de R\$ 70,00 por pessoa (BRASIL, 2013b).

Os pagamentos dos benefícios são de responsabilidade da Caixa Econômica Federal (CEF), sendo retirado pelo beneficiário mensalmente através de cartão eletrônico. A CEF recebe informações componentes do Cadastro Único, que é um

instrumento utilizado para identificar famílias de baixa renda, permitindo conhecer a realidade socioeconômica. Sendo também critério para a escolha das famílias beneficiárias de programas sociais do governo. A CEF então recebe e processa essas informações calculando a renda *per capita* das famílias conforme critérios definidos pela Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), calculando assim quanto cada família deve receber (SOARES; SÁTYRO, 2009).

#### 2.4.2.3 Abrangência e impactos do Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família tem colaborado com a emancipação social de centenas de famílias. O programa fez dez anos de existência e houve grandes impactos, como na redução de 19,4% sobre a mortalidade infantil, o que representou uma diminuição de 46,3% da mortalidade desencadeada pela diarreia e 58,2% pela desnutrição. O percentual de estudantes beneficiários do programa aprovados é igual à média do restante do país, e o percentual de evasão escolar é inferior à média encontrada nacionalmente (BRASIL, 2013b).

Segundo Soares e Sátyro (2009), é preciso cobrir grande parcela dessa população para causar impacto sobre a miséria, pobreza e desigualdade.

Uma das grandes preocupações do PBF é a condição do estado nutricional de crianças e adultos. Em face disso, um estudo realizado mostrou que as crianças beneficiárias do programa tem menos chance de desnutrição, 45%. No entanto no Nordeste, essa realidade é diferente visto que a possibilidade de desnutrição subiu para 4,8% podendo estar relacionado ao estado nutricional dessas crianças anteriormente a inserção no programa (ROSA, 2011).

Várias críticas se atrelaram ao programa desde seu surgimento. Existem afirmativas que o programa torna seus beneficiários acomodados e causa conseqüente diminuição do trabalho prestado. Há hipótese ainda de que o programa leva ao desestímulo ao trabalho (SOARES; SÁTYRO, 2009).

Outra questão muito discutida é a focalização do programa. Segundo Senna e outros (2007, p. 88) a mesma não é um ponto forte, sendo altamente criticada na literatura pelo fato de selecionar seus beneficiários apenas através do critério da renda. Sendo que, somente esse critério não é suficiente para definir e qualificar a miséria. O autor ratifica sua afirmativa e classifica a miséria como sendo: “fenômeno

multifacetado que engloba outras dimensões de vulnerabilidade social, tais como: saúde, esperança de vida, educação, saneamento e acesso a bens e serviços públicos”. Constituindo então que a pobreza vai muito além da escassez de renda.

De acordo com Rosa (2011), o PBF reflete positivamente sobre a economia brasileira, onde cada um real investido no programa, o Produto Interno Bruto Brasileiro tem um aumento de aproximadamente 50% em cima do valor investido, o que pode estar relacionado com o aumento do consumo por parte dessas famílias.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado no período de setembro a outubro no município de Cariacica, região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE) por meio do Censo 2010, estimou-se que o município possui 348.738 habitantes, cuja área territorial corresponde a 279,859 Km<sup>2</sup>, a proporção de crianças equivale a 15,5% da população, sendo que aproximadamente 8% tem entre 5 a 9 anos. A região conta com 39 estabelecimentos de Saúde (SUS) distribuídos pelos bairros da região (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

#### **3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

A pesquisa de campo teve como sujeitos da pesquisa, crianças com idades entre 5 meses e 10 anos, beneficiárias cadastradas no Programa Bolsa Família e pertencentes às áreas de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Bela Vista em Cariacica. Foi feita uma carta de solicitação (Apêndice A) para a responsável na Secretaria Municipal de Saúde pelo PACS/PSF na UBS, na qual concedeu autorização (Apêndice B) para realização do estudo no local. Além das crianças desse bairro, foram também incluídas no estudo crianças de bairros adjacentes, como os de Castelo Branco, Rio Marinho, Padre Gabriel e Santa Catarina que também são acompanhados pela referida unidade de saúde.

#### **3.3 CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO**

Foram incluídas no estudo as crianças que se enquadraram na idade de até 10 anos e as que são atendidas pela Unidade de Saúde e cadastradas no programa Bolsa Família, exceto as que moravam em outras áreas não abrangidas pela Unidade de Saúde, as que não apresentaram condições para a adequada realização da avaliação antropométrica e as que não aceitaram participar da pesquisa.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

A população beneficiária do programa é intimada toda primeira quinta e sexta-feira de cada mês para comparecer na UBS de Bela Vista, sendo necessária a presença para o acompanhamento pela equipe do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Sendo este uma das condicionalidades de saúde imposta aos beneficiários. Nestes dias foi realizado a coleta dos dados. Os colaboradores que auxiliaram neste estudo, foram acadêmicos de nutrição compreendidos entre o 4º e 8º período do curso de Nutrição da Faculdade Católica Salesiana de Vitória.

### 3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DOS DADOS

#### **3.5.1 Determinação das medidas antropométricas**

Para traçar o perfil nutricional, foram utilizadas como parâmetro para a avaliação antropométrica, as variáveis de peso (Kg) e estatura (m)/comprimento(cm), (VASCONCELOS, 2008).

##### 3.5.1.1 Crianças menores de 2 anos

Para as crianças com idade inferior a 2 (dois) anos a medida do peso foi aferida em balança pediátrica mecânica (marca Filizola®), concha em aço inox, com capacidade de até 16Kg e divisões de 10g. Para a obtenção desta medida foi instalada a balança em superfície nivelada, permanecendo estável o equipamento durante toda aferição. As crianças foram posicionadas no centro do equipamento e ficaram com o menor número de roupas possível e retiradas as fraldas descartáveis das que utilizavam.

Para aferição do comprimento, foi utilizado antropômetro portátil pediátrico de madeira com extensão de 1 metro e precisão de 1 mm. As crianças foram posicionadas no centro do antropômetro em decúbito dorsal sobre superfície nivelada e firme, sendo firmemente apoiada a cabeça da criança contra a parte superior do equipamento, o pescoço permaneceu reto e o queixo não próximo ao peito. Os ombros se encontravam totalmente em contato com a base do

equipamento, os braços estendidos próximos ao longo do corpo e as nádegas e os calcanhares em contato a base do antropômetro. Os joelhos das crianças foram pressionados para baixo, estando estendidos e os pés unidos e acoplados ao equipamento. Foram ainda, retirados os calçados e também adereços na cabeça.

Para as crianças que já andavam ou que conseguiam permanecer de pé com segurança, foi utilizado estadiômetro vertical sendo o mesmo colocado em parede lisa e sem rodapés. A criança foi posicionada no centro do equipamento em posição vertical ereta, com cabeça erguida e com braços estendidos ao longo do corpo. Nádegas, calcanhares e ombros encostados no estadiômetro, tendo joelhos e ossos internos dos calcanhares unidos.

#### 3.5.1.2 Crianças maiores de 2 anos

Para as crianças com idade superior a 2 anos a medida de peso foi aferida em balança mecânica com plataforma 380 x 290 mm, altura de 1,35m, modelo 110 (marca *Welmy®*), com capacidade para 150Kg, divisões de 100g e pesagem mínima de 2 kg. A criança foi posicionada de costas para balança, no centro do equipamento em posição ereta, com os pés unidos e braços estendidos ao longo do corpo. Durante aferição a criança se encontrava com o menor número de roupa possível, sendo também retirados os calçados.

Para a aferição da estatura foi utilizado a Régua antropométrica da própria balança mecânica descrita acima, com campo de medição de até 2,00m e escala de 0,5cm. A criança se encontrava sem calçados e sem acessórios na cabeça. Foi posicionada no centro do equipamento em posição vertical ereta, com cabeça erguida e com braços estendidos ao longo do corpo. Nádegas, calcanhares e ombros encostados no estadiômetro tendo joelhos e ossos internos dos calcanhares unidos.

#### **3.5.2 Instrumento utilizado na coleta dos dados**

Para descrição do consumo alimentar, foi realizado entrevista sendo adotado como recurso questionário de frequência alimentar, instrumento utilizado pelo SISVAN (Anexo A e B), constituído de questões específicas para crianças menores de seis

meses, entre seis meses e menores de dois anos, entre dois anos e menores de cinco e acima de cinco e menor que dez anos.

Os responsáveis pelas crianças foram convidados a participar deste estudo, respondendo voluntariamente as perguntas contidas no questionário. Sendo que este foi devidamente autorizado mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), conforme evidencia a resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Com o intuito de conhecer o consumo alimentar desta população, foram coletadas informações que propiciou a descrição do consumo alimentar dos diferentes estágios de vida.

No questionário aplicado para os responsáveis das crianças com seis meses, foram colhidas informações referentes à amamentação, ao período de amamentação exclusiva e a inserção da alimentação complementar. Para os responsáveis das crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos, foram realizadas perguntas referentes à amamentação, amamentação exclusiva e alimentação, como consumo de carnes, feijão, frutas, verduras e entre outros. Para os responsáveis das crianças com idade de dois anos e menores de cinco foi questionado sobre a frequência no consumo de leite e a descrição do tipo do mesmo, o consumo de frutas, verduras, feijão, o consumo de salgadinhos, refrigerantes, biscoitos ou bolachas recheadas, e a frequência com que as crianças tomam sucos, refrescos ou bebidas adoçadas com açúcar.

### 3.6 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Os dados antropométricos peso, altura/estatura e Índice de Massa Corporal (IMC), que é equivalente a  $[\text{peso(Kg)}/\text{altura(m)}^2]$ , foram classificados por meio dos índices nutricionais de P/I (peso/ Idade), P/E(Peso/Estatura), E/I (Estatura/Idade) e IMC/I (IMC/Idade) específica para cada sexo, através dos pontos de corte utilizados pela WHO (Anexo D e E) e sendo comparados com as curvas da WORLD HEALTH ORGANIZATION de 2006 (Para crianças de 0 a 5 anos) e 2007 (para crianças de 5 a 10 anos). O índice antropométrico Peso para Estatura não foi utilizado para crianças maiores de 5 anos por não ser de recomendação da WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

### 3.6.1 Crianças de 0 a 5 anos

Para o índice Estatura para Idade das crianças de zero e menores de cinco anos, foram consideradas em Muito baixa estatura para a idade, as crianças que se enquadraram abaixo Percentil 0,1 e Escore-z -3 ou acima do Percentil 0,1 e abaixo do Percentil 3. Da mesma maneira foram consideradas em Baixa Estatura para idade as crianças que se enquadraram acima do Escore-z -3 e abaixo do Escore-z -2. Já as crianças que se enquadraram no percentil maior ou igual a 3 e Escore-z maior ou igual a -2, foram consideradas com a estatura adequada para a idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Para o índice Peso para a Idade desse mesmo estágio de vida, foram consideradas em muito baixo peso para a idade as crianças que se enquadraram no percentil menor que 0,1 e menor que Escore-z -3. Àquelas que se enquadraram no percentil maior ou igual a 0,1 e menor que 3 e menor ou igual ao Escore-z -3 e menor que Escore-z -2, foram classificadas em Baixo peso para a idade. As crianças que se enquadraram no percentil maior ou igual a 3 e menor ou igual ao percentil 97 e maior ou igual ao Escore-z -2 e menor ou igual ao escore-z +2, foram consideradas com peso adequado para a idade. Já as que se enquadraram acima do percentil 97 e acima do Escore-z +2, foram classificadas com Peso elevado para idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Para o índice Peso para Estatura, foram classificadas em Magreza acentuada as crianças que se enquadraram no percentil menor que 0,1 e menor que Escore-z -3. Os que se enquadraram no percentil maior ou igual que 0,1 e menor que o percentil 3 e Escore-z maior ou igual a -3 e menor que Escore-z -2, foram classificadas em Magreza. Para as crianças que se enquadraram no percentil maior ou igual a 3 e menor ou igual a 85 e Escore-z maior ou igual a -2 e menor ou igual a Escore-z +1, foram classificadas em Eutrofia. Aquelas que se enquadraram acima do percentil 85 e maior ou igual ao percentil 97 e maior ou igual ao Escore-z +1 e menor ou igual ao Escore-z +2, foram classificadas em Risco de Sobrepeso. Neste sentido, foram classificadas em Sobrepeso as crianças que se enquadraram no percentil maior que 97 e menor ou igual ao percentil 99,9 e Escore-z maior ou igual a +2 e menor ou igual ao Escore-z +3. Por fim, foram classificadas em Obesidade as crianças que se

enquadraram no percentil maior que 99,9 e menor que Escore-z +3 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Para o índice IMC para Idade, foram classificadas em Magreza acentuada as crianças que se enquadraram no percentil menor que 0,1 e menor que Escore-z -3. As que se enquadraram no percentil maior ou igual que 0,1 e menor que o percentil 3 e Escore-z maior ou igual a -3 e menor que Escore-z -2, foram classificadas em Magreza. Para as crianças que se enquadraram no percentil maior ou igual a 3 e menor ou igual a 85 e Escore-z maior ou igual a -2 e menor ou igual a Escore-z +1, foram classificadas em Eutrofia. Aquelas que se enquadraram acima do percentil 85 e maior ou igual ao percentil 97 e maior ou igual ao Escore-z +1 e menor ou igual ao Escore-z +2, foram classificadas em Risco de Sobrepeso. Neste sentido, foram classificadas em Sobrepeso as crianças que se enquadrarem no percentil maior que 97 e menor ou igual ao percentil 99,9 e Escore-z maior ou igual a +2 e menor ou igual ao Escore-z +3. Por fim, foram classificadas em Obesidade as crianças que se enquadraram no percentil maior que 99,9 e maior que Escore-z +3 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

### **3.6.2 Crianças de 5 a 10 anos**

Para o índice Estatura para Idade das crianças de 5 a 10 anos, foram consideradas em Muito baixa estatura para a idade, as crianças que se enquadraram abaixo Percentil 0,1 e Escore-z -3 ou acima do Percentil 0,1 e abaixo do Percentil 3. Assim, foram consideradas em Baixa Estatura para idade as crianças que se enquadrarem acima do Escore-z -3 e abaixo do Escore-z -2. Já as crianças que se enquadraram no percentil maior ou igual a 3 e Escore-z maior ou igual a -2, foram consideradas com a estatura adequada para a idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007)

Com relação ao índice Peso para a Idade desse mesmo estágio de vida, foram consideradas em muito baixo peso para a idade as crianças que se enquadrarem no percentil menor que 0,1 e menor que Escore-z -3. Àquelas que se enquadrarem no percentil maior ou igual a 0,1 e menor que 3 e menor ou igual ao Escore-z -3 e menor que Escore-z -2, foram classificadas em Baixo peso para a idade. As crianças que se enquadraram no percentil maior ou igual a 3 e menor ou igual ao percentil 97 e maior ou igual ao Escore-z -2 e menor ou igual ao escore-z +2, foram

consideradas com peso adequado para a idade. Já as que se enquadraram acima do percentil 97 e acima do Escore-z +2, foram classificadas com Peso elevado para idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Para o índice Peso para Estatura, foram classificadas em Magreza acentuada as crianças que se enquadraram no percentil menor que 0,1 e menor que Escore-z -3. Os que se enquadraram no percentil maior ou igual que 0,1 e menor que o percentil 3 e Escore-z maior ou igual a -3 e menor que Escore-z -2, foram classificadas em Magreza. Para as crianças que se enquadraram no percentil maior ou igual a 3 e menor ou igual a 85 e Escore-z maior ou igual a -2 e menor ou igual a Escore-z +1, foram classificadas em Eutrofia. Aquelas que se enquadraram acima do percentil 85 e maior ou igual ao percentil 97 e maior ou igual ao Escore-z +1 e menor ou igual ao Escore-z +2, foram classificadas em Risco de Sobrepeso. Neste sentido, foram classificadas em Sobrepeso as crianças que se enquadraram no percentil maior que 97 e menor ou igual ao percentil 99,9 e Escore-z maior ou igual a +2 e menor ou igual ao Escore-z +3. E por fim, foram classificadas em Obesidade as crianças que se enquadraram no percentil maior que 99,9 e menor que Escore-z +3 (WORLD HEALTH ORGANIZATION).

Para o índice IMC para Idade, foram classificadas em Magreza acentuada as crianças que se enquadraram no percentil menor que 0,1 e menor que Escore-z -3. Os que se enquadraram no percentil maior ou igual que 0,1 e menor que o percentil 3 e Escore-z maior ou igual a -3 e menor que Escore-z -2, foram classificadas em Magreza. Para as crianças que se enquadraram no percentil maior ou igual a 3 e menor ou igual a 85 e Escore-z maior ou igual a -2 e menor ou igual a Escore-z +1, foram classificadas em Eutrofia. Aquelas que se enquadraram acima do percentil 85 e maior ou igual ao percentil 97 e maior ou igual ao Escore-z +1 e menor ou igual ao Escore-z +2, foram classificadas em Risco de Sobrepeso. Neste sentido, foram classificadas em Sobrepeso as crianças que se enquadraram no percentil maior que 97 e menor ou igual ao percentil 99,9 e Escore-z maior ou igual a +2 e menor ou igual ao Escore-z +3. Foram classificadas em Obesidade as crianças que se enquadraram no percentil menor ou igual a 99,9 e menor ou igual que Escore-z +3 e por fim foi consideradas em obesidade grave as crianças que se enquadraram no percentil maior que 99,9 e maior que escore-z +3 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

### 3.7 CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

O consumo alimentar das crianças menores de dois anos foi avaliado com base nas recomendações do Ministério da Saúde, através do Guia Alimentar para crianças menores de dois anos, por meio dos Dez Passos para Alimentação Saudável (BRASIL, 2013c). Para os maiores de dois anos e menores de três, foi utilizado o guia alimentar adaptado para crianças de 2 a 3 anos (PHILIPPI et al., 2003). Para as crianças em idade pré-escolar, no caso os de 4 a 6 anos, o consumo alimentar foi julgado conforme a recomendação descrita por Mahan e Escott-Stump, 2005, bem como as crianças em idade escolar, que no estudo se refere às crianças de até 10 anos.

### 3.8 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados utilizando o programa Microsoft Excel®, versão 2007. Análises estatísticas descritivas foram utilizadas para descrever o estado nutricional da população estudada, bem como o consumo alimentar. As variáveis categóricas foram expressas pelas suas frequências absolutas e relativas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram avaliadas 102 crianças pertencentes aos bairros de Castelo Branco, Padre Gabriel, Rio Marinho, Santa Catarina e Bela Vista, todas cadastradas no Programa Bolsa Família e atendidas na Unidade Básica de Saúde do bairro de Bela Vista (UBS). De acordo com os critérios de exclusão, foram excluídas do estudo duas crianças, uma por não se enquadrar na idade pretendida e a outra por não haver condições de realizar a antropometria.

Pouco mais da metade da população do estudo, representando 51%, eram do sexo feminino. Com relação à idade, a maioria representada por 56,9% correspondiam as crianças com idade entre 5 e 10 anos, seguido das crianças entre dois e menores de cinco anos que representaram 24,5%, conforme evidenciado na tabela 2 que mostra as características gerais da população em estudo.

Tabela - 2 Características da população estudada

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	52	51,0
Masculino	50	49,0
<b>Idade</b>		
Menores de 6 meses	5	4,9
Entre 6 meses e menor de 2 anos	14	13,7
Entre 2 anos e menor de 5 anos	25	24,5
Entre 5 e 10 anos	58	56,9
<b>Total de crianças avaliadas</b>	102	100,00

Fonte: Elaboração própria.

### 4.2 ESTADO NUTRICIONAL

O estado nutricional da população em estudo foi descrito conforme os diferentes estágios de vida e os índices antropométricos de Estatura para Idade (E/I), Peso para Idade (P/I), Peso para Estatura (P/E) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I).

Tabela 3 - Estado Nutricional de acordo com o estágio de vida e índices antropométricos das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica, no período de setembro a outubro de 2013.

(Continua)

<b>Estágio de vida</b>	<b>&lt; 6 meses</b>	<b>&gt; 6 meses e &lt; 2 anos</b>	<b>≥ 2 anos ≤ 5 anos</b>	<b>≥ 5 anos ≤ 10 anos</b>	<b>Total</b>
<b>Índices Antropométricos</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Estatura/Idade (E/I)</b>					
Muito Baixa estatura para idade	- (0)	1 (7,1)	1 (4,0)	- (0,0)	2 (2,0)
Baixa estatura para idade	1 (20,0)	4 (28,6)	3 (12,0)	1 (1,7)	9 (8,8)
Estatura adequada para idade	4 (80,0)	9 (64,3)	21 (84,0)	57 (98,3)	91 (89,2)
<b>Peso/Idade (P/I)</b>					
Muito Baixa peso para idade	- (0)	- (0)	- (0)	- (0)	0 (0)
Baixo Peso para idade	- (0)	- (0)	- (0)	1 (1,7)	1 (1,0)
Peso adequado para idade	5 (100,0)	10 (71,4)	21 (84,0)	51 (87,9)	87 (85,3)
Peso elevado para idade	- (0)	4 (28,6)	4 (16,0)	6 (10,3)	14 (13,7)
<b>Peso/Estatura (P/E)</b>					
Magreza acentuada/Magreza	- (0)	- (0)	- (0)	*	0 (0)
Eutrofia	1 (20,0)	7 (50,0)	18 (72,0)	*	26 (57,8)
Risco de Sobrepeso	1 (20,0)	1 (7,1)	2 (8,0)	*	4 (8,9)
Sobrepeso	3 (60,0)	3 (21,4)	3 (12,0)	*	9 (20,0)
Obesidade	- (0)	3 (21,4)	2 (8,0)	*	5 (11,1)

Tabela 3 - Estado Nutricional de acordo com o estágio de vida e índices antropométricos das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica, no período de setembro a outubro de 2013.

(Conclusão)

Estágio de vida	< 6 meses	> 6 meses e < 2 anos	≥ 2 anos ≤ 5 anos	≥ 5 anos ≤ 10 anos	Total
Índices Antropométricos	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>IMC/Idade</b>					
Magreza acentuada	- (0)	- (0)	- (0)	1 (1,7)	1 (1,0)
Magreza	- (0)	- (0)	- (0)	1 (1,7)	1 (1,0)
Eutrofia	1 (20,0)	5 (35,7)	18 (72,0)	45 (77,6)	69 (67,6)
Risco de Sobrepeso	1 (20,0)	3 (21,4)	2 (8,0)	- (0)	6 (5,9)
Sobrepeso	3 (60,0)	4 (28,6)	3 (12,0)	8 (13,8)	18 (17,6)
Obesidade	- (0)	2 (14,3)	2 (8,0)	4 (6,9)	8 (7,8)
<b>Total de crianças avaliadas</b>					<b>102 (100)</b>

\* O índice antropométrico P/E não é usado para crianças maiores de 05 anos

Fonte: Elaboração própria

Para o índice Estatura/Idade, 89,2% das crianças (n=102), apresentaram estatura adequada para idade e de acordo com o IMC/I, 67,6% das crianças se encontravam eutróficas.

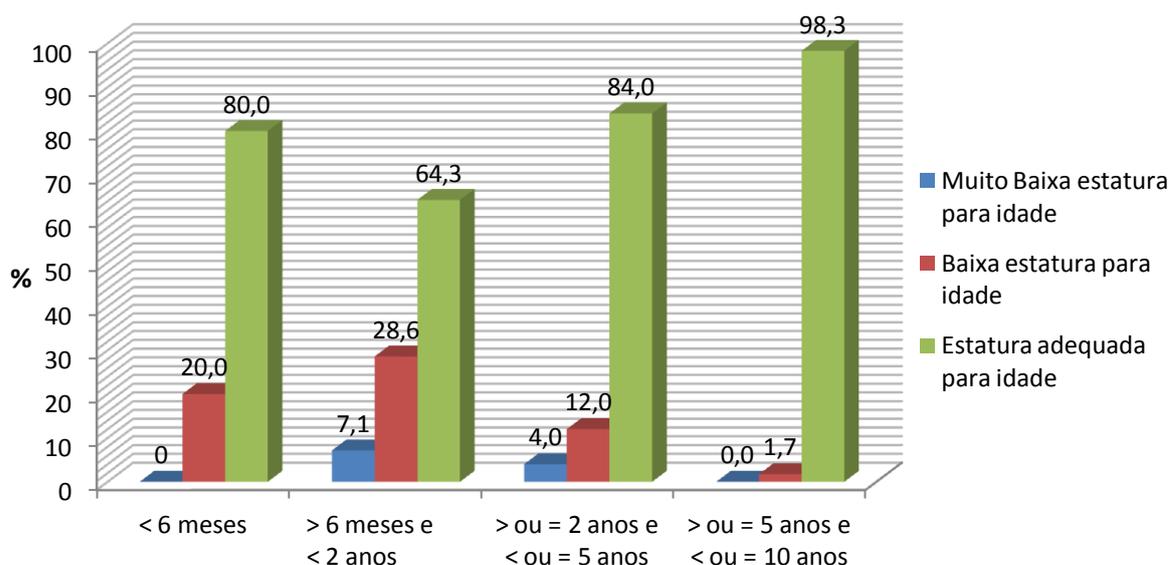
A prevalência total de déficit de estatura foi observada em 10,8% das crianças e destes, 2% corresponderam a déficit grave (Escore-z < -3) e 8,8% moderado (Escore-z ≥ -3 e <-2), levando em consideração os novos parâmetros da World Health Organization de 2006.

Nas crianças menores de cinco anos esse percentual de déficit de crescimento foi maior, representando 20,0% entre as crianças menores de 6 meses, 28,6% entre as de 6 meses e menores de 2 anos, 12,0% entre as 2 e menores de 5 anos. Enquanto

que as crianças maiores de cinco anos representou apenas 1,7%. Conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Prevalência de déficit estatural de acordo com a faixa etária e segundo o índice antropométrico de Estatura/Idade, das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas em uma UBS de Bela Vista em Cariacica, ES.

**Prevalência de déficit estatural de acordo com a faixa etária segundo o índice antropométrico de E/I**



Fonte: Elaboração própria

Resultado este, inferior ao encontrado por Oliveira e outros (2013), 13,4% e semelhante ao estudo realizado por Vitolo e outros (2008), com crianças menores de cinco anos no Município de São Leopoldo (RS), revelando um déficit estatural de 9,1%, sendo associado entre outros fatores, à baixa condição socioeconômica.

Saldiva e outros (2010), em estudo com crianças menores de cinco anos de idade, do semiárido nordestino encontraram valores semelhantes aos encontrados no presente estudo: 9,9% das crianças avaliadas apresentaram déficit de comprimento/estatura.

Entretanto, resultado inferior a estes foi o encontrado por Caldas e outros (2012), onde o déficit estatural estava presente em 5% das crianças de 0 a 5 anos de idade, beneficiárias do programa bolsa família de um município de Minas Gerais. Semelhante ao apresentado pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-

2009 que divulgou um déficit estatural nesse mesmo estágio de vida em todo o país de 6,0% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Segundo Santos e outros (2009), a estatura de um indivíduo varia de acordo com fatores genéticos e ambientais e o déficit de crescimento estaria ligado a situações cumulativas ao longo dos anos relacionados ao estado nutricional e de saúde. Os autores assinalam ainda, que o déficit estatural representa formas crônicas de desnutrição.

Com relação a isso, vale ressaltar que, de acordo com Martins e outros (2007), crianças com déficit de crescimento são mais susceptíveis na vida adulta ao desencadeamento de doenças como Diabetes não insulino dependente, doenças cardiovasculares e obesidade.

Com relação ao índice antropométrico peso para idade, houve insignificância no percentual de baixo peso para idade, conforme mostra o gráfico 2, sendo observado nas crianças maiores de 5 e menores de 10 anos, representando 1,7%. O que pode ser comparado ao estudo realizado por Oliveira e outros (2011), na Zona da Mata em Minas Gerais, onde o baixo peso para idade foi observado em 2% das crianças com idade entre 6 e 84 meses de idade, beneficiárias do Programa Bolsa Família.

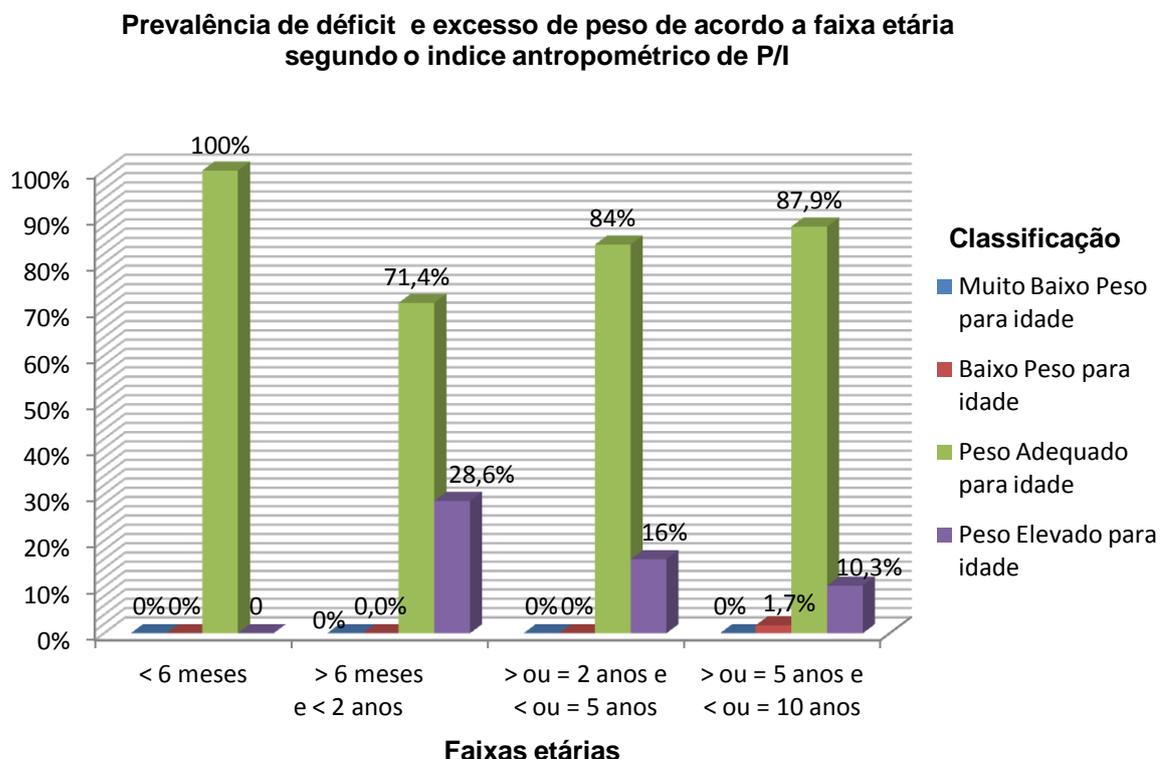
Souza e outros (2012) encontraram valores semelhantes ao estudar crianças que recebem assistência em creches de João Pessoa no estado da Paraíba, apenas 1,6% das crianças apresentaram déficit de peso.

O mesmo foi observado quanto à classificação de Magreza e Magreza acentuada para os índices Peso/Estatura e IMC/Idade onde se obteve valores de respectivamente 0% e 1%.

Resultado este que vai ao encontro de outras pesquisas, que citam que a prevalência de déficit nutricional vem diminuindo drasticamente, enquanto que a de sobrepeso e obesidade assumem patamares cada vez maiores (CHAGAS et al., 2013).

Com relação o índice antropométrico de Peso/Idade, o excesso de peso para idade foi observado em 13,7% do total das crianças. Havendo maior prevalência do excesso de peso de acordo com este índice, nas crianças com idade entre 6 meses e 2 anos, sendo representado por 28,6%, conforme mostra o gráfico 2.

Gráfico 2 – Prevalência de déficit e excesso de peso de acordo com a faixa etária segundo o índice antropométrico de Peso/Idade, das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas em uma UBS do município de Cariacica, ES.



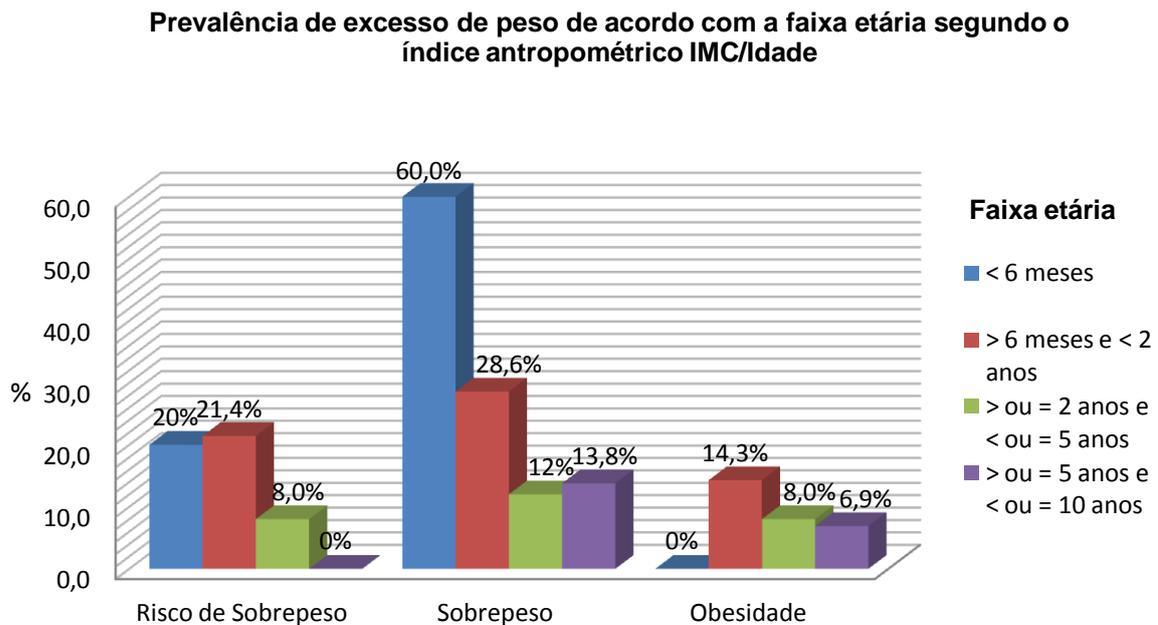
Fonte: Elaboração Própria

Considerando o índice de Peso/Estatura, a prevalência total de sobrepeso e obesidade foi respectivamente 20,0% e 11,1%. Já em relação ao índice IMC/Idade, o percentual de crianças com sobrepeso foi de 17,6% e obesidade 7,8%. Quando somados esses valores de sobrepeso e obesidade para ambos os índices, o excesso de peso representou respectivamente 31,1% e 25,5%, tendo como base os parâmetros de classificação da WHO de 2006 e 2007.

Se considerado somente as crianças com idade menor ou igual a 6 meses (n=5), e levando em consideração o índice antropométrico de IMC/I, 20% das crianças apresentaram risco de sobrepeso e 60% se encontravam com sobrepeso. Ao fazer essa mesma observação com as demais idades, tem-se que, 21,4% das crianças com idade entre 6 meses e 2 anos (n=14), se encontravam com risco de sobrepeso, 28,6% com sobrepeso e 14,3% em obesidade. Com relação às crianças com idade entre 2 e menores de 5 anos (n=25), 8,0% apresentaram risco de sobrepeso, 12,0% se encontravam com sobrepeso e 8,0% em obesidade. Já as crianças com idade

entre 5 e menores de 10 anos (n=58), 13,8% se encontravam com sobrepeso e 6,9% em obesidade. Como mostra o gráfico 3.

Gráfico 3 - Prevalência de excesso de peso de acordo com a faixa etária e segundo o índice antropométrico de IMC/Idade das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica/ES.



Fonte: Elaboração própria

O resultado apresentado é significativamente superior ao encontrado por Chagas e outros (2013), que objetivaram conhecer fatores que estão associados à desnutrição e obesidade em crianças menores de cinco anos no estado do Maranhão, a prevalência de excesso de peso descrita pelo autor foi de 6,7%.

Outro estudo foi o de Costa e outros (2011), que em pesquisa com crianças de cinco a oito anos assistidas pelo Programa Saúde da Família, revelaram a prevalência de sobrepeso e obesidade de 14,9%, na população em estudo. Pereira e outros (2012), que em estudo com crianças de 0 a 10 anos de idade pertencentes a creches e escolas públicas abrangidas pela Estratégia Saúde da Família, em Criciúma, no estado de Santa Catarina, observaram sobrepeso em 8,2% e obesidade em 2,5% da população pesquisada.

Entretanto, o resultado do presente estudo é semelhante ao encontrado por Pelegrini e outros (2010) e Silva (2011), que em estudo realizado entre os anos de

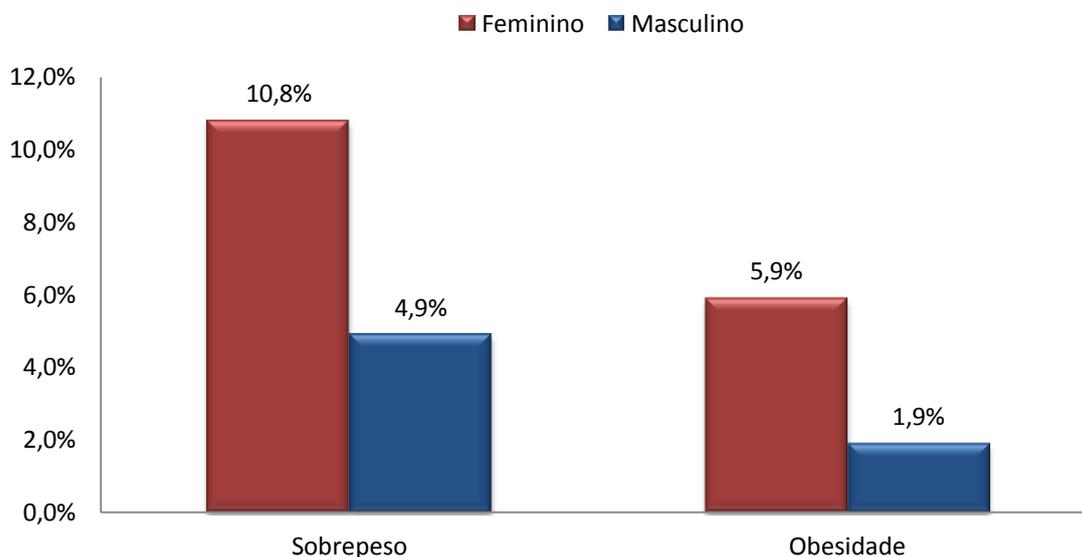
2008 e 2010, com crianças de 5 a 10 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família em regiões do Sergipe, mostrou que a prevalência de (sobrepeso+obesidade) nos sexos femininos e masculinos, correspondiam respectivamente a: 23,2% e 26,2% no ano de 2008, 25,1% e 28,3% no ano de 2009 e 24,3% e 27,8% no ano de 2010.

Schuch e outros (2013), realizaram um estudo com crianças de pré-escolas públicas nos estados de Rio Grande do Sul e Santa Catarina, a prevalência de excesso de peso nos dois estados foi respectivamente: 14,4% e 7,5%, demonstrando valores distintos de obesidade em estados de uma mesma região brasileira.

Estratificando o excesso de peso da população estudada de acordo com o sexo, pode-se observar, que nas meninas o sobrepeso está 2 vezes maior e a obesidade 3 vezes maior do que nos meninos. Conforme demonstrado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Prevalência de Sobrepeso e Obesidade de acordo com o sexo, em crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica/ES, no período de setembro a outubro de 2013.

**Prevalência de sobrepeso e Obesidade de acordo com sexo, segundo índice de IMC/Idade.**



Fonte: Elaboração Própria

Os autores Guedes e outros (2011), também evidenciaram uma prevalência de sobrepeso e obesidade maior nas crianças do sexo feminino. Realizaram um estudo com escolares do Vale do Jequitinhonha, uma região considerada pelos autores como uma das mais pobres do Brasil, localizada no estado de Minas Gerais, os

mesmos encontraram um percentual de sobrepeso e obesidade respectivamente de 11,1% e 2,7 % em meninas e 8,2% e 1,5% em meninos.

Estudo realizado pelo IBGE por meio da pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 divulgou que: 33,5% das crianças brasileiras de 5 a 9 anos estão acima do peso, sendo que 16% das crianças do sexo masculino já estavam na classificação de obesidade. Um número crescente comparado às pesquisas realizadas anteriormente, como o Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF, de 1974-1975, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN de 1989 e a própria POF de 2002-2003. A região sudeste aparece com maior número, tendo 40,3% dos meninos e 38% das meninas com excesso de peso (MELO, [201-]).

Os altos índices de sobrepeso e obesidade, também estão presentes em outros países como evidencia alguns estudos internacionais como o de Cerrilo e outros (2012), em estudo com crianças 8 a 9 anos de idade em Sevilla, na Espanha, descreveram que 33% da população estudada se encontravam com excesso de peso e obesidade. O estudo de Cantón e outros (2011), onde os autores descreveram que de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (ENSANUT) e com base nos critérios da Internatinal Obesity Taskforce (IOTF), a prevalência de sobrepeso e obesidade no México em crianças de 5 a 11 anos de idade foi de 26,0%.

Além da relação das características genéticas herdadas dos pais, as principais causas para o crescente número da obesidade, está no sedentarismo, nas poucas horas destinadas para a prática de atividade física e no aumento do consumo de alimentos altamente calóricos (SUÑÉ et al., 2007), cujo percentual de gorduras saturadas, trans e açúcares é demasiadamente alto (AGGARWAL et al., 2012).

A situação atual é preocupante, uma vez que a obesidade é fator que predispõe outras patologias, como doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII), Hipertensão Arterial (HAS), Doença Hepática Gordurosa não alcoólica (DHGNA), doença renal, apneia do sono, osteoartrose, câncer, entre outros. Além de contribuir para uma qualidade de vida inferior, redução da produtividade e diminuição na expectativa de vida (PERGHER et al., 2010).

Miranda e outros (2011) ratificam que crianças com sobrepeso ou obesidade estão mais propensas a problemas endócrinos e neurometabólicos, facilitando o

surgimento de fatores de risco para doença cardiovascular antes de alcançar a maturidade.

Suñé e outros (2007) afirmam ainda, que a obesidade também está relacionada a transtornos que envolvem o psicossocial. E que aproximadamente 50% dos obesos apresentam menor convívio social, baixo rendimento escolar, auto-estima diminuída e alterações de humor.

### 4.3 PRÁTICAS ALIMENTARES POR ESTÁGIOS DE VIDA

#### 4.3.1 Crianças Menores de cinco anos

As crianças menores de dois anos corresponderam a 18,6% da população deste estudo enquanto que as crianças com idade entre 2 e 5 anos corresponderam a 24,5%. Foram abordadas questões sobre a frequência do consumo de preparações (copos/mamadeiras) a base de leite e sobre o consumo alimentar. Com os responsáveis das crianças menores de dois anos, foi abordada além dessas questões, o tempo de aleitamento materno exclusivo.

##### 4.3.1.1 Aleitamento Materno exclusivo

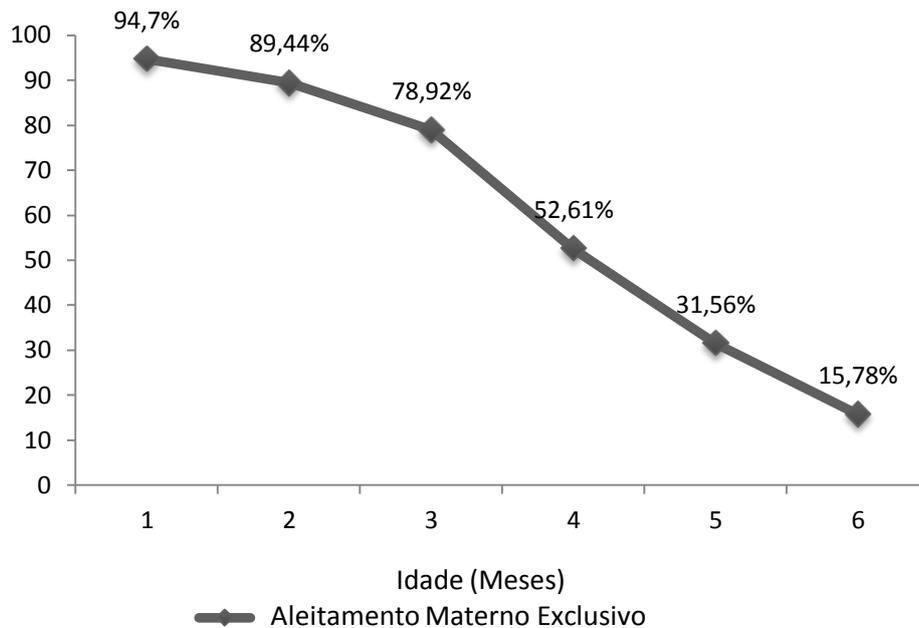
Considerando as crianças menores de dois anos de idade, nas quais as mães responderam as questões sobre aleitamento materno, a maioria das crianças representada 84,22%, receberam algum tipo de alimento ou bebida antes mesmo dos seis meses de idade, sendo que 5,26% dessas crianças receberam o leite materno apenas nos primeiros dias de vida.

O Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses de idade é preconizado pelo Ministério da Saúde e deve ser feito de forma exclusiva, sem adição de água ou chás (BRASIL, 2013c).

Observou-se também que 94,7% mantiveram o aleitamento materno exclusivo durante o primeiro mês de vida, 78,92% no terceiro mês, 31,52% no quinto mês e apenas 15,78% das crianças mantiveram o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

Conforme representado no gráfico 5 onde pode ser conferido a frequência em percentual do tempo de aleitamento materno exclusivo.

Gráfico 5 - Frequência da amamentação exclusiva em crianças com idade de até 02 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista em Cariacica/ES.



Fonte: Elaboração própria

Assim como no presente estudo onde o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) ficou aquém do recomendado, a literatura em várias pesquisas corrobora com essa evidência. Brecailo e outros (2010) em pesquisa com crianças menores de dois anos de idade, acompanhadas pelo Programa Saúde da Família em Guarapuava, cidade do Paraná, revelaram que a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de apenas 12,9%.

Garcia e outros (2011), em estudo com crianças de 6 a 24 meses, atendidas pelo Programa saúde da Família em uma unidade de saúde de Acrelândia no estado do Acre, encontraram resultados ainda inferiores aos apresentados, apenas 9,64% das crianças permaneceram com aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês.

Já um estudo realizado por Queluz e outros (2012), com crianças menores de 6 meses residentes de um município de São Paulo, mostrou uma prevalência superior: 29,8% das crianças mantiveram o aleitamento materno exclusivo (AME) até o recomendado.

Em contrapartida, estudo realizado por Venâncio e outros (2010), com crianças menores de um ano do Distrito Federal e de capitais brasileiras, mostrou resultados mais positivos, a região Norte foi a que se destacou com prevalência de AME de 45,9%, já a Região Nordeste foi a que apresentou pior resultado, com 37,0%. As demais Regiões como Centro-Oeste, Sul e Sudeste apresentaram respectivamente: 45%, 43,9% e 39,4%.

Os benefícios da amamentação exclusiva ao seio materno até os seis meses de idade é indiscutível na literatura, sendo essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, além de favorecer a maturação e o sistema imunológico (VARGAS; SOARES, 2012). Conferindo também proteção contra infecções e alergias (SILVA et al., 2009).

A ausência do aleitamento materno exclusivo ou ofertado num período menor que três meses pode trazer uma série de complicações, como problemas respiratórios, desenvolvimento de hábitos bucais inadequados como o uso de chupetas e sucção do dedo, bem como um déficit no desenvolvimento do sistema estomatognático (ABANTO et al., 2010).

De acordo com Segall-Corrêa e outros (2009), através da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, 14% das crianças já haviam consumido alimentos semissólidos com dois meses incompletos. Sendo o tempo mediano de Aleitamento Materno exclusivo de apenas 1,4 meses. Dentre as regiões que se destacam com medianas mais elevadas, ressaltam-se as regiões Norte e Sudeste. Sendo a região Sul com valores muito inferiores as medianas nacionais.

Esses resultados corroboram com uma prática muito comum no Brasil, que é o desmame precoce, apesar de muito difundido na literatura sobre o aleitamento materno exclusivo e seus benefícios, essa prática persiste e é considerada como mais um problema de saúde pública no país (QUELUZ et al., 2012). Identificando dessa forma, que há necessidade de maior monitoramento desses indicadores, juntamente com a investigação dos fatores que contribuem para o aumento dessa prática, bem como ações que possam nortear e delinear intervenções (ARANTES et al., 2011).

#### 4.3.1.2 Preparações a base de leite

Com relação ao consumo de preparações a base de leite feita pelas crianças maiores de 6 meses e menores de cinco anos, no dia anterior a pesquisa, foi observado que a maior parte das crianças com idade entre 6 meses e menores de dois anos, sendo representado por 64,3%, consomem mais que dois copos/mamadeira por dia. Já as crianças com idade entre dois e cinco anos, a maioria representada por 48,0% tem um consumo de até dois copos/mamadeiras por dia. Como mostra a tabela 4.

Tabela 4 - Frequência do consumo de preparações a base de leite das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES, no dia anterior à pesquisa.

Preparações à base de leite	> 6 meses e ≤ 2 anos	> 2 anos e < 5 anos
	n (%)	n (%)
Não tomou	1 (7,1)	3 (12,0)
Até 2 copos/mamadeira	4 (28,6)	12 (48,0)
Mais que 2 copos/mamadeira	9 (64,3)	10 (40,0)
<b>Total Avaliado</b>	<b>14</b> (100,0)	<b>25</b> (100,0)

Fonte: Elaboração Própria

Lima e outros (2011), em estudo sobre a prática alimentar de crianças menores de dois anos de idade na cidade de Belo Horizonte, MG, evidenciaram um consumo semelhante: 40% das crianças de 20 a 24 meses consumiam de 4 a 6 mamadeiras por dia, a mesma quantidade recebiam as crianças de 7 a 12 meses. Os autores descrevem que a situação é preocupante, visto que o consumo é demasiadamente alto.

O uso de mamadeiras é uma prática inadequada, uma vez que a recomendação é permanecer com o leite materno até os dois anos de idade. A mamadeira ainda pode conferir risco de contaminação, bem como a transmissão de doenças para criança (BRASIL, 2013c).

Segall-Corrêa e outros (2009), afirmam através da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006) que, oferecer alimentos para as crianças em mamadeiras ou similar é um hábito muito praticado entre os brasileiros, visto que mais de 50% das crianças menores de dois anos usavam mamadeira.

A mamadeira muitas vezes é uma provável substituição ao leite materno e a alimentação complementar. Vale ressaltar ainda, que com o uso de mamadeiras pode haver uma superalimentação da criança, por não se ter controle sobre o volume e a criança ser estimulada pela mãe a ingerir todo o conteúdo do frasco, mesmo que já saciada (NOVAES et al., 2009).

#### 4.3.1.3 Consumo Alimentar das Crianças entre 6 e 24 meses

Com relação ao consumo alimentar das crianças entre 6 e 24 meses, salienta-se o consumo elevado de refrigerantes, representando 85,7% e sucos industrializados ou em pó, 71,4%. Além disso, de acordo com relato das mães ou responsáveis, a grande maioria representada por 85,7% das crianças consumiram leite engrossado (mingaus) bem como o consumo de feijão. O consumo de verduras/legumes e carne representaram 78,6%. Como mostra a tabela 5.

Tabela 5 - Frequência do consumo alimentar das crianças com idade entre 6 e 24 meses beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES

<b>Consumo Alimentar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Verduras/legumes <sup>1</sup>	11	78,6
Frutas <sup>1</sup>	9	64,3
Carne <sup>1</sup>	11	78,6
Consumo de feijão <sup>1</sup>	12	85,7
Consumo assistindo televisão <sup>1</sup>	4	28,6
Consumo de comida de panela no jantar <sup>1</sup>	12	85,7
Consumo de suco industrializado ou em pó <sup>2</sup>	10	71,4
Consumo de refrigerante <sup>2</sup>	12	85,7
Consumo de mingau com leite ou leite engrossado <sup>1</sup>	12	85,7
Total de crianças	14	100,0

<sup>1</sup> Consumo referente ao dia anterior a pesquisa

<sup>2</sup> Consumo referente ao último mês

Fonte: Elaboração Própria

Percebe-se bons resultados sobre o consumo de verduras/legumes, frutas e feijão por parte das crianças, o que pode ser comparado ao estudo de Schaffazick (2011), com crianças menores de dez anos cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de um município do Rio Grande do Sul, onde encontrou resultados semelhantes: O consumo de verduras/legumes foi de 75%, o consumo de frutas foi referido por 100% da população em estudo e o de feijão foi de 87,5%.

Entretanto, destaca-se que 21,4% das crianças não consumiram nenhum tipo de verduras ou legumes e 35,7% das crianças não comeram nenhuma porção de fruta. Pesquisa anterior realizada por Garcia e outros (2011) revelaram resultados piores: 48,2% das crianças não consumiram nenhuma porção de fruta e 53,2% não consumiram verduras ou legumes. Vale ressaltar que a recomendação para o consumo de frutas, legumes e verduras é de no mínimo duas porções diferentes por dia (BRASIL, 2013c).

Quanto ao consumo das refeições assistindo televisão, 28,6% das crianças tem esse hábito, o que não é recomendado, podendo interferir nas escolhas alimentares por parte das crianças e gerar recusa aos alimentos saudáveis e nutritivos (ROSSI et al., 2010).

Com relação ao consumo de carne, 21,4% das crianças não consumiram nenhuma porção de carne no dia que antecedeu a pesquisa. De acordo com o Ministério da Saúde através do Guia alimentar para menores de dois anos, a recomendação é o consumo de duas porções de carne ao dia, já que a carne constitui fonte de ferro biodisponível favorecendo a absorção e evitando a anemia ferropriva que decorre de hábitos alimentares deficientes de ferro (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Observou-se também um consumo altíssimo de açúcar, já que a ingestão de sucos industrializados e o refrigerante colaboram com este consumo. De acordo com o Guia alimentar para crianças menores de dois anos, a ingestão do açúcar deve ser evitada antes dos dois primeiros anos de vida, sendo desnecessário o consumo de mesmo (BRASIL, 2013c).

O consumo de refrigerantes foi observado em 85,7% das crianças, o que se assemelha a outros estudos como o de Carneiro e outros (2009), que em pesquisa com crianças dessa mesma faixa etária, evidenciou um consumo de refrigerantes por parte de 75% das crianças. O presente estudo revelou prevalência

consideravelmente superior ao ser comparado com o apresentado por Schaffazick (2011), das crianças menores de dois anos, 50% consumiram refrigerantes. Outro estudo foi apresentado na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, no qual reuniu as capitais brasileiras e o Distrito Federal, demonstrando que 4,9% das crianças com idade entre 6 e 9 meses consumiram refrigerante no dia que antecedeu a pesquisa, das crianças com idade entre 9 e 12 meses esse percentual é ainda maior: 11,6% (BRASIL, 2009).

Vitolo e outros (2013) em estudo com crianças entre 6 e 15 meses, atendidas em Unidades de Saúde de Porto Alegre, RS, encontraram resultados alarmantes: 43,5% das crianças com idade entre 6 e 9 meses consumiram refrigerantes e já entre as crianças com idade entre 9 e 15 meses, a prevalência ainda foi maior: 87,1%. O consumo de balas e pirulitos entre as crianças de 9 e 15 meses representou 87,7% e o consumo de biscoito recheado, 88,2%.

O consumo de leite engrossado ou mingaus, que no estudo teve prevalência de 85,7%, representou valor maior ao ser comparado com o estudo de Rosa (2011), que em estudo com crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família em um município do Rio Grande do Sul, identificou uma prevalência de 66,7%. Segundo Segall-Corrêa e outros (2009), o consumo de leites engrossado é muito comum por parte de crianças menores de dois anos. Os autores afirmam ainda que 15% das crianças recebem leite espessado antes mesmo do primeiro mês de vida, chegando a 39% no quarto e no quinto mês.

De acordo com recomendações após o período de aleitamento materno exclusivo, entre 06 a 08 meses, deve-se iniciar a alimentação complementar, com a inserção de outros alimentos como frutas, legumes e verduras (CAETANO, 2012). A partir dos 08 meses a recomendação é iniciar gradativamente a alimentação da família (sendo os alimentos amassados ou cortados em pequenos pedaços), e esta concretizada de fato aos 12 meses. E permanecendo a amamentação ao seio materno até os 02 anos de idade. Por serem fonte de vitaminas, fibras e minerais, as frutas, verduras e legumes não podem faltar no dia a dia das crianças (BRASIL, 2013c).

O consumo de uma dieta inadequada ainda nos primeiros anos de vida podem trazer malefícios a saúde das crianças, além do excesso de peso e a obesidade,

podem-se referenciar outros problemas de saúde, como alergias alimentares, o botulismo, cáries e deficiência de micronutrientes (VITOLLO et al., 2013).

Os resultados revelam alta prevalência da introdução precoce e desnecessária de açúcares e refrigerantes. Alimentos considerados altamente calóricos e praticamente isentos de micronutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança, esses hábitos inadequados na infância pode perdurar até a vida adulta (CAMPAGNOLO et al. 2012). Sendo que, na vida adulta a mudança dos hábitos alimentares se torna mais complexa e difícil (VITOLLO et al., 2013).

#### 4.3.1.4 Consumo de alimentos das crianças entre 2 e menores de 5 anos

A tabela 6 evidencia o consumo alimentar das crianças entre 2 e menores de 5 anos, observa-se um alto consumo de guloseimas como os Salgadinhos (68%), biscoitos recheados (76%) e refrigerantes (88%) , enquanto que o consumo de verdura foi menor (52%), em comparação com a faixa etária anterior apresentada.

Tabela 6 - Frequência do consumo alimentar das crianças com idade entre 2 e menores de 5 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família e atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES

<b>Consumo de alimentos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Verduras/legumes <sup>1</sup>	13	52,0
Frutas <sup>1</sup>	17	68,0
Carne <sup>1</sup>	22	88,0
Consumo de feijão <sup>2</sup>	21	84,0
Consumo assistindo televisão <sup>1</sup>	19	76,0
Consumo de comida de panela no jantar <sup>1</sup>	22	88,0
Consumo de bebidas adoçadas com açúcar <sup>2</sup>	24	96,0
Refrigerante <sup>3</sup>	22	88,0
Salgadinhos de Pacote <sup>3</sup>	17	68,0
Biscoitos recheados <sup>3</sup>	19	76,0
<b>Total de Crianças</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Referente ao consumo do dia anterior a pesquisa

<sup>2</sup> Referente ao consumo diário

<sup>3</sup> Referente ao consumo de 2 a 3x na semana

Fonte: Elaboração própria

A prevalência no consumo de frutas e carne no dia que antecedeu a pesquisa foi de respectivamente, 68,0% e 88,0%. O consumo diário de feijão foi relatado por 84,0%.

De acordo com os resultados expostos, destaca-se que 48% das crianças não consumiram nenhuma porção de folhosos ou legumes no dia que antecedeu a pesquisa, sendo que das crianças que comeram refeição de sal (comida de panela), 50% não consumiram nem verduras e legumes em suas refeições. De acordo com a pirâmide alimentar adaptada para crianças de 2 a 3 anos (ANEXO F), descrita por Philippi e outros (2003) e segundo recomendação descrita por Mahan e Escott-Stump (2005) para crianças em idade pré-escolar, o consumo deve ser de no mínimo 3 porções de verduras e/ou legumes por dia. A mesma observação faz-se necessária para as frutas, onde 32% não consumiram nenhuma porção de fruta, sendo a recomendação descrita pelos autores de 3 porções diárias.

Saldiva e outros (2010), em estudo com crianças menores de cinco anos de idade, do semiárido nordestino, encontraram números menores aos encontrados no presente estudo: 73% das crianças tiveram um consumo de folhosos inferior a uma vez na semana e o consumo de frutas, verduras e feijão foi de respectivamente: 51,0%, 17,5% e 21,8%.

Ressalta-se também o consumo diário de bebidas adoçadas com açúcar representando 96,0% da população em questão. E 88,0% das crianças ingerem refrigerante pelo menos duas vezes na semana, seguido dos biscoitos recheados onde o consumo é feito por pelo menos duas vezes na semana por parte de 76,0% das crianças. Juntas essas guloseimas ultrapassam a porção diária recomendada de açúcares e doces que segundo Philippi e outros (2003), a recomendação é no máximo uma porção.

Silva e outros (2012) em estudo com crianças menores de 5 anos incluídas na PNDS de 2006, encontrou resultados semelhantes, 70% das crianças consumiram refrigerante e sucos artificiais pelo menos uma vez na semana.

O consumo de feijão diariamente foi relatado pela maioria, porém daqueles que relataram não consumi-lo, 16% não o fazem em nenhum dia da semana. De acordo com o Ministério da Saúde, através dos Dez Passos para Alimentação Saudável

para Crianças, o consumo deve ser diário de pelo menos uma porção ao dia. O constitui importante fonte de proteína vegetal (PHILIPPI, et al., 2003).

Com relação ao consumo de carne, 12% das crianças não consumiram nenhuma porção de carne no dia que antecedeu a pesquisa. Conforme já enfatizado, o consumo de carne faz-se totalmente necessário uma vez que oferece de forma biodisponível o ferro, um importante mineral que sua deficiência está ligada a problemas como a anemia ferropriva (SEGALL-CORRÊA et al., 2009).

Foi observado também que 76% das crianças consomem suas refeições assistindo televisão, comparado aos menores de dois anos, tem-se uma prevalência muito superior. A televisão constitui uma fonte de comunicação que tem o poder de influenciar nos hábitos alimentares (ROSSI et al., 2010), apesar de que os padrões do consumo alimentar de crianças em idade pré-escolar faz-se através dos hábitos alimentares dos pais e de outras crianças nas quais estas convivem. Daí a importância da conscientização também pelos pais (VIANA et al., 2008).

Estes resultados enfatizam o período de transição nutricional vivido pelo país, visto que a preferência é maior por alimentos industrializados em detrimento aos alimentos in natura, como as frutas ou suco de frutas, legumes e verduras (SILVA et al., 2012). Em consequência destes hábitos inadequados um pouco mais de 3 milhões de crianças no Brasil com idade de até 5 anos estão diagnosticadas com anemia e outras 2,7 milhões apresentam hipovitaminose A, sendo a insegurança alimentar uma realidade para quase 40% dos brasileiros ( VITOLO et al., 2013).

#### **4.3.2 Crianças entre 5 e 10 anos de idade**

As crianças com idade entre 5 e 10 anos representaram 56,9% da população deste estudo (n=58). Com os responsáveis foram abordadas questões, através do questionário de frequência alimentar, sobre o consumo de alimentos dos últimos sete dias que antecederam a pesquisa.

A tabela 7 mostra a frequência do consumo semanal por parte das crianças. Tendo destaque o baixo consumo de saladas cruas, legumes e verduras cozidas e o consumo excessivo de guloseimas como balas, chocolates, refrigerantes e biscoitos recheados.

Tabela - 7 Frequência do consumo alimentar semanal das crianças com idade entre 5 e 10 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família e atendidas na UBS de Bela Vista, Cariacica/ES

Consumo alimentar	Nenhum n (%)	1 dias n (%)	2 dias n (%)	3 dias n (%)	4 dias n (%)	5 dias n (%)	6 dias n (%)	Todos os dias n (%)
Salada crua ( alface, tomate, cenoura, pepino, repolhos, etc)	11 (19,0)	7 (12,1)	10 (17,2)	10 (17,2)	4 (6,9)	3 (5,2)	3 (5,2)	10 (17,2)
Legumes e verduras cozidas	19 (32,8)	11 (19,0)	9 (15,5)	7 (12,1)	1 (1,7)	2 (3,4)	3 (5,2)	6 (10,3)
Frutas	7 (12,1)	5 (8,6)	13 (22,4)	5 (8,6)	3 (5,2)	- (0)	3 (5,2)	22 (37,9)
Feijão	4 (6,9)	2 (3,4)	1 (1,7)	1 (1,7)	2 (3,4)	- (0)	- (0)	48 (82,8)
Leite ou iogurte	3 (5,2)	3 (5,2)	3 (5,2)	3 (5,2)	2 (3,4)	1 (1,7)	2 (3,4)	41 (70,7)
Frituras <sup>1</sup>	15 (25,9)	10 (17,2)	18 (31,0)	5 (8,6)	2 (3,4)	1 (1,7)	- (0)	7 (12,1)
Hambúrguer e embutidos	9 (15,5)	16 (27,6)	9 (15,5)	6 (10,3)	4 (6,9)	1 (1,7)	2 (3,4)	11 (19,0)
Biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	15 (25,9)	11 (19,0)	6 (10,3)	3 (5,2)	- (0)	- (0)	1 (1,7)	22 (37,9)
Bolachas recheadas, doces, balas e chocolates	12 (20,7)	10 (17,2)	8 (13,8)	1 (1,7)	2 (3,4)	2 (3,4)	1 (1,7)	22 (37,9)
Refrigerantes	5 (8,6)	19 (32,8)	9 (15,5)	6 (10,3)	1 (1,7)	- (0)	2 (3,4)	16 (27,6)
<b>Total de Crianças</b>								<b>58 (100%)</b>

<sup>1</sup>Batata frita, batata de pacote, salgados fritos etc.

Fonte: Elaboração Própria

Grande parte das crianças representada por 32,8% referiram não terem consumido legumes e verduras em nenhum dos últimos sete dias que antecederam a pesquisa e apenas 10% delas consumiram diariamente estes alimentos.

Com relação aos folhosos, 19% não consumiram em nenhum dia da semana e 17,2% tiveram um consumo diário. O consumo de frutas foi um pouco melhor tendo

37,9% das crianças consumindo frutas diariamente enquanto que 12,1% não consumiram em nenhum dia da semana.

O consumo diário de feijão foi referenciado por 82,8% das crianças, enquanto que 6,9% não ingeriram nenhuma vez durante sete dias. Já o consumo de fritura (batata frita, batata de pacote, salgados fritos etc.) foi evidenciado por 75% das crianças, apenas 15% não consumiram em nenhum dia da semana avaliada e 31,0% delas consumiram estes alimentos pelo menos duas vezes na semana. Com relação ao consumo diário, 12,1% das crianças consumiram estes alimentos todos os dias.

O consumo diário de leite ou iogurtes foi referido por 70,7% das crianças e 5,2% não consumiram em nenhum dia da semana. Os leites e iogurtes são fontes de proteína animal e em especial fontes de cálcio, elemento essencial na formação óssea e indispensável nesta etapa da vida pelo fato de o processo de crescimento ser mais rápido. Estudos apontam que no Brasil a ingestão deste nutriente é deficiente por grande parte das crianças e adolescentes (PETERS et al., 2013).

Com relação ao consumo de embutidos (salsicha, lingüiça, hambúrguer etc.), 19% consumiram estes alimentos todos os dias e o consumo de pelo menos 1 vez na semana foi evidenciado por 84,5% das crianças. Como se sabe, estes alimentos colaboram com o excesso de sal na alimentação, por serem altamente ricos em sódio, um componente do sal, podendo implicar em elevação da pressão sanguínea, desencadeando posteriormente doenças como a hipertensão (COSTA; MACHADO, 2010).

A prevalência do consumo diário de guloseimas representou números expressivos, 37,9% das crianças consumiram salgadinhos de pacote ou bolachas doces, o mesmo percentual foi o evidenciado no consumo de balas, pirulitos e chocolates. O consumo diário de refrigerantes foi evidenciado em 27,6% das crianças e 91,4% das crianças consumiram refrigerante pelo menos 1 vez na semana.

Estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, mostrou que mais de 90% da população não comem frutas, verduras e legumes conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a ingestão ainda de gêneros como arroz e feijão também tem diminuído, ao passo que itens com excesso de açúcares e gorduras saturadas estão aumentando. Sendo a prevalência de 82% e 61% da população respectivamente.

Esse número tem destaque principalmente nas áreas urbanas e em grande maioria por parte dos adolescentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Resultados semelhantes foram encontrados por Carvalho e outros (2010), em pesquisa com crianças de uma escola municipal do estado de Minas Gerais evidenciaram uma prevalência no consumo diário de verduras de 18% e frutas 27%. O consumo diário de feijão por parte dessas crianças também foi satisfatório, 95,6%. Semelhante ao presente estudo, o consumo de alimentos calóricos e pouco nutritivos representou um percentual bastante alto, onde o consumo diário de refrigerantes e biscoitos recheados representou respectivamente uma prevalência de: 39,7% e 49,3%.

Estes resultados corroboram com pesquisas que mostram que consumo de alimentos industrializados e processados vem aumentando cada vez mais, comprometendo a saúde da população. Pelo fato de serem ricos em gorduras saturadas e trans, com altíssimo teor de sódio e excesso de carboidratos simples, colaborando com o excesso de peso e conseqüentemente no aparecimento de doenças relacionadas a hábitos alimentares inadequados (BRASIL, 2012).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou o estado nutricional e o consumo alimentar de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Identificou-se através dos índices antropométricos déficit de estatura e um percentual considerável de excesso de peso, o que ratifica uma situação de alerta vivida pelo país nos últimos anos, advindo de processos como a transição nutricional.

Constatou-se baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Observou-se também um consumo reduzido de Verduras e Legumes por parte das crianças maiores de cinco anos, em contrapartida o consumo de frituras, embutidos, guloseimas e refrigerantes foi evidenciado pela maioria da população estudada, inclusive nos menores de 2 anos.

De porte deste conhecimento, o nutricionista exerce um papel fundamental para intervir nesses casos de forma positiva, com base numa mudança de forma voluntária das atitudes que se relacionam com a alimentação, trabalhando com a educação nutricional na atenção básica, orientando essa população com menor poder aquisitivo, quanto aos alimentos que podem substituir nutricionalmente outros que os mesmos julgam ser mais caros, quanto às formas de preparação, benefício de uma alimentação equilibrada e variada.

É necessário ainda articular esses programas de transferência de renda com a implantação real de políticas sociais de promoção da saúde, fortalecendo a Atenção Primária a Saúde (APS), promovendo a capacitação e formação dos profissionais que trabalham ou irão atuar neste campo e valendo-se de modelos como a Estratégia Saúde da Família para que haja promoção da saúde bem como a segurança alimentar e nutricional desta população.

Outros estudos são necessários para contribuir e complementar com o estudo apresentado, identificando fatores que favorecem esta condição e implicam para o resultado alcançado.



## REFERÊNCIAS

- ABANTO, J. et al. Tipo de aleitamento e presença de açúcar nas bebidas das mamadeiras dos bebês. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** São Paulo, v. 35, n. 3, p. 57-66, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/files/v35n3/v35n3a05.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.
- AGGARWAL, A. et al. Nutrient Intakes Linked to Better Health Outcomes Are Associated with Higher Diet Costs in the US. **PLOS One**, v. 7, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3360788/>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- ANSCHAU, F. R.; MATSUO, T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.25, n.2, p.177-189, mar./abr., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732012000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732012000200001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 mar. 2013.
- ARANTES, C. I. S., et al. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Nutr.** Campinas, v.24, n.3, May/June, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000300005&script=sci_arttext)>. Acesso em 02 nov. 2013.
- BARBOSA, R. M. S.; COLARES, L. G. T.; SOARES, A. E. Desenvolvimento de guias alimentares em diversos países. **Rev. Nutr.**, v. 21, n.4, p. 455-467, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n4/v21n4a10.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 1, p. 181-190. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2013.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei Nº 8080. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 31 mar. 2013.
- BRASIL. **Lei nº 10.219 de 11 de abril de 2001**. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação – “Bolsa Escola”, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 11 abr. 2001. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/mds/leis/2001/Lei%20no%2010.219-%20de%2011%20de%20abril%20de%202001.pdf/view>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (LOSAN)**. 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, 2006b; 18 set. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/legislacao/lei-no-11-346-de-15-de-setembro-de-2006>>. Acesso em: 31 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo**. Brasília: Ministério da Saúde 2006a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa\\_pdf.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf)>. Acesso em 03 Nov. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome. **Plano Brasil sem miséria. Cartilha Brasil sem miséria no seu município**. Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://www.brasilsemisericia.gov.br/municipios>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf)>. Acesso em 30 Nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília, 2 ed., 2 reimpr., 2013c. Disponível: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez\\_passos\\_alimentacao\\_saudavel\\_gui\\_a.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel_gui_a.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde da família: Panorama, avaliação e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_familia\\_panorama\\_avaliacao\\_de\\_safios.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_panorama_avaliacao_de_safios.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde (Série G. Estatística e Informação em Saúde), p. 01-92, 2010a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2009\\_220610.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2009_220610.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome. **Bolsa Família: uma década de resultados para a cidadania.** Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://bolsafamilia10anos.mds.gov.br/node/124>>. Acesso em: 20 out. 2013.

BRECAILO, M. K. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 23, n.4, July/Aug. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000400006)>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1441-1451, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a05.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

CAETANO, M. C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Arch Pediatr.** Urug. v. 83, n. 3, p. 226-232, 2012. Disponível em: <<http://www.sup.org.uy/Archivos/Adp83-3/pdf/adp83-3-brasil-complemento.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2013.

CALDAS, B. G.; OLIVEIRA, D. A. A. B.; SANTOS, L. C. dos. Estado nutricional e caracterização socioeconômica de crianças integrantes do programa bolsa família. **Pediatria Modern.** v. 48, n.1, Jan. 2012. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4924](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4924)>. Acesso em 28 Out. 2013.

CANTÓN, S. B. F.; NÚÑEZ, Y. A. M.; URIBE, R. V. Sobrepeso y obesidad en menores de 20 años de edad en México. **Bol. Med. Hosp. Infant.** Mex., v.68, n.1, p. 79-81, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462011000100011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100011)>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

CAMPAGNOLO, P. D. B. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. Nutr. Campinas**, v.25, n.4, July/Aug. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732012000400001&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732012000400001&script=sci_arttext&tlng=es)>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

CARNEIRO, A. e S.; DELGADO S. E. ; BRESCOVICI, S. M. Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 aos 24 meses de idade do município de Canoas/RS. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.11, n.2, Abr./Jun., 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462009000200022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462009000200022&script=sci_arttext)>. Acesso em 02 Nov. 2013.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T.; PRADO, S. D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, Jan. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100019)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

CARVALHO, A. P. de; OLIVEIRA, V. B. de; SANTOS, L. C. do. 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. Disponível em:<<http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1326.pdf> >. Acesso em: 03 nov. 2013.

CERRILO, M. et al. Two methods to determine the prevalence of overweight and obesity in 8-9 year-old-children in Seville, Spain. **Nutr Hosp.**, v.27, n.2, p. 463-468, 2012. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/17\\_original\\_07.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/17_original_07.pdf)>. Acesso em 02 Nov. 2013.

CHAGAS, D. C. das. et al. Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 16, n. 1, p. 146-156, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0146.pdf>>. Acesso em: 29 Out. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: [Ministério da Saúde], 1986. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Relatorio%20Final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2013.

COPQUE, H. L. F.; TRAD, L. A. B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.14, n.4, p. 224 -232, dez. 2005. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v14n4/pdf/v14n4a03.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

COSTA, F. P.; MACHADO, S. H. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 1383-1389, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/048.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

COSTA, M. B., et al. Obesidade infantil: características em uma população atendida pelo programa de saúde da família. **Rev APS**. v.14, n.3, p.283-288, jul/set, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1037/505>>. Acesso em: 29 Out. 2013.

DUARTE, G. B.; SAMPAIO, B.; SAMPAIO, Y. Programa Bolsa Família: impacto das transferências sobre os gastos com alimentos em famílias rurais. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, v. 47, n. 4, p. 903-918, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/resr/v47n4/a05v47n4.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

DRUK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: As duas faces do governo Lula. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v.10, n.1, Jan./June 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100004)>. Acesso em: 10 mar. 2013.

DURIEUX, M. **Transferência de renda: Programa Bolsa família e Cidadania**. 2011. 65f. Monografia (Especialização em Educação Fiscal e Cidadania) – Escola de Administração Fazendária- ESAF, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.esaf.fazenda.gov.br/a\\_esaf/biblioteca/arquivos\\_monografias/arquivo.2013-04-17.2040319933](http://www.esaf.fazenda.gov.br/a_esaf/biblioteca/arquivos_monografias/arquivo.2013-04-17.2040319933)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

ERDMANN, A. L. et al. Gerenciando Uma Experiência Investigativa Na Promoção Do “Viver Saudável” Em Um Projeto De Inclusão Social. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 369-377, Abr./Jun, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000200022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000200022&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

FERREIRA, A. V.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.1674-1681, jul, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n7/19.pdf> >. Acesso em: 15 mar. 2013.

FERREIRA, M. N. **Programas de transferência condicionada de renda e acesso aos serviços de saúde**: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, (Dissertação) p.1-116. Rio de Janeiro: s.n., 2009. Disponível em: <[http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25672\\_ferreiramnm.pdf](http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25672_ferreiramnm.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

GARCIA, M. T.; GRANADO, F. S.; CARDOSO, M. A. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, Fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000200012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

GOTTLIEB, M. G. V.; MORASSUTTI, A. L.; CRUZ, I. B. M. Transição Epidemiológica, Estresse Oxidativo E Doenças Crônicas Não Transmissíveis Sob Uma Perspectiva Evolutiva. **Scientia Medica**. Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 69-80, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8712/6274>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

GUEDES, D. P. et al. Effects of social and environmental determinants on overweight and obesity among Brazilian school children from a developing region. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v.30, n.4, Oct. 2011. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892011001000002&script=sci\\_arttext&lng=esFirefoxHTMLShellOpenCommand](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892011001000002&script=sci_arttext&lng=esFirefoxHTMLShellOpenCommand)>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2008-2009**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_aquisicao/pof20082009\\_aquisicao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_aquisicao/pof20082009_aquisicao.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2013.

LIMA, F. E. L.; RABITO, E. I.; DIAS, M. R. M. G. Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba, PR. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 14, n.2, p.198-206, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n2/02.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

LUCAS, L. B. Nutrição na infância. In: MAHAN, K. L.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11ª. São Paulo, ed. Roca, 2005. p. 246-267.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY L.; SENNA, M. de C. M.; Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: Oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, dezembro, p. 1415-1421, 2007. Disponível: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63013517002.pdf>>.

MARINHO, E.; LINHARES, F.; CAMPELO, G. Os programas de transferência de renda do governo impactam a pobreza no Brasil?. **Rev. Bras. Econ.** Rio de Janeiro, v.65, n.3, July/Sept. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71402011000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71402011000300003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 mar. 2013.

MARQUES, R.M; MENDES, A. Servindo a dois senhores: As políticas sociais no governo Lula. **Revista Katal.**, v.10, n.1, p.15-23, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a03.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013

MARTINS, I. S. et al. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.6, nov./dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000600017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600017)>. Acesso em: 24 Out. 2013.

MELO, M. E. de. **Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009**. [201-]. Disponível em: <[http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidade%20no%20Brasil%20VIGITEL%202009%20POF2008\\_09%20%20II.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidade%20no%20Brasil%20VIGITEL%202009%20POF2008_09%20%20II.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

MIRANDA, J. M. de Q.; ORNELAS, E. de M.; WICHI, R. B. Obesidade infantil e fatores de risco cardiovasculares. **ConScientia e Saúde**, v.10, n.1, p.175-180, 2011. Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2491/1911>>. Acesso em 02 Nov. 2013.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estud. Avançados**. São Paulo, v.17 n.48 May/Aug. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000200002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

MOURA, de P.G.M. Bolsa família: projeto social ou marketing político? **Rev. katálysis**, Florianópolis, v.10, n.1, Jan. /June, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000100013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26 Mar. 2013.

NOVAES, J. F. et al. Efeitos a curto e longo prazo do aleitamento materno na saúde infantil. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** São Paulo, v. 34, n. 2, p. 139-160, Ago. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1519-8928/2009/v34n2/a139-160.pdf>>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v.85, n.9, p. 660-667, September, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/growthref/growthref\\_who\\_bull.pdf](http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull.pdf)>. Acesso em 20 Abr. 2013.

OLIVEIRA, C. C. F. et al. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.20 n.1, mar. 2011. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742011000100002&lng=pt&nrm=.pf](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100002&lng=pt&nrm=.pf)>. Acesso em 26 Out. 2013.

OLIVEIRA, J. S. et al. Fatores associados ao estado nutricional em crianças de creches públicas do município de Recife, PE, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.16, n.2, Jun., 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000200502&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200502&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em 02 Nov. 2013.

OLIVEIRA, S. A. M. Norberto Bobbio: teoria política e direitos humanos. **Rev. Filos.**, v. 19, n. 25, p. 361-372, jul./dez. 2007. Disponível em: <[www2.pucpr.br/reol/index.php/RF?dd1=1795&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RF?dd1=1795&dd99=pdf)>. Acesso em 29 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Principais tratados de direitos humanos sistema global. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Art. 25. 1948.

Disponível em:

<<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Committee On Economic, Social And Cultural Rights Twentieth session, **General Comment 12**; Geneva, 26 April-14 May 1999. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G99/420/12/PDF/G9942012.pdf?OpenElement>>.

Acesso em: 30 mar 2013.

PELEGRINI, A., et al. Overweight and obesity in seven to nine-year-old Brazilian students: data from the Brazilian Sports Project. **Rev Paul Pediatr**. São Paulo, v.28, n.3, Sept. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

[05822010000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 29 Out. 2013.

PEREIRA, L. L. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil entre lactentes, pré-escolares e escolares em uma área de abrangência do PET-SAÚDE. **Arq. Catarin. Med**. Sta Cat. v. 41, n.4, p.09-14, 2012. Disponível em:

<[www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1136.pdf](http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1136.pdf)>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

PERGHER, R. N. Q. et al. Is a diagnosis of metabolic syndrome applicable to children? **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v.86, n. 2, Mar./Apr. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000200004&script=sci_arttext&tlng=en)

[75572010000200004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000200004&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

PETERS, B. S. E.; OLIVEIRA, P. M. P. de; FISBERG, M. Ingestão de cálcio e vitamina D pela população infanto-juvenil. **Pediatria Moderna**, v.49, n.2, Fev. 2013. Disponível em:

<[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5348](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5348)>. Acesso em: 29 nov. 2013.

PHILIPPI, S.T.; CRUZ, A.T.R.; COLUCCI, A.C.A. Pirâmide alimentar para crianças de 2 e 3 anos. **Rev Nutr**. v.16, n., p. 5-19, 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100002&lng=pt&nrm=iso)

[52732003000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 Nov. 2013.

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, D. B. B.; Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.170-183, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200016)>. Acesso em: 15 mar. 2013.

QUELUZ, M. C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 46, n.3, p.537-43, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/02.pdf>>. Acesso em 02 Nov. 2013.

RECINE, E. ; VASCONCELLOS A. B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.73-79, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 Out. 2013.

ROSA, J. A. O. **Estado nutricional e consumo de alimentos de beneficiários do programa Bolsa Família em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre.** 2011. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37212/000820562.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n.6, p. 1027-1034, Nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> >. Acesso em: 02 abr. 2013.

ROSSI, C. E. et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev. Nutr.** Campinas, v.23, n.4, July/Aug. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000400011&script=sci_arttext)>.

SALDIVA, M. D. R. S. et al. 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. **Rev. Nutr.** Campinas, v.23, n.2, Mar./Apr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000200005)>. Acesso em: 04 Nov. 2013.

SANTANA, J. Á. A evolução dos programas de transferência de renda e o Programa Bolsa Família. In: SEMINÁRIO POPULAÇÃO, POBREZA E DESIGUALDADE, 2007, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos...** Campinas: UNICAMP, 2007, p. 2-18.

Disponível em:

<[http://www.abep.nepo.unicamp.br/SeminarioPopulacaoPobrezaDesigualdade2007/docs/SemPopPob07\\_1019.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/SeminarioPopulacaoPobrezaDesigualdade2007/docs/SemPopPob07_1019.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

SANTOS, C. D. da L. et al. Influência do déficit de estatura nos desvios nutricionais em adolescentes e pré-adolescentes. **Rev. Nutr.** Campinas, v.22, n.2, Mar./Apr. 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000200001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 out. 2013.

SCHUCH, I. et al. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. **J Pediatr.** Rio J. v. 89, n. 2, p.179–188, 2013. Disponível em:

<<http://jped.elsevier.es/en/excesso-peso-em-criancas-pre-escolas/articulo/90197510/>>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

SCHAFFAZICK, A. L. **Estado nutricional e consumo de alimentos das crianças cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do município de Iago dos três Cantos- RS.** 2011. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Departamento de medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34067/000789816.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

SEGALL-CORRÊA, A. M., et al. **Amamentação e alimentação infantil.** In: Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf) . Acesso em: 02 Nov. 2013.

SENNA, M. de C. M., et al. Programa Bolsa Família: Nova institucionalidade no campo da política social brasileira? **Rev. Katál.** Florianópolis, v. 10, n. 1 p. 86-94, jan./jun. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a10.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2013.

SILVA, D. A. S. Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família no estado de Sergipe, Brasil. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v.29 n.4 Dec. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822011000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400010)>. Acesso em: 29 Out. 2013.

SILVA, D. R. N. da; SCHNEIDER, A.P.; STEIN, R. T. O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/4162/3855>>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

SILVA, M. O. S. e. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.6, p. 1429-1439, 2007. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufma.br:8080/jspui/bitstream/1/157/1/O%20BOLSA%20FAMILIA.pdf>>. Acesso em 30 abr. 2013.

SILVA, N. V. P.; MUNIZ, L. C.; VIEIRA, M. F. A. Consumo de refrigerantes e sucos artificiais por crianças menores de cinco anos: uma análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2006. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** São Paulo, v. 37, n. 2, p. 163-173, ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1519-8928/2012/v37n2/a3248.pdf>>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes\\_basicas\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2013.

SOARES, S.; SÁTYRO, N. **O Programa Bolsa Família: Desenho institucional, impactos e possibilidades futuras**. (Texto para discussão). IPEA: Instituto de pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2009; Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732011000600002&script=sci_arttext)>. Acesso em 15 Mar. de 2013.

SOUSA, R. P.; RAMALHO, W. M.; FORTALEZAB. M.: Pobreza e desnutrição: uma análise do Programa Fome Zero sob uma perspectiva epidemiológica. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.1, p.21-30, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n1/05.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

SOUZA, M. M. de; PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. de. Estado nutricional de crianças assistidas em creches e situação de (in)segurança alimentar de suas famílias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.12, Dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 02 Nov. 2013.

SOUZA, A. L. M. **Programas de transferência condicionada de renda e seu impacto sobre o estado nutricional de crianças e adultos da Região Nordeste do Brasil**. 2009. 185f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Ciências farmacêuticas, Faculdade de Economia e Administração e Faculdade de Saúde Pública- PRONUT, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/89/89131/tde-30042009-092428/pt-br.php>>. Acesso em: 26 Mar. 2013.

SUÑÉ, F. R. et al. Prevalência e fatores associados para sobrepeso e obesidade em escolares de uma cidade no Sul do Brasil; **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1361-1371, jun, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000600011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000600011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

VALENTE, F. L. S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.1, p.51-60, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n1/08.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

VALENTE, F. L. S. **Segurança Alimentar e Nutricional: transformando natureza em gente**. Cortez Editora, São Paulo, 1ª ed., p. 103-136, 2002. Disponível em: <[http://www.pjf.mg.gov.br/sg/conselhos/comsea/doc/2011/natureza\\_gente.pdf](http://www.pjf.mg.gov.br/sg/conselhos/comsea/doc/2011/natureza_gente.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2013.

VARGAS, V. S.; SOARES, M. C. F. Características da alimentação complementar precoce em crianças de uma cidade no sul do Brasil. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** São Paulo, SP, v. 37, n. 3, p. 269-280, dez. 2012. Disponível em: <<http://revistanutrire.org.br/files/v37n3/v37n3a04.pdf>>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

VASCONCELOS, F. A. G. **Avaliação Nutricional de Coletividades**. 4. ed. rev., ampl. e mod. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2008.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr.** Porto Alegre, v.86, n.4, July/Aug. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000400012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572010000400012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 nov. 2013.

VIANA, V.; SANTOS, P. L. dos; GUIMARÃES, M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v.9, n.2, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04 Nov. 2013.

VITOLLO, M.R. et. al. Some risk factors associated with overweight, stunting and wasting among children under 5 years old. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v.84, n.3, p.251-257, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572008000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em 01 Nov. 2013.

VITOLLO, M. R. et al. Consumo precoce de alimentos não recomendados por lactentes do sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 25-28, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/11023/8899>> Acesso em: 02 Nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicentre Growth Reference Study Group. **WHO Child Growth Standards:** Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. WHO, Geneva, p. 312, 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/childgrowth/standards/technical\\_report/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/)> . Acesso em: 03 Nov. 2013.

YASBEK, M. C. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **São Paulo Perspec.** São Paulo, v.18, n.2, p. 104-112, Apr./June, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a11v18n2.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

## ANEXO A - QUESTIONÁRIOS DE CONSUMO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
	Estabelecimento de Saúde
	Nº CNES
	Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde
Nome completo*	Data de nascimento:*
Endereço completo	
Identificação (tipo e número)	Data de preenchimento:*
* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza)	
<b>FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE -</b>	
<b>CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES</b>	
1. A criança <b>ontem</b> 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 <b>OU</b> _____ dias	
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: <b>aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos</b> ) <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 <b>ontem</b> 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	
<b>CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 6 MESES E MENOS DE 2 ANOS</b>	
1. A criança <b>ontem</b> 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 <b>OU</b> _____ dias	
3. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: <b>aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos</b> ) <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"/> Ainda está em aleitamento materno exclusivo	
4. <b>Ontem</b> , 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. <b>Ontem</b> , 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. <b>Ontem</b> , a criança comeu fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7. <b>Ontem</b> , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. <b>Ontem</b> , a criança comeu feijão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
9. <b>Ontem</b> , a criança comeu assistindo televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10. <b>Ontem</b> , 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 <b>antes de 6 meses de idade</b> , 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) <b>antes de 6 meses de idade</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
13. A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) <b>no último mês</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
14. A criança tomou refrigerante <b>no último mês</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
15. A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha <b>ontem</b> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 2 ANOS E MENOS DE 5 ANOS</b>	
1. <b>Ontem</b> , 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. <b>Ontem</b> , 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. <b>Ontem</b> , a criança comeu fruta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4. <b>Ontem</b> , a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5. <b>Ontem</b> , a criança comeu assistindo televisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6. <b>Ontem</b> , 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)	

Fonte: BRASIL, 2008.

## ANEXO B - QUESTIONÁRIOS DE CONSUMO ALIMENTAR PARA INDIVÍDUOS COM CINCO ANOS DE IDADE OU MAIS.

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL								
	Estabelecimento de Saúde							Nº CNES*	
	Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde								
Nome completo*						Data de nascimento:*			
						/ /			
Endereço completo*									
Documentação (tipo, número e outras especificações)						Data de preenchimento:*			
						/ /			
* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).									
<b>FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - INDIVÍDUOS COM 5 ANOS DE IDADE OU MAIS -</b>									
Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?									
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias	
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)									
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)									
3. Frutas frescas ou salada de frutas									
4. Feijão									
5. Leite ou iogurte									
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)									
7. Hambúguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)									
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote									
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)									
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)									

Fonte: BRASIL, 2008.

## ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Na condição de estudante do curso de Nutrição da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, está sendo realizada uma pesquisa com o objetivo de conhecer o consumo alimentar de beneficiários contemplados pelo Programa Bolsa Família.

Necessito de sua contribuição participando de uma entrevista. Sua participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar, em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será preservada no mais rigoroso sigilo. Não serão divulgadas informações que permitam identificá-lo (a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a conclusão de parte do estudo que é o conhecimento dos hábitos alimentares dos beneficiários do Programa.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas por mim Francislaine Gomes ou pela professora responsável, Paula Regina Campos de Almeida, através do telefone 3331-8500.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Nome do aluno (a)

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Paula Regina L. de Almeida Campos  
(professora responsável)

\_\_\_\_\_  
Local e data

Aceito participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Local e data

## ANEXO D - PONTOS DE CORTE PARA CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

<b>Estatura-para-idade:</b>	
<b>VALORES CRÍTICOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL</b>
< Percentil 0,1 < Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e <Percentil 3	Baixa estatura para a idade
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	
≥ Percentil 3 ≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade
<b>Peso-para-idade:</b>	
<b>VALORES CRÍTICOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL</b>
< Percentil 0,1 < Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	
> Escore-z -3 e <Escore-z -2	Baixo peso para a idade
> Percentil 3 e <Percentil 97	
> Escore-z -2 e <Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97 > Escore-z +2	Peso elevado para a idade
<b>Peso-para-estatura:</b>	
<b>VALORES CRÍTICOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL</b>
< Percentil 0,1 < Escore-z -3	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	
> Escore-z -3 e <Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e <Percentil 85	
> Escore-z -2 e <Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e <Percentil 97	
> Escore-z +1 e <Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e <Percentil 99,9	
> Escore-z +2 e <Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9 > Escore-z +3	Obesidade
<b>IMC-para-idade</b>	
<b>VALORES CRÍTICOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL</b>
< Percentil 0,1 < Escore-z -3	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	
> Escore-z -3 e <Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e <Percentil 85	
> Escore-z -2 e <Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e <Percentil 97	
> Escore-z +1 e <Escore-z +2	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e <Percentil 99,9	
> Escore-z +2 e <Escore-z +3	Sobrepeso
> Percentil 99,9 > Escore-z +3	Obesidade

Fonte: Adaptado de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006.

**ANEXO E - PONTOS DE CORTE PARA CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS**

<b>Estatura-para-idade:</b>	
<b>VALORES CRÍTICOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL</b>
< Percentil 0,1 < Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	
> Escore-z -3 e < Escore-z-2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 ≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade
<b>Peso-para-idade:</b>	
<b>VALORES CRÍTICOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL</b>
< Percentil 0,1 < Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	
> Escore-z -3 e <Escore-z -2	Baixo peso para a idade
> Percentil 3 e <Percentil 97	
> Escore-z -2 e <Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97 > Escore-z +2	Peso elevado para a idade
<b>IMC-para-idade:</b>	
<b>VALORES CRÍTICOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL</b>
< Percentil 0,1 < Escore-z -3	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	
> Escore-z -3 e <Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e <Percentil 85	
> Escore-z -2 e <Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e <Percentil 97	
> Escore-z +1 e <Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e <Percentil 99,9	
> Escore-z +2 e <Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9 > Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: Adaptado de WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007.

## ANEXO F: PIRÂMIDE ALIMENTAR ADAPTADA PARA CRIANÇAS DE 02 A 03 ANOS



Fonte: PHILIPPI et al., 2003.

## APÊNDICE – A CARTA DE SOLICITAÇÃO



**Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo**

### Solicitação

Venho através desta, solicitar junto a este órgão a autorização para que seja realizada pesquisa de campo com finalidade de Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição.

A pesquisa será desenvolvida na Unidade de Saúde de Bela Vista, Cariacica, com usuários contemplados no Programa Bolsa Família. Com intuito de traçar o perfil Nutricional dos mesmos e avaliar o consumo alimentar.

Será preservada identidade dos usuários, utilizando somente os dados já coletados como critério de avaliação do SISVAN: Peso e altura.

Como recurso será adotado Questionário Qualiquantitativo sobre o consumo alimentar, devidamente autorizado pelo paciente e/ou Responsável através de um termo de consentimento.

Desde já agradeço a colaboração em meu futuro profissional.

Cariacica, 08 de maio de 2013.

Assinatura

## APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO

### FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

#### DESCRIÇÃO DA PESQUISA

**TÍTULO DA PESQUISA:** Perfil Nutricional e consumo alimentar de crianças de 0 a 07 anos beneficiárias do programa Bolsa família atendidas em uma unidade de saúde de Cariacica/ES

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Paula Campos (Prof.Orientador), Francislaine Gomes(aluna).

**OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:** Traçar o perfil nutricional e conhecer o consumo alimentar de crianças de 0 a 7 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família e usuárias de uma unidade básica de saúde do município de Cariacica. A população beneficiária do programa é intimada toda primeira ou última sexta-feira de cada mês a comparecer na USB Bela Vista, para o acompanhamento pela equipe do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Sendo este uma das condicionalidades de saúde imposta aos beneficiários. Neste dia far-se-á a coleta dos dados.

#### AUTORIZAÇÃO

Mediante solicitação feita pelos pesquisadores Francislaine Gomes Ferreira e Paula Regina Campos do curso de Nutrição da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, para realização de coleta de dados das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, atendidas na unidade básica de Saúde do bairro Bela Vista, Cariacica. Eu Edna Luzia Furtado autorizo a realização da coleta de dados na Unidade de Saúde de Bela Vista, a fim de que a aluna possa concretizar seu objetivo em seu Trabalho de Conclusão de Curso.

Cariacica, 25 de junho de 2013.

**Edna Luzia Furtado**  
Coordenadora do PACS/PSF  
SEMUS/PMC

Assinatura/ Carimbo