

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE NUTRIÇÃO

RELACÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E TEMPO DE RECEBIMENTO DO
BENEFÍCIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DE CRIANÇAS AVALIADAS EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM/RN
JOYCE NAIANA DE PAIVA LIMA

RELACÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E TEMPO DE RECEBIMENTO DO
BENEFÍCIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DE CRIANÇAS AVALIADAS EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM/RN

de bacharel em Nutrição pela Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte.

Orientadora: Prof. (Esp.) Juliana Paolina
Ramos Neves

NATAL/RN

2011

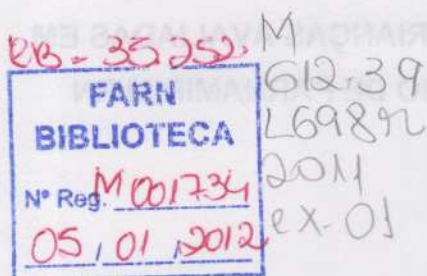
JOYCE NAIANA DE PAIVA LIMA

**RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E TEMPO DE RECEBIMENTO DO
BENEFÍCIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DE CRIANÇAS AVALIADAS EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM/RN**

BIBLIOTECA
M 100734
02/10/2011

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Nutrição como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Nutrição pela Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte.

Orientadora: Profa. (Esp.) Juliana Padilha
Ramos Neves



Catalogação na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Lima, Joyce Naiana de Paiva

Relação entre o estado nutricional e tempo de recebimento do benefício do programa bolsa família de crianças avaliadas em uma unidade básica de saúde do município de Parnamirim/RN / Joyce Naiana de Paiva Lima. – Natal, 2011.

50f.

Orientador: Juliana Padilha Ramos Neves (Esp.)

Monografia (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Estado Nutricional – Monografia. 2. Avaliação – Monografia. 3. Programa Bolsa Família – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 612.39

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE

JOYCE NAIANA DE PAIVA LIMA

**RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E TEMPO DE RECEBIMENTO DO
BENEFÍCIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DE CRIANÇAS AVALIADAS EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Nutrição pela Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Orientado por Juliana Padilha Ramos Neves

BANCA EXAMINADORA

Juliana Padilha Ramos Neves
(orientadora)

André Davim
(Professor)

Manuela Alves
(Professora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao grande Mestre e Pai da minha vida, que me faz vencer todas as dificuldades que enfrentei sobre meu caminho ao longo desta jornada. Senhor Jesus, agradeço tudo que me fez até os dias de hoje.

A minha mãe-ovo, na qual dedico este trabalho Francisco Cavalcante de Paiva Dantas.

A minha mãe Maria Natércia de Paiva que me ajudou em muitas ocasiões e superações.

A meu Pai José Erasmo de Lima que também ajudou nas etapas da minha vida.

A minha avó materna Ana Aníla de Lima que me deu conselhos e dedicação.

Aos meus Tios Francisco Agostinho e Francisca Fátima de Oliveira Agostinho um apoio constante e sempre presente quando precisei.

A meu amigo e colega de curso Francisco Raimundo de Lima, por ter me acompanhado durante toda a minha jornada acadêmica e sempre presente na minha vida.

Aos amigos que acompanharam esta minha jornada, com o apoio e incentivo de todos.

A todos os professores e professores Juliana Pereira, Raimundo de Lima, entre outros, que me deram a oportunidade de aprender.

E por fim agradecer em especial ao meu grande amigo e namorado Francisco Raimundo Rodrigues de Alencar por me incentivar, apoiar, reconhecer e ajudar em tudo que eu preciso.

Dedico este trabalho de conclusão de curso a minha família, em especial a minha avó materna e segunda mãe Francisca Cavalcante de Paiva Dantas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao grande Mestre e Pai da minha vida, que me fez vencer todas as batalhas que traçaram sobre meu caminho ao longo dessa jornada. Senhor Jesus, agradeço tudo que me fez até os dias de hoje.

À minha mãe-avó, na qual dedico este trabalho Francisca Cavalcante de Paiva Dantas.

À minha mãe Maria Nalziene de Paiva que me ajudou em muitas ocasiões inesperadas.

Ao meu Pai José Erasmo de Lima que também ajudou nesta etapa da minha vida.

À minha avó paterna Ana Anita de Lima que me deu conselhos e dedicação.

Aos meus Tios Francisco Agostinho e Francisca Fátima de Oliveira Agostinho um casal admirável que sempre ajudou quando precisei.

À minha amiga e colega de sala Patrycia Rabelo de Lima, por ter me acompanhado durante todo o curso, sendo amiga tantos nos estudos quanto na minha vida pessoal.

Às crianças que participaram do meu trabalho, sem elas eu não teria concluído essa monografia.

À minha orientadora e professora Juliana Padilha Ramos Neves um exemplo de pessoa e determinação.

E por fim agradecer em especial ao meu grande amigo e namorado Francisco Bruno Rodrigues de Macêdo por me incentivar, apoiar, reconhecer e ajudar em tudo que eu faço.

RESUMO

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda diretamente às famílias pobres e extremamente pobres que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos (condicionalidades). A avaliação do estado nutricional é uma etapa fundamental no estudo de uma criança, uma vez que é possível acompanhar o crescimento/desenvolvimento e verificar se esta está se afastando do padrão esperado, seja por doença e/ou condições sociais desfavoráveis. O objetivo da pesquisa foi relacionar o estado nutricional com o tempo de benefício das crianças com idade entre 0 – 10 anos de ambos os sexos que são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF) acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Parnamirim/RN. Tratando-se de uma pesquisa descritiva, foram avaliadas 104 crianças de ambos os sexos onde os responsáveis que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TECLE. Foi usado um roteiro de perguntas e respostas onde obtinham os dados pessoais e antropométricos das crianças participantes. Para diagnóstico do estado nutricional foram utilizados os parâmetros antropométricos P/I, P/E, E/I e IMC/I. Os índices de peso para idade (P/I) encontram-se com 90% de adequação e apenas 8% com peso baixo para idade e 2% peso elevado para idade; em estatura para Idade (E/I) 89% das crianças avaliadas apresentavam estatura adequada para idade, enquanto que 8% apresentavam estatura baixa para idade, 2% estatura elevada para idade e 1% estatura muito baixa para idade; sobre o peso para estatura (P/E), 85% das crianças apresentavam eutrofia, 9% sobrepeso, 3% obesidade, 1% apresentaram risco em sobrepeso, 1% magreza acentuada e 1% magreza; quanto ao indicador IMC para Idade (IMC/I) 81% das crianças apresentam índice de massa corporal adequado, 8% sobrepeso, 4% estão obesos, 4% em estado de magreza, e 3% apresentando risco de sobrepeso. Quando ao tempo de recebimento do benefício do PBF, foi observado que as crianças que se apresentaram eutróficas em ambos indicadores antropométricos apresentaram maior tempo de benefício no PBF, e as crianças que apresentaram déficits nutricionais apresentaram menor tempo de recebimento do benefício, onde pode-se afirmar que existe uma contribuição do PBF para a melhoria do estado nutricional das crianças assistidas por ele.

Palavras chaves: Avaliação; PBF; Estado Nutricional.

ABSTRACT

Bolsa Família Program is a scheme that transfers incomes directly for poor families, linking the receipt of financial assistance to comply with commitments (conditionalities). The evaluation of nutritional status is a fundamental step in the study of a child, since it is possible to follow the growth/development. The objective of this research was to connect the nutritional status with time benefit of children with age between 0 and 10 years of both sexes, who are benefited by the Bolsa Família Program (BFP) followed at a Basic Health Unit of the municipality of Parnamirim/RN. It is a descriptive research, 104 children of both sexes were evaluated, where the responsible for them agreed to participate in the research, they signed the TECLE. We used a script of questions and answers where we got personal and anthropometric data of the participating children. For diagnosis of nutritional status were used anthropometric parameters W/A, W/H, H/A and BMI/A. The indices of weight for age (W/A) are 90% appropriate and only 8% with the low weight for the age and 2% with overweight for age; For stature for age (H/A) 89% of the children had adequate height, while 8% had short stature for age, 2% elevated stature for age and 1% very short stature for age; about the weight for height (W/H), 85% of the children had eutrophy, 9% overweight, 3% obesity, 1% were at risk of overweight, 1% severe thinness and 1% thinness; on the BMI index for age (BMI/A) 81% of children have adequate body mass index, 8% overweight, 4% were obese, 4% in a state of thinness and 3% had risk of overweight. Concerning the time of receipt of the benefit of the BFP, it was observed that children who showed eutrophic in both anthropometric showed longer benefit in the BFP, and children with nutritional deficits had less time to receive the benefit, where it can be stated that exists a contribution from the BFP to improve the nutritional status of children assisted by him.

Key Words: Evaluation, Bolsa Família Program, nutritional status.

LISTA DE SIGLAS

PBF – Programa Bolsa Família	08
P/I – Peso para Idade	11
P/E – Peso para Estatura	12
E/I – Estatura para Idade	12
IMC/I – IMC para Idade	13
3.4 A PERCEPÇÃO SUBJATIVA DA FOME E O PROGRAMA FOME ZERO	16
3.5 PROGRAMA FOME ZERO	16
3.5.1 Como funciona	20
3.5.2 Casos de sucesso	20
3.5.3 O Programa Fome Zero	22
4 METODOLOGIA	23
4.1 OBJETIVO	23
4.2 RECURSOS E AMOSTRA	23
4.3 MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.4 TRATAMENTO PARA ANÁLISE ESTATÍSTICA	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	28
5.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	35
5.3 ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO AO TEMPO DE BENEFÍCIO DO PBF	35
6 CONCLUSÕES	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	44
ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1 DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO NORDESTE DO BRASIL.....	12
3.2 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS INFANTIS DAS REGIÕES BRASILEIRAS DE ACORDO COM A PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008 – 2009.....	13
3.3 IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA INFÂNCIA.....	15
3.4 A PERCEPÇÃO PÚBLICA DA FOME E O PROGRAMA FOME ZERO	16
3.5 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	18
3.5.1 Como funciona?.....	20
3.5.2 Cadastro Único.....	20
3.5.3 O Programa Bolsa Família na Saúde.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA.....	23
4.3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
4.4 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	28
5.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA.....	30
5.3 ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO AO TEMPO DE BENEFÍCIO DO PBF.....	34
6 CONCLUSÕES.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES.....	44
ANEXOS	45

mantendo o padrão esperado, seja por doença ou condições socioeconômicas (ACQUILY, SAUNDERS, LACERDA, 2005).

O uso de índices antropométricos tem sido considerado uma estratégia válida para gerar indicadores sensíveis do estado nutricional e, inclusive, das condições de vida dos grupos populacionais estudados (GUIMARÃES, BARROS, 2001).

Os tipos de problemas nutricionais variam entre regiões geográfico-administrativas, entre populações urbanas e rurais, entre famílias de uma comunidade e entre crianças de uma mesma família. Essas variações, em uma mesma região, podem ser explicadas pelo grau de desenvolvimento econômico, pela distribuição de riquezas, pelo nível de estabilidade econômica,

1 INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda diretamente às famílias pobres e extremamente pobres que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos (condicionalidades) nas áreas de Saúde e Educação com a finalidade de reforçar o acesso das famílias aos direitos sociais básicos (MDS, 2008).

Criado pela Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de setembro de 2004, o PBF (Programa Bolsa Família) tem o objetivo de: combater a fome e promover segurança alimentar e nutricional das famílias mais pobres; promover o acesso dessas famílias à rede de serviços públicos, especialmente os de saúde, educação e assistência social; promover a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza por meio da integração das ações sociais do Poder Público (MDS, 2008).

As metas do programa vêm sendo alcançadas com a participação de todos: Governo Federal, estados, municípios, Distrito Federal, entidades representativas da sociedade e de vários parceiros. Nesta união de esforços, é fundamental a atuação dos gestores e técnicos de diferentes políticas públicas (MDS, 2008).

Como uma das metas do Programa é atingir a melhoria do estado nutricional de crianças, vimos que a avaliação do estado nutricional, é uma etapa fundamental no estudo da saúde de uma criança, uma vez que, dessa forma é possível acompanhar o crescimento/desenvolvimento e verificar se este está se afastando do padrão esperado, seja por doença e/ou condições sociais desfavoráveis. (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2005).

O uso de índices antropométricos tem sido considerado uma estratégia válida para gerar indicadores sensíveis do estado nutricional e, inclusive, das condições de vida dos grupos populacionais estudados (GUIMARÃES; BARROS, 2001).

Os tipos de problemas nutricionais variam entre regiões geográfico-administrativas, entre populações urbanas e rurais, entre famílias de uma comunidade e entre crianças de uma mesma família. Essas variações, em uma dimensão mais abrangente, podem ser explicadas pelo grau de desenvolvimento econômico, pela distribuição de riquezas, pelo nível de estabilidade econômica,

pelas prioridades atribuídas aos gastos públicos e pelo padrão sociocultural da população, entre outros fatores. A deficiência de crescimento das crianças pode derivar ainda da ocorrência de doenças infecto-contagiosas, de alimentação inadequada, de precárias condições sociais, educacionais e econômicas da família, da qualidade da assistência à saúde e dos cuidados na infância, que afetam a qualidade de vida da criança (GUIMARÃES; BARROS, 2001).

Assim, a avaliação do estado nutricional também visa às atitudes de intervenção, tanto no indivíduo quanto na comunidade. Vale ressaltar que quanto mais indivíduos e/ou populações são avaliadas do ponto de vista nutricional e quanto mais seriadas forem essas avaliações, mais intervenções precoces podem ser instituídas, melhorando a qualidade de vida da população de uma forma geral e sempre lembrando que o estado nutricional de uma população é um excelente indicador de sua qualidade de vida (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2008).

Diante deste contexto a proposta desta pesquisa foi avaliar o estado nutricional das crianças inseridas no Programa Bolsa Família (PBF) do município de Parnamirim/RN e fazer uma relação com o tempo de recebimento do benefício, de forma que seja representado a partir desta avaliação as características nutricionais destas crianças, visto que, atualmente existem grandes problemas nutricionais relacionados em comunidades de baixa renda, afetando assim o desenvolvimento dessas crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Relacionar o estado nutricional com o tempo de benefício das crianças com idade entre 0 – 10 anos de ambos os sexos que são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF) acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Parnamirim/RN.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra quanto a gênero e faixa etária;
- Analisar o estado nutricional através dos índices P/I (peso por idade), E/I (estatura por idade), P/E (peso por estatura) e IMC/I (IMC por idade) tendo como referência a Caderneta de Saúde da Criança 2009.
- Relacionar o estado nutricional com o tempo de recebimento do benefício do Programa Bolsa Família.

Segundo Mendes, Campos e Lima (2010) a desnutrição infantil é um problema de saúde pública muito importante nos países em desenvolvimento. Trata-se de uma doença de origem multifatorial e complexa que tem suas raízes na pobreza (MENDES; CAMPOS; LIMA, 2010 p.5).

No entendimento de Mendes, Campos, Lima, (2010) a desnutrição ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para seu metabolismo fisiológico, devido à falta de oferta ou problema na utilização do que lhe é ofertado. No entanto, a grande maioria dos casos é secundária a uma alimentação carente dos nutrientes básicos, ou seja, resultado de uma ingestão insuficiente ou fome. É responsável direta ou indiretamente por altas taxas de mortalidade, principalmente, em crianças nos seus primeiros anos de vida, quando o seu nível de

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO NORDESTE DO BRASIL

A pobreza é um fenômeno que acompanha a humanidade há séculos. Fruto das desigualdades sociais e econômicas, a pobreza passou a desenvolver características peculiares nos últimos 200 anos à medida que o sistema capitalista de organização da sociedade passou a imperar em todo o mundo. A concentração populacional nas grandes cidades, a reestruturação industrial e a desigual distribuição das benesses do crescimento econômico contribuíram para a criação de um novo elenco de problemas e carências ligados à insegurança pessoal, à violência urbana e à desorganização dos grupos mais vulneráveis (REIS; SCHWARTZMAN, 2007).

A desnutrição na infância, diagnosticada a partir do retardo do crescimento infantil, é um dos maiores problemas de saúde enfrentados por países em desenvolvimento, estando associada ao maior risco de doenças infecciosas e de mortalidade precoce, comprometimento do desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta. A redução à metade da prevalência de déficits antropométricos em crianças menores de cinco anos é uma das metas de desenvolvimento do milênio, assumidas em 2000 pelas Nações Unidas (LIMA et al., 2010).

Apesar da redução mundial da prevalência da desnutrição infantil, atualmente é o problema de saúde pública mais importante dos países em desenvolvimento. Trata-se de uma doença de origem multicausal e complexa que tem suas raízes na pobreza (MENDES; CAMPOS; LANA, 2010 p 5).

No entendimento de Mendes, Campos, Lana, (2010) a desnutrição ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para seu metabolismo fisiológico, devido à falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado. No entanto, a grande maioria dos casos é secundária a uma alimentação carente dos nutrientes básicos, ou seja, resultado de uma ingestão insuficiente ou fome. É responsável direta ou indiretamente por altas taxas de morbimortalidade, principalmente, em crianças nos seus primeiros anos de vida, quando o seu ritmo de

crescimento é acelerado. Nesse contexto, alguns dados epidemiológicos refletem a magnitude da desnutrição: das 12 milhões de mortes de menores de cinco anos registradas a cada ano nos países em desenvolvimento, devido, principalmente, a causas evitáveis, cerca de 60% estão relacionadas à desnutrição.

Inquéritos antropométricos realizados em amostras probabilísticas da população brasileira de menores de cinco anos nas décadas de 1970, 1980 e 1990 indicavam sistemática concentração da desnutrição na região Nordeste. Em 1974/5, o Estudo Nacional da Despesa Familiar revelou que déficits de altura para idade eram duas vezes mais freqüentes na região Nordeste do que nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, embora tenha indicado redução da desnutrição em todas as regiões do País, mostrou que o declínio tinha sido relativamente menos pronunciado na região Nordeste, o que levou essa região a apresentar prevalência de déficits de altura para idade três vezes superior à encontrada nas regiões do Centro-Sul do País. Em 1996, o programa de pesquisa *Demographic Health Surveys* (DHS) apontou novo declínio da desnutrição, desta vez semelhante no Nordeste e no Centro-Sul, o que manteve o risco três vezes maior de déficits de altura para idade na região Nordeste (LIMA et al., 2010).

A análise inicial dos dados colhidos pelo mais recente inquérito brasileiro do programa DHS, realizado em 2006/7, ratificou a tendência de declínio da desnutrição infantil em todas as regiões do País, mostrando, desta vez, redução particularmente intensa dos déficits de altura para idade no Nordeste, a ponto de eliminar toda a desvantagem dessa região com relação às demais. (LIMA et al., 2010).

3.2 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS INFANTIS DAS REGIÕES BRASILEIRAS DE ACORDO COM A PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008 – 2009.

De acordo com a última POF (Pesquisa e Orçamento Familiar), a prevalência de déficit de altura foi máxima na Região Norte (12,2% em meninos e 10,3% em meninas) e mínima na Região Sul (4,7% e 4,0%, respectivamente, em meninos e meninas). Prevalências próximas à média nacional de 7% foram encontradas em meninos e meninas das Regiões Sudeste e Centro-Oeste e,

também, naqueles da Região Nordeste. Este padrão de distribuição regional do déficit de altura na faixa etária de 5 a 9 anos reproduz o padrão observado em menores de 5 anos, denotando, assim, a ausência de mudanças na distribuição regional da desnutrição infantil entre a primeira e a segunda metade da década de 2000. Entretanto, diferentemente do observado para menores de 5 anos, nos dois sexos, a frequência do déficit de altura em crianças de 5 a 9 anos de idade tendeu a ser maior no meio rural do que no meio urbano (POF, 2010).

A situação das crianças de 5 a 9 anos de idade no meio rural se mostrou particularmente desvantajosa na Região Norte, onde 16,0% dos meninos e 13,5% das meninas apresentavam déficit de altura em comparação a 10,5% e 8,8%, respectivamente, no meio urbano. A desigualdade urbano-rural evidenciada na faixa etária de 5 a 9 anos, mas não entre menores de 5 anos de idade, indica tendência de diminuição de desigualdades sociais na desnutrição infantil da primeira para a segunda metade da década de 2000. A prevalência de déficit de peso na faixa etária de 5 a 9 anos foi baixa em todas as regiões, oscilando ao redor da média nacional de 4%. Nesse caso, não foram detectadas diferenças sistemáticas entre domicílios urbano e rural (POF, 2010).

A prevalência de excesso de peso oscilou de 25% a 30% nas Regiões Norte e Nordeste (mais do que cinco vezes a prevalência do déficit de peso) e de 32% a 40% nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (mais do que dez vezes a prevalência do déficit de peso). O excesso de peso tendeu a ser mais frequente no meio urbano do que no meio rural, em particular nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Com magnitudes menores, a prevalência da obesidade mostrou distribuição geográfica semelhante à observada para o excesso de peso (POF, 2010).

A prevalência de déficit de altura na faixa etária de 5 a 9 anos mostrou forte diminuição com o aumento da renda. A razão de prevalências entre a menor e a maior classe de renda foi de seis vezes no sexo masculino e de dez vezes no sexo feminino, indicando a intensa desigualdade econômica desse indicador na primeira metade da década de 2000. Entre menores de 5 anos de idade, como se viu, a razão de prevalências para déficits de altura entre a menor e a maior classe de renda foi de cerca de 2,5 vezes, denotando, assim, substancial diminuição de desigualdades sociais na desnutrição infantil entre a primeira e a segunda metade da década de 2000 (POF, 2010).

A prevalência de déficit de peso em crianças de 5 a 9 anos de idade tendeu a diminuir com a renda em meninos, mas não em meninas. As prevalências de excesso de peso e de obesidade aumentaram com a renda nos dois sexos e a razão de prevalências entre classes extremas de renda oscilou aproximadamente duas a três vezes (POF, 2010).

3.3 IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NA INFÂNCIA

A alimentação é, sem dúvida, o fator que está mais diretamente relacionado ao processo de crescimento. A privação ou excesso de alimentos pode levar a dezenas de distúrbios, de maior ou menor gravidade, devendo haver um equilíbrio entre demanda e ingestão para a nutrição adequada. Quando ocorre predomínio de um dos fatores, aparece a subnutrição (protéico-calórica, anemias ferroprivas e megaloblásticas, deficiência de vitamina A, raquitismo, entre outras) ou a hipernutrição (obesidade, diabetes, hipervitaminoses) (WEFFORT; LAMOUNIER, 2009).

Além do estudo dos hábitos alimentares, o uso das medidas antropométricas pode ser utilizado para se avaliar o estado nutricional e de saúde de uma população. Nesse sentido, a antropometria tem sido reconhecida internacionalmente como um importante indicador do crescimento infantil, sendo uma técnica prática e imediatamente aplicável para o estudo do acompanhamento do crescimento durante os primeiros anos de vida. Embora, idealmente, a avaliação nutricional deva associar as medidas antropométricas com parâmetros bioquímicos, em trabalhos de campo onde um grande número de indivíduos são avaliados, a antropometria isoladamente, pode ser uma estratégia satisfatória para o rastreamento de fatores de risco nutricionais (SALDIVA et al., 2010).

Indicadores de saúde infantil são extremamente afetados pelas condições do meio em que a criança vive e altamente dependentes da oferta suficiente e apropriada de cuidados. Se essas condições não forem atendidas, esses indicadores não serão bons. Este cenário se faz presente, invariavelmente, nos pequenos municípios que se localizam distante dos grandes centros urbanos, que são pobres, que apresentam estrutura em saúde insuficiente e que carecem enormemente de pessoal habilitado a pensar e oferecer saúde do ponto de vista coletivo. Via de regra, o que se vê é a oferta de um serviço individualizado, curativo,

paliativo, repetitivo e voltado ao atendimento de uma demanda quase infinita. Isso ocorre também em virtude de os gerenciadores locais preferirem os programas verticais do governo, que já vêm acompanhados de recursos (CESAR et al., 2009).

3.4 A PERCEPÇÃO PÚBLICA DA FOME E O PROGRAMA FOME ZERO

Segundo Monteiro (2003), a fome crônica de importância epidemiológica é a deficiência energética crônica, sendo uma das modalidades de desnutrição, onde o valor calórico total dos alimentos da dieta do indivíduo é inferior ao seu consumo calórico diário, independente da composição macro e micronutricional.

Para uma análise das alternativas que se desenham para a questão social brasileira, particularmente na definição de estratégias de combate à pobreza, como é possível constatar, por exemplo, em propostas atualmente localizadas no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e especialmente no Programa Fome Zero, é necessário ter como referência as relações sociais mais amplas, que particularizam a sociedade brasileira na atual conjuntura, assim como o que representou a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva na construção da democracia, da República e da nação. Diante disso esta eleição colocou em questão mais uma vez, na história brasileira, a "disputa pelos sentidos da sociedade". Entre as disputas centrais a serem travadas nos próximos anos, está aquela pelo lugar do social na construção da nação. São os rumos e a politização desse debate que permitirão a um Programa como o Fome Zero se colocar (ou não) na perspectiva de forjar formas de resistência e defesa da cidadania dos excluídos, ou apenas reiterar práticas conservadoras e assistencialistas (YASBEK, 2004).

Os riscos enfrentados nessa disputa são no sentido de que as ações permaneçam no plano do assistencialismo e do dever moral e humanitário e não se realizem como direito. Até o momento, as propostas não rompem com a ótica seletiva e emergencial, com o desenvolvimento de ações de caráter paliativo, focalizadas e sem inovações (YASBEK, 2004).

Destacam-se no documento oficial sobre Política de Segurança Alimentar do Governo, as colocações: " Precisamos vencer a fome, a miséria e a exclusão

social. Nossa guerra não é para matar ninguém – é para salvar vidas” e “Hoje, quase um terço da população brasileira tem fome”.

O Programa Fome Zero foi elaborado em 2001, mas suas origens são bem mais antigas. A questão da fome no Brasil assumiu caráter político anteriormente ao aspecto científico. Reflexo disso, e a permanência do tema entre economistas e cientistas sociais na literatura científica atual. A obra de Castro (1946), “Geografia da Fome” pode ser considerada marco inicial do discurso sobre a fome. Esse autor é citado com frequência por setores acadêmicos na produção intelectual sobre a fome, embora sua trajetória tenha sido, do ponto de vista institucional, mais política do que científica. Castro foi presidente da Food and Agriculture Organization (FAO) entre 1952 e 1956 (COUTINHO; LUCATELLI, 2006).

O Fome Zero é o principal programa social do Governo Federal e consumiu, até o final de 2005 cerca de R\$27 bilhões. O Programa abrange 31 ações e sub-programas, sendo o principal deles o chamado Bolsa-Família, criado em 2003, que consome mais de 50% do orçamento de programas do Governo. Dados do Programa assumem que 58,6% das famílias pobres do País são atendidas pelo Bolsa-Família (COUTINHO; LUCATELLI, 2006).

Concebido para promover a segurança alimentar e nutricional para o Brasil, o Programa Fome Zero teve dois eixos: um intelectual e um de mobilização. Desde a década de 80 ocorriam no País campanhas ligadas ao combate á fome, que mobilizaram amplos setores da sociedade em ações de doação e distribuição de alimentos. Em 1993, foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar, que existe até hoje (COUTINHO; LUCATELLI, 2006).

Apesar da enorme atenção que o Programa FomeZero tem obtido nas mídias nacionais e internacionais e seu conteúdo ser de interesse dos profissionais de saúde pública, poucos sanitaristas têm se manifestado publicamente quanto ao programa (SOUZA et al., 2003).

Há evidências de que os intelectuais envolvidos na elaboração do Programa tinham conhecimento dos estudos epidemiológicos sobre a fome no Brasil. A opção por ignorar essa literatura é justificada relativizando seu valor intelectual, baseando-se em outras medidas para a fome (COUTINHO; LUCATELLI, 2006).

Existem várias formas de se obter estatísticas sobre a fome em uma determinada área geográfica. O método direto utilizado por vários pesquisadores e adotado pelos técnicos do Projeto Fome Zero, consiste em calcular o custo monetário per capita para a ingestão de uma certa quantidade de alimentos, mínima para a sobrevivência, e compará-lo com a renda dos indivíduos. Rendas abaixo desse custo, indicariam um déficit, colocando esses indivíduos em situações de risco. Assim, a linha de pobreza média ponderada para o Brasil (R\$ 71,53 por pessoa), indica a existência de 46 milhões de pessoas com renda média disponível de R\$ 39,11 ou 9,9 milhões de famílias (com média de 4,7 pessoas) com renda de R\$ 183,81. Pode-se afirmar que as pessoas dessas famílias não têm renda suficiente para garantir sua segurança alimentar. Daí veio o numero cabalístico de 40 milhões de famintos, e não de indivíduos magros (COUTINHO; LUCATELLI, 2006).

Esse conceito permanece ao longo das etapas de implementação do Programa Fome Zero, conforme as publicações compiladas no site oficial do Fome Zero, de 2002 até 2006. Esses artigos refletem a percepção dos porta-vozes e defensores do Programa em sua comunicação com a sociedade (COUTINHO; LUCATELLI, 2006).

3.5 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA -PBF

O Bolsa Família atende mais de 13 milhões de famílias em todo território nacional. A depender da renda familiar por pessoa (limitada a R\$ 140), do número e da idade dos filhos, o valor do benefício recebido pela família pode variar entre R\$ 32 a R\$ 306. Diversos estudos apontam para a contribuição do Programa na redução das desigualdades sociais e da pobreza. O 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio aponta queda da pobreza extrema de 12% em 2003 para 4,8% em 2008 (MDS, 2011).

A gestão do Bolsa família é descentralizada e compartilhada por União, estados, Distrito Federal e municípios. As três esferas do Governo trabalham em conjunto para aperfeiçoar, ampliar e fiscalizar a execução do Programa, instituído

pela Lei 10.836/04 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/04. A lista de beneficiários é pública e pode ser acessada por qualquer cidadão (MDS, 2010).

Os valores do benefício pagos pelo Bolsa Família variam de R\$ 32 A R\$ 242 descritos em A...
o número de crianças...
básico, o variável...
extraordinário (MDS...
O Programa Bolsa Família procura reduzir a pobreza e as desigualdades existentes por meio da transferência de recursos monetários para as famílias que vivem em estado de extrema pobreza. No que se refere ao lado da demanda, o objetivo do bolsa família é conferir às camadas mais pobres da população uma capacidade de consumir em bases iguais (ESTRELA;RIBEIRO,2008 p. 3).

O Programa Bolsa Família se configura como uma das principais ações do Fome Zero, concebido como uma política pública intersetorial que articula os diversos agentes públicos e sociais em torno de uma prioridade de governo e, sobretudo, de um imperativo ético: a erradicação da fome e a promoção da inclusão social no Brasil (MDS, 2008).

Dentre as suas condicionalidades na saúde, o Bolsa Família promove acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, por meio da vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de 7 anos, assistência ao pré-natal e puerpério, vacinação em dia para crianças menores de 7 anos, avaliação nutricional das famílias inseridas no programa dentre outros. Estas condicionalidades são contrapartidas sociais que devem ser cumpridas por toda a família para que permaneça recebendo o benefício mensal. São compromissos da família com o Programa Bolsa Família, associada à idéia de "condição mínima" para a participação no Programa. Todas as crianças e adolescentes, gestantes e mães que estejam amamentando devem cumprir as condicionalidades (foco na família e não apenas em alguns de seus membros) (MDS, 2008).

O que se pretende alcançar é a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social (mediante garantia de acesso aos serviços de educação e saúde) (MDS, 2008).

Para garantir melhor controle e eficácia na seleção das famílias para o Bolsa Família e para outros programas voltados para famílias pobres, existe o Cadastro Único para Programas Sociais, um importante instrumento de identificação socioeconômica dessas famílias (MDS, 2008).

3.5.1 Como Funciona?

Os valores do benefício pagos pelo Bolsa Família variam de R\$ 32 A R\$ 242 descritos em Anexo de acordo com a renda mensal da família por pessoa e com o número de crianças e adolescentes. O Programa tem quatro tipos de benefício: o básico, o variável, o variável vinculado ao adolescente e o variável de caráter extraordinário (MDS, 2010).

- O benefício Básico de R\$ 70 é pago às famílias consideradas extremamente pobres, com renda mensal de até R\$ 70 por pessoa, mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens.
- O benefício Variável de R\$ 32, pagos pela existência na família de crianças de zero a 15 anos (limitado a 5 crianças por família).
- O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ) de R\$ 38, é pago a todas as famílias do Programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$ 76.
- O Benefício Variável de Caráter Extraordinário (BVCE) é pago às famílias nos casos em que a migração dos Programas Auxílio-Gás, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação para o Bolsa Família cause perdas financeiras. O valor do benefício varia de caso a caso, (valor calculado caso a caso). Esses valores são o resultado do reajuste anunciado em 1º de março e vigoram a partir dos benefícios pagos em abril de 2011. (MDS, 2011).

3.5.2 Cadastro Único

Para garantir maior controle e eficácia na seleção das famílias para o Bolsa Família e para outros programas voltados para famílias pobres, existe o Cadastro Único para Programas Sociais, um importante instrumento de identificação socioeconômica dessas famílias (MDS, 2008).

O Cadastro Único reúne informações importantes sobre as famílias e seus membros e permite que o governo conheça as reais condições de vida dos brasileiros em situação de pobreza. Essas informações são essenciais na hora de selecionar as famílias para o Bolsa Família e para outros programas governamentais, inclusive programas estaduais e municipais (MDS, 2008).

O Governo Federal, por meio de um sistema informatizado, consolida os dados coletados no Cadastro Único. A partir daí, possibilita ao poder público formular e implementar políticas específicas, que possam contribuir para a redução das vulnerabilidades sociais a que essas famílias estão expostas e desenvolver suas potencialidades. Atualmente o Cadastro Único conta com mais de 19 milhões de famílias (MDS, 2010).

Este cadastro é regulamentado pelo Decreto nº 6.135/07 e coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), deve ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família. Suas informações podem também ser utilizadas pelos governos estaduais e municipais para obter o diagnóstico socioeconômico das famílias cadastradas, possibilitando a análise das suas principais necessidades (MDS, 2010).

Famílias com renda superior a meio salário mínimo também podem ser inscritas, desde que sua inserção esteja vinculada à inclusão e/ou permanência em programas sociais implementados pelo poder público nas três esferas do Governo (MDS, 2010).

O Cadastro é um instrumento de coleta de dados que tem como objetivo identificar todas as famílias de baixa renda existentes no País. Com base nas informações inseridas no Cadastro Único, o MDS seleciona, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas no Programa. O critério principal é a renda familiar por pessoa. O cadastramento não implica a entrada imediata das famílias no Programa e o recebimento do benefício (MDS, 2010).

3.5.3 O Programa Bolsa Família na Saúde

As famílias beneficiárias do PBF devem ser assistidas por uma equipe da Saúde da Família ou por uma unidade básica de saúde. É fundamental que a equipe de saúde esclareça a família sobre o seu papel no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do PBF e que deixe a família ciente das suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição (MDS, 2008).

A coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGPAN/MS) é o setor do Ministério da Saúde responsável pelo acompanhamento das condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF no perfil saúde. É também, responsável pelo Sistema Bolsa Família na Saúde, utilizado para o registro semestral do acompanhamento de saúde (MDS, 2008).

O MDS disponibiliza à CGPAN/MS arquivo com informações do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) contendo a lista das famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, ou seja, famílias com crianças menores de sete anos e com prováveis gestantes (mulheres entre 14 e 44 anos). O arquivo é importado para a base do Sistema Bolsa Família na Saúde. Essas informações são disponibilizadas para as Secretarias Municipais de Saúde, no Mapa Diário de Acompanhamento e em relatórios para que essas famílias tenham seu acompanhamento realizado e registrado. O Mapa Diário de Acompanhamento do Sistema Bolsa Família na Saúde é o formulário utilizado para o registro do acompanhamento dos beneficiários do PBF com perfil saúde, para facilitar a posterior inclusão dos dados no Sistema (MDS, 2008).

4.3 MATERIAL E MÉTODOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado uma ficha de avaliação nutricional (APENDICE B), que se caracteriza por um roteiro de informações previamente elaboradas e preenchidas pelo pesquisador no momento da entrevista, na qual abrange os dados pessoais e dados antropométricos.

Foram aferidos no dia da entrevista, as medidas de peso e altura das crianças menores de 10 anos de idade. Para aferição das medidas antropométricas

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, toda pesquisa foi norteadada por uma revisão bibliográfica acerca do tema. Vergara (2004) afirma que a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O local de coleta de dados foi em uma Unidade Básica de Saúde do município de Parnamirim/RN.

A amostra foi totalizada pela pesquisadora no período de março a junho de 2011, realizada de forma aleatória feita com as crianças participantes do Programa Bolsa Família – PBF que freqüentam a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento nutricional sendo uma das condicionalidades do Programa. Os responsáveis que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), onde os participantes tiveram sua participação voluntária assegurada e o anonimato mantido.

O número da amostra foi de 104 crianças e a faixa etária apresentou-se de 0 – 10 anos de idade de ambos os sexos.

4.3 MATERIAIS E MÉTODOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado uma ficha de avaliação nutricional (APÊNDICE B), que se caracteriza por um roteiro de informações previamente elaboradas e preenchidas pelo pesquisador no momento da entrevista, no qual abrange os dados pessoais e dados antropométricos.

Foram aferidas no dia da entrevista, as medidas de peso e altura das crianças menores de 10 anos de idade. Para aferição das medidas antropométricas

de crianças maiores de 2 anos, utilizamos balança digital Welmy com capacidade de 150 Kg para aferição do peso, na qual a criança se posicionou em pé, descalça, sobre o centro, com os calcanhares juntos, ereto e os braços estendidos ao lado do corpo segundo preconizado o SISVAN (2004). Para aferição da altura, utilizamos uma fita métrica fixada na parede, onde a criança permaneceu em posição ereta e com os pés juntos à parede.

Para aferição das medidas antropométricas das crianças menores de 2 anos, utilizamos a balança pediátrica digital Welmy com capacidade de 15 Kg para aferição do peso, onde a criança permaneceu deitada com o mínimo de roupa possível e posicionada no centro do prato, utilizamos um antropômetro para aferir a altura, na qual a criança permaneceu deitada na posição horizontal numa superfície lisa e firme, seguindo os passos do SISVAN (2004).

Através destas medidas verificamos o estado nutricional das crianças com faixa etária compreendida entre 0-10 anos de ambos os sexos através dos índices de peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I), peso para estatura (P/E), e índice de massa corpórea para idade (IMC/I), tomando-se como referência a nova Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (2009) onde são preconizado os escores z da OMS (2006 e 2007) descritos nos quadros abaixo. As crianças tiveram seu estado nutricional classificados em escores z.

Quadro 1: Classificação do estado nutricional para crianças de 0 – 5 anos relacionado ao peso para idade.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> + 2 escores z	Peso elevado para idade
≥ -2 e $\leq +2$ escores z	Peso adequado para idade
≥ -3 e < -2 escores z	Peso baixo para idade
< -3 escores z	Peso muito baixo para idade

Fonte: OMS (2006)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
$\geq +3$ escores z	Obesidade
$+1.5$ a $+2$ escores z	Sobrepeso
$+1.5$ a $+2$ escores z	Risco de sobrepeso
$+1.5$ a $+2$ escores z	Eutrofia
-1.5 a -2 escores z	Magreza
< -3 escores z	Magreza acentuada

Fonte: OMS (2006)

Quadro 2: Classificação do estado nutricional para crianças de 5 – 10 anos relacionado ao peso para idade.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
$> +2$ escores z	Peso elevado para idade
≥ -2 e $\leq +2$ escores z	Peso adequado para idade
≥ -3 e < -2 escores z	Peso baixo para idade
< -3 escores z	Peso muito baixo para idade

Fonte: OMS (2007)

Quadro 3: Classificação do estado nutricional para crianças de 0 – 5 anos relacionado a estatura para idade.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
$> +2$ escores z	Estatura elevada para idade
≥ -2 e $\leq +2$ escores z	Estatura adequada para idade
≥ -3 e < -2 escores z	Estatura baixa para idade
< -3 escores z	Estatura muito baixa para idade

Fonte: OMS (2006)

Quadro 4: Classificação do estado nutricional para crianças de 5 – 10 anos relacionado a estatura para idade.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
$> +2$ escores z	Estatura elevada para idade
≥ -2 e $\leq +2$ escores z	Estatura adequada para idade
≥ -3 e < -2 escores z	Estatura baixa para idade
< -3 escores z	Estatura muito baixa para idade

Fonte: OMS (2007)

Quadro 5: Classificação do estado nutricional para crianças de 0 – 5 anos relacionado ao índice peso para estatura.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
$> +3$ escores z	Obesidade
$\leq +3$ e $\leq +2$ escores z	Sobrepeso
$\leq +2$ e $\leq +1$ escores z	Risco de sobrepeso
$\leq +1$ e ≥ -2 escores z	Eutrofia
< -2 e ≥ -3 escores z	Magreza
< -3 escores z	Magreza acentuada

Fonte: OMS (2006)

Quadro 6: Classificação do estado nutricional para crianças de 5 – 10 anos relacionado ao índice peso para estatura.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> + 3 escores z	Obesidade
$\leq +3$ e $\leq +2$ escores z	Sobrepeso
$\leq +2$ e $\leq +1$ escores z	Risco de sobrepeso
$\leq +1$ e ≥ -2 escores z	Eutrofia
< -2 e ≥ -3 escores z	Magreza
< -3 escores z	Magreza acentuada

Fonte: OMS (2006)

Quadro 7: Classificação do estado nutricional para crianças de 0 – 5 anos relacionado ao índice de massa corpórea para idade.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> + 3 escores z	Obesidade
$\leq +3$ e $\geq +2$ escores z	Sobrepeso
$\leq +2$ e $> +1$ escores z	Risco de sobrepeso
$\leq +1$ e ≥ -2 escores z	IMC adequado
< -2 e ≥ -3 escores z	Magreza
< -3 escores z	Magreza acentuada

Fonte: OMS (2006)

Quadro 8: Classificação do estado nutricional para crianças de 5 – 10 anos relacionado a índice de massa corpórea para idade.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> + 3 escores z	Obesidade grave
$\leq +3$ e $> +2$ escores z	Obesidade
$\leq +2$ e $> +1$ escores z	Sobrepeso
$\leq +1$ e ≥ -2 escores z	IMC adequado
< -2 e ≥ -3 escores z	Magreza
< -3 escores z	Magreza acentuada

Fonte: OMS (2007)

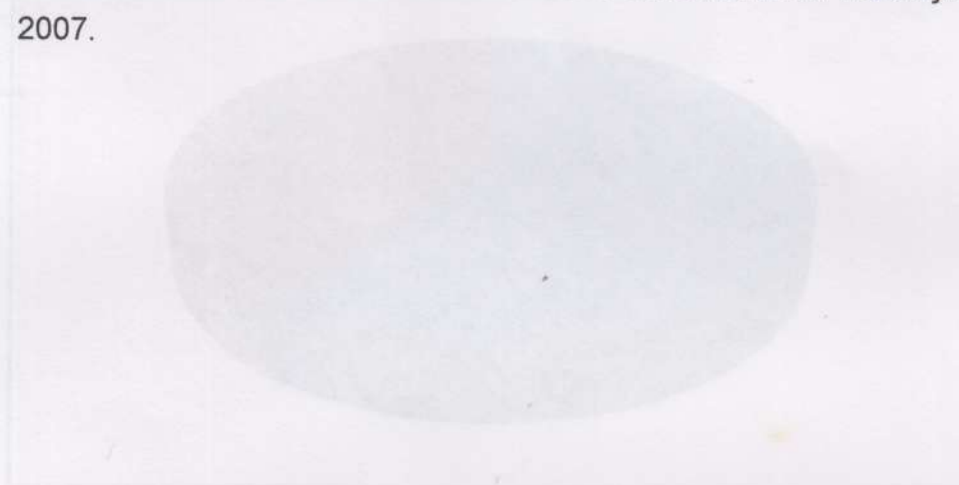
5. RESULTADOS Para a coleta dos dados de tempo de recebimento do benefício do PBF de cada criança, foi utilizado o banco de dados do DATASUS (Banco de dados do Sistema Único de Saúde), encontrado pelo site <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br>>, onde foi permitido o acesso pela Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim /RN.

A amostra foi de 62 (100%) meninas e 42 (40%) meninos, com faixa etária de 0 – 10 anos, segundo a figura 1 abaixo:

4.4 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Figura 1. Caracterização da amostra em relação ao gênero

Os dados foram analisados e traduzidos em gráficos e tabelas para expressão dos resultados utilizando como ferramenta de tabulação o software Excel 2007.



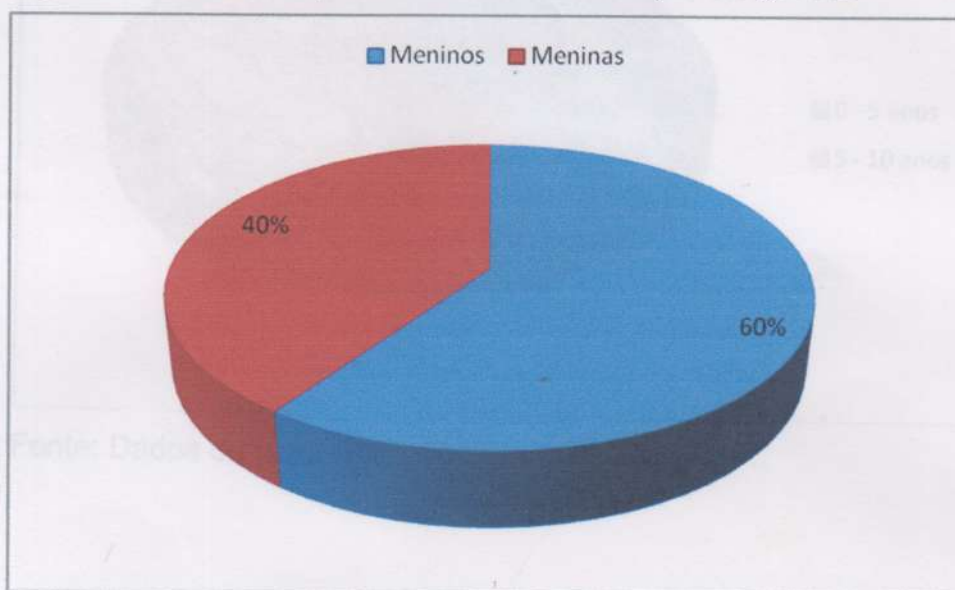
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi de 62 (60%) meninos e 42 (40%) meninas, com faixa etária de 0 – 10 anos, segundo a figura 1 abaixo:

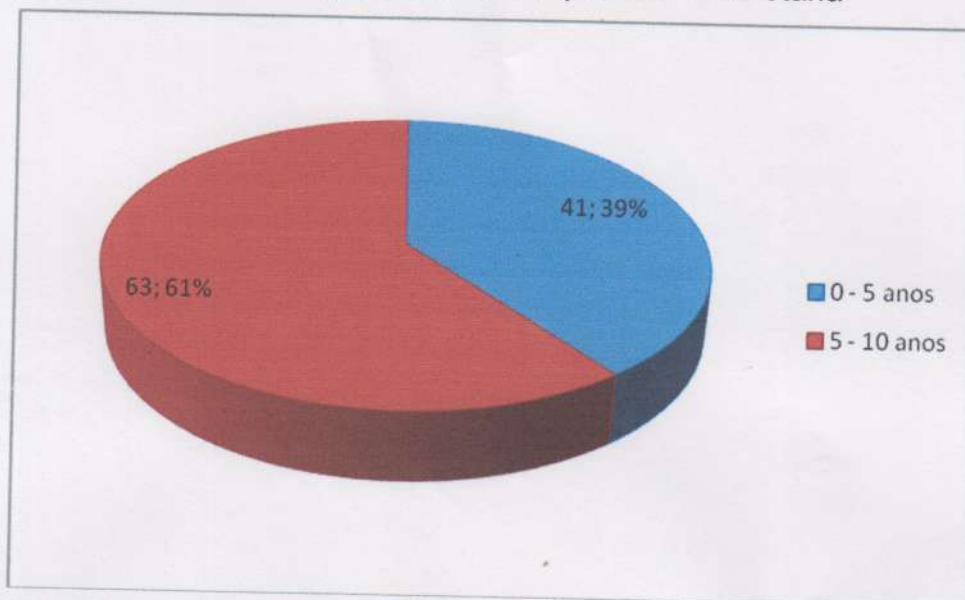
Figura 1: Caracterização da amostra em relação ao gênero



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

A amostra foi dividida entre as crianças com idade entre 0 – 5 anos e 5 – 10 anos. A Figura 2 mostra que 63 crianças 61% apresentaram idade entre 5 – 10 anos e 41 crianças 39% apresentaram idade entre 0 – 5 anos.

Figura 2: Caracterização da amostra quanto a faixa etária

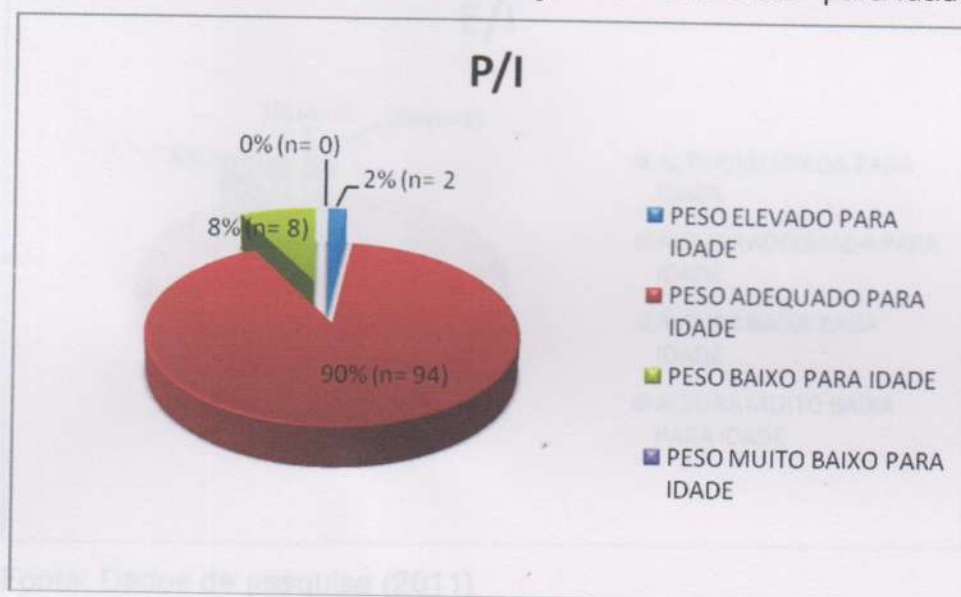


Fonte: Dados da pesquisa (2011)

5.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Através dos dados coletados de peso, estatura, gênero e idade foi possível analisar o estado nutricional de todas as crianças através dos índices antropométricos de acordo com a nova Caderneta de Saúde da Criança 2009.

Figura 3: Estado Nutricional em relação ao índice Peso para Idade (P/I)



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

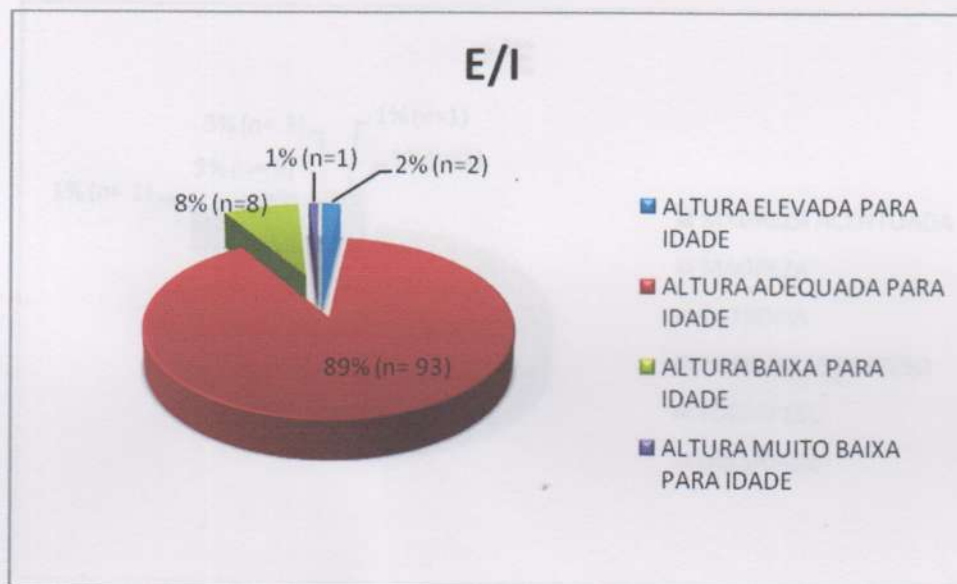
De acordo com a figura 3, foi observado que 90% das crianças avaliadas encontram-se com o peso adequado para idade, 8% apresentam peso baixo para idade, apenas 2 % das crianças apresentam peso elevado para idade e o índice peso muito baixo para idade não obteve nenhum percentual, pois não havia criança com esse tipo de diagnóstico antropométrico.

De acordo com Silva et al (2009), na sua análise realizadas com crianças beneficiadas pelo PBF que frequentam creches municipais em Vitória da Conquista - BA, 66% de 228 crianças encontraram-se eutróficas, atribuindo de forma positiva o objetivo do Programa de combater a pobreza e a fome no País.

Santos e Leão (2008), em seu estudo com o perfil antropométrico de pré-escolares de uma creche em Duque de Caxias, Rio de Janeiro, observou que 60% de 33 crianças avaliadas pelo indicador P/I, estavam eutróficas, apresentando também um número significativo de 15% com baixo peso, havendo semelhança quando comparado ao presente estudo, onde observamos um discreto índice de

peso baixo para idade. Ainda no pensamento de Santos e Leão (2008) o autor fala que no seu estudo foi encontrado 24,2% de crianças com peso elevado para idade, o que difere do presente estudo no qual foram encontradas apenas 2% das 104 crianças.

Figura 4: Estado Nutricional em relação ao índice Estatura para Idade (E/I)



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Com relação ao parâmetro estatura para idade foi visto na figura 4 que 89% das crianças avaliadas apresentaram estatura adequada para idade, 8% apresentaram estatura baixa para idade, 2% apresentaram estatura elevada para idade e 1% estatura muito baixa para idade.

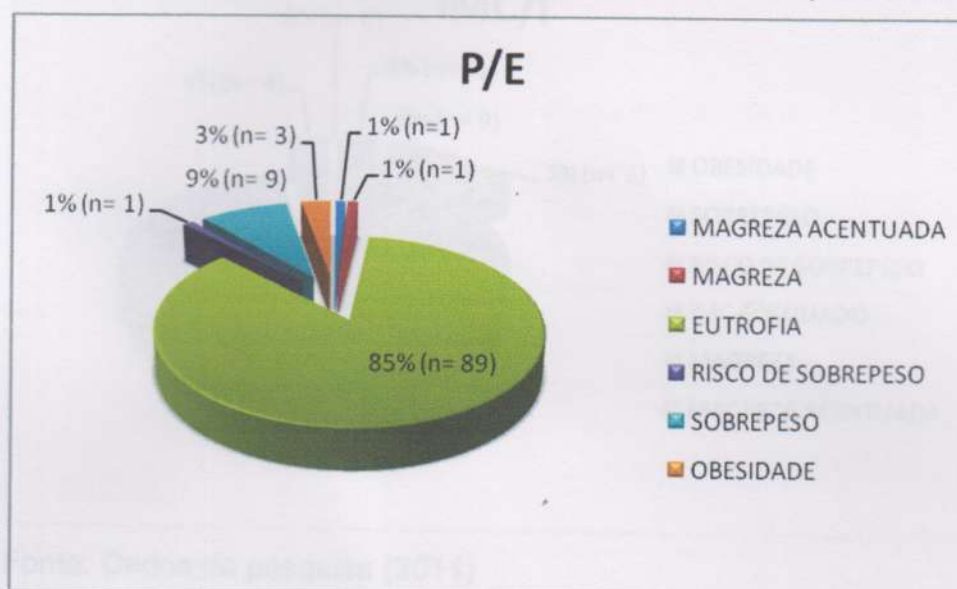
Segundo Lima et al (2010) em seu estudo com amostras probabilísticas da população de crianças menores de cinco anos, estudadas por inquéritos domiciliares do Programa Demographic Health Surveys, havia uma elevada prevalência de déficits de altura para idade em crianças em 1986, diminuiu em 1996 e ainda mais em 2006, evidenciando um declínio significativo na região Nordeste.

De acordo com a última POF (2009), a prevalência de déficits de altura na faixa etária de 5 a 9 anos mostrou forte diminuição com o aumento da renda, comparados com os valores encontrados no presente estudo, no qual, 8% das 104 crianças apresentam altura baixa para idade.

De acordo com Vale (2008) no seu estudo relacionado com a participação dos programas beneficiários do Governo na redução da pobreza no município do

RN, os benefícios do Programa Bolsa Família são responsáveis por maior fluxo e renda nos municípios do Rio Grande do Norte. O impacto deste universo de recursos na redução das desigualdades sociais é de observável relevância no enfrentamento da miséria e da fome.

Figura 5: Estado Nutricional em relação ao índice Peso para Estatura (P/E)



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

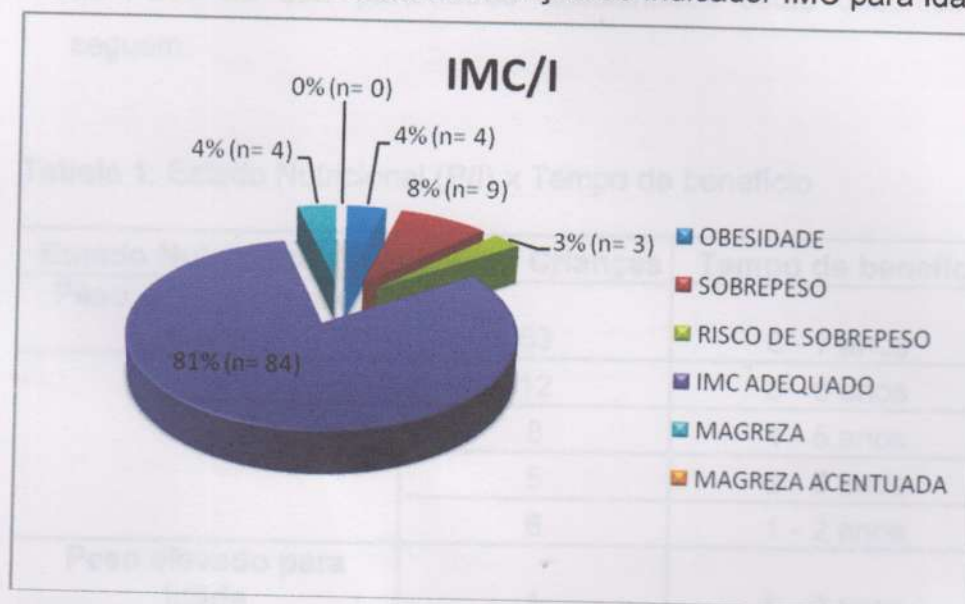
Quanto a figura 5, vimos que 85% das crianças apresentaram eutrofia, 9% sobrepeso, 3% obesidade, 1% apresentaram risco para sobrepeso, 1% magreza acentuada e 1% magreza.

A prevalência de excesso de peso entre crianças e adolescentes brasileiras aumentou de 3,7% na década de 70 para 12,6% na década de 90, similar a média de aumento anual dos Estados Unidos (VITOLO; BAÚ; PEDROSO, 2006). Este quadro é consequência do processo de transição nutricional que o Brasil vem passando nas últimas décadas, acompanhado de mudanças no hábito alimentar da população, o qual passou a ser caracterizado pelo aumento no consumo de gordura saturada e açúcar, redução no consumo de leguminosas, verduras, legumes e frutas (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

Comparando com o presente estudo, o índice de sobrepeso ainda encontra-se em menor relevância quando levado em consideração a 104 crianças avaliadas, mas devemos dar importância para os agravamentos, pois o aumento de peso em crianças no Brasil e principalmente no Nordeste segundo a POF (2009)

ainda é um problema de saúde pública, segundo este estudo, o excesso de peso tendeu a ser mais frequente no meio urbano do que no meio rural, em particular nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Figura 6: Estado Nutricional em relação ao indicador IMC para Idade (IMC/I)



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Em relação ao índice IMC/I, a figura 6 mostra que 81% das crianças avaliadas apresentaram índice de massa corporal adequada para idade, 8% sobrepeso, 4% obesidade, 4% em estado de magreza e 3% apresentando risco de sobrepeso, no índice magreza acentuada não foram encontradas nenhuma criança com este indicador.

Valente (2009) em seu estudo com crianças de uma creche da rede pública de Santa Maria RS, não constatou quadro de magreza em crianças avaliadas de ambos os sexos no indicador IMC/I. Este resultado difere do presente estudo onde apresenta um quadro menor mas que devemos das importância, a magreza em 4% das 104 crianças avaliadas.

Segundo Vale (2008) de todas as políticas, a cobertura no Programa Bolsa Família é a que tem maior abrangência e conseqüentemente maior impacto redistributivo. Este impacto tem mostrado significativa correlação com a diminuição de pobres e miseráveis nos municípios do Rio Grande do Norte.

5.3 ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO AO TEMPO DE BENEFÍCIO DO PBF

Através dos dados obtidos sobre o estado nutricional na avaliação antropométrica, foi realizado a relação com o tempo de recebimento do benefício do PBF. Os dois parâmetros relacionados estão descritos nas tabelas que seguem:

Tabela 1: Estado Nutricional (P/I) x Tempo de benefício

Estado Nutricional (P/I)	(n) Crianças	Tempo de benefício
Peso adequado para idade	63	6 - 7 anos
	12	5 - 6 anos
	8	4 - 5 anos
	5	2 - 3 anos
	6	1 - 2 anos
Peso elevado para idade	1	5 - 6 anos
	1	2 - 3 anos
Peso baixo para idade	4	2 - 3 anos
	3	5 - 6 anos
	1	1 - 2 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

A tabela 1 mostra que o indicador peso para idade onde temos o maior número de crianças eutróficas, foi observado que 63 crianças recebem o benefício em maior tempo 6 – 7 anos, o indicador peso elevado para idade obteve apenas 2 crianças recebendo o benefício em tempo maior variando entre 2 – 3 anos e 5 – 6 anos, comparando o diagnóstico peso baixo para idade, observamos que as crianças enquadradas em tal, recebem o benefício em menos tempo onde, 3 crianças estão entre 5 – 6 anos, 4 crianças entre 2 – 3 anos e 1 criança recebendo o benefício entre 1 – 2 anos.

Tabela 2: Estado Nutricional E/I x Tempo de benefício

Estado Nutricional (E/I)	(n) Crianças	Tempo de benefício
Estatura adequada para idade	67	6 - 7 anos
	17	5 - 6 anos
	4	4 - 5 anos
	3	2 - 3 anos
	2	1 - 2 anos
Estatura elevada para idade	1	4 - 5 anos
	1	2 - 3 anos
Estatura baixa para idade	3	5 - 6 anos
	2	4 - 5 anos
	3	2 - 3 anos
Estatura muito baixa para idade	1	2 - 3 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Observamos na tabela 2, o estado nutricional estatura para idade relacionada ao tempo de benefício, onde 67 crianças que se encontram com estatura adequada para idade, recebem o benefício em tempo maior entre 6 – 7 anos, diferente de estatura muito baixa onde 1 criança apresenta o tempo de benefício entre 2 – 3 anos, e estatura baixa na qual observamos que 3 crianças recebiam o benefício entre 2 – 3 anos.

Tabela 3: Estado Nutricional P/E x Tempo e benefício

Estado Nutricional (P/E)	(n) Crianças	Tempo de benefício
Eutrofia	64	6 - 7 anos
	11	5 - 6 anos
	9	4 - 5 anos
	2	3 - 4 anos
	3	1 - 2 anos
Risco de sobrepeso	1	5 - 6 anos
Sobrepeso	4	6 - 7 anos
	3	5 - 6 anos
	2	2 - 3 anos
Obesidade	2	6 - 7 anos
	1	4 - 5 anos
Magreza	1	2 - 3 anos
Magreza acentuada	1	2 - 3 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Na tabela 3, foi observado que 64 crianças que apresentaram eutrofia quanto ao indicador peso para estatura, recebem o benefício entre 6 – 7 anos e apenas 3 crianças recebem entre 1 – 2 anos, os resultados de risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade, variam entre 4 – 5 anos a 6 – 7 anos de tempo de benefício, diferente do estado magreza e magreza acentuada onde observamos um recebimento em tempo menor entre 2 – 3 anos.

Fazendo uma análise geral observamos que as crianças que apresentavam os indicadores em estado de eutrofia, apresentavam também um tempo maior de recebimento do benefício do PBF, enquanto as crianças que recebiam o benefício em tempo menor, apresentavam déficit em seu estado nutricional.

Na análise de Lima et al (2010), o fator mais relevante para o declínio da desnutrição foi a melhoria no poder aquisitivo familiar, tal fator por si só justificaria o declínio na região Nordeste do País.

No estudo de Pereira et al (2006) em relação à destinação dos recursos do PBF, tanto as representantes do comércio quanto as participantes do grupo de beneficiárias afirmam que grande parte do valor repassado às famílias era utilizado na compra de alimentos. Os comerciantes entrevistados ressaltam que na maioria

Tabela 4: Estado Nutricional IMC/I x Tempo de benefício

Estado Nutricional (IMC/I)	(n) Crianças	Tempo de benefício
IMC adequado	59	6 - 7 anos
	16	5 - 6 anos
	3	4 - 5 anos
	4	3 - 4 anos
	2	1 - 2 anos
Risco de sobrepeso	2	6 - 7 anos
	1	2 - 3 anos
Sobrepeso	3	5 - 6 anos
	4	2 - 3 anos
	2	6 - 7 anos
Obesidade	3	4 - 5 anos
	1	2 - 3 anos
Magreza	2	1 - 2 anos
	2	2 - 3 anos

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Na tabela 4, foi visto um resultado semelhante às outras tabelas onde 59 crianças que obtinham seu estado em IMC adequado recebem o benefício do PBF entre 6 – 7 anos, os indicadores risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade obtêm seu recebimento de benefício variando entre 2 – 3 anos e 6 – 7 anos, já o indicador magreza, encontramos as 4 crianças diagnosticadas com tempo de benefício bem menor quando comparados com os outros resultados entre 1 – 2 anos e 2 – 3 anos.

Fazendo uma análise geral observamos que as crianças que apresentavam os indicadores em estado de eutrofia, apresentavam também um tempo maior de recebimento do benefício do PBF, enquanto as crianças que recebem o benefício em tempo menor, apresentaram déficits em seu estado nutricional.

Na análise de Lima et al (2010), o fator mais relevante para o declínio da desnutrição foi à melhoria no poder aquisitivo familiar, tal fator por si só justificaria o declínio na região Nordeste do País.

No estudo de Pereira et al (2008) em relação à destinação dos recursos do PBF, tanto os representantes do comércio quanto as participantes do grupo de beneficiárias afirmam que grande parte do valor repassado às famílias era utilizado na compra de alimentos. Os comerciantes entrevistados ressaltam que na maioria

das vezes as famílias compram apenas itens básicos, como, por exemplo, arroz, feijão.

No geral foi observado que quanto maior o tempo de recebimento de benefício do PBF, melhor é o estado nutricional das crianças avaliadas e as políticas sociais voltadas à redução da pobreza e da fome são instrumentos eficazes na ação de reduzir as desigualdades sociais e de promover um país mais equitativo, além de garantir o direito à alimentação. No caso do Programa Bolsa Família, além da alimentação, o Programa objetiva também garantir o acesso das famílias beneficiárias a educação e saúde.

6 CONCLUSÕES

Pode-se concluir que a desnutrição e obesidade ainda estão presentes na realidade atual e ainda é um problema de saúde pública. Porém no presente estudo tais indicadores apresentaram-se em menor percentual. Mas a ocorrência desses distúrbios chama a atenção para a necessidade de medidas preventivas, incluindo neste contexto, principalmente, a educação nutricional que por meio da educação alimentar e nutricional fornece informações que servem para auxiliar a tomada de decisões dos indivíduos, porque não basta apenas alimentar, é preciso alimentar de maneira saudável para evitar, sobretudo a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis.

Considerando o PBF, este representa um avanço considerável no combate à fome no Brasil, possibilitando uma melhoria no acesso à alimentação de muitas famílias pobres brasileiras, uma vez que, a maioria das crianças avaliadas que se apresentaram eutróficas neste estudo, recebem o benefício do PBF há maior tempo, e as crianças que apresentaram déficits nutricionais recebem o benefício em tempo menor.

Logo, é possível observar que existe uma contribuição do PBF para a melhoria do estado nutricional das crianças assistidas por ele, visto que, o maior percentual de crianças avaliadas neste estudo encontraram-se com um bom estado nutricional.

COUTINHO, M.; LUCATELLI, M. Produção científica em nutrição e percepção pública da fome e alimentação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.especial, p. 85-92, agosto 2006.

ESTRELLA, J.; RIBEIRO, L. M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rap/v42/n3/a05v42n3.pdf>> Acesso em: 03 set. 2010.

GUIMARÃES, L. V.; BARROS, M. B. A.; As diferenças de estado nutricional em pré-escolares da rede pública e a transição nutricional. *Jornal de Pediatria*, v.1, p. 381-388, 2001.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e Pediatria**. 3. Ed. Rio de Janeiro: 3 reimpressão revisada e atualizada, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família: gestão e responsabilidades compartilhadas**. Brasília, DF, 2008 – 2010 - 2011. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> > Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Curvas de crescimento: OMS 2006 – 2007**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: < http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms > Acesso em: 20.10.2011.

CASTRO, J. **Geografia da fome**. 4º ed. O cruzeiro; Rio de Janeiro. 1946

CESAR, J. A. et al. Saúde infantil em áreas pobres: resultados de um estudo de base populacional nos municípios de Caracol, Piauí, e Garrafão do Norte, Pará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, abril.2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n4/12.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2010.

COUTINHO, M.; LUCATELLI, M. Produção científica em nutrição e percepção pública da fome e alimentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.especial, p. 86-92, agosto. 2006.

ESTRELLA, J; RIBEIRO, L. M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro ,v. 42,n. 3, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a09v42n3.pdf> > Acesso em: 03 set. 2010.

GUIMARÃES, L. V.; BARROS, M. B. A.; As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. **Jornal de Pediatria**,s.l, p 381-386, 2001.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil; Rio de Janeiro.p 50, 2010.

SALDIVA, S. R. D. M.; SILVA, L. F. F.; SALDIVA, P. H. N. Avaliação antropométrica

LIMA, A. L. L., et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo,v.44, n.1, fevereiro. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n1/02.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2010.

MENDES, M. S. F.; CAMPOS, M. D.; LANA, F. C. F. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.2, junho 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/03.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2010.

SILVA, P. B. et al Avaliação nutricional de crianças beneficiadas pelo Programa

MONTEIRO. C.A. **A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil**. 2003;17 : 7-20

MONTEIRO. C.A. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.1, fevereiro. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/en_498.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2010.

VALE, T. M. C.; A participação dos Programas Bolsa Família, PETI e RSC na

MONTEIRO, C. A.;MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p. 251-258, jun. 2000.

VALENTE, T. B. Perfil alimentar e nutricional de uma creche institucional de

PEREIRA, L. L. et al. **Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH**. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/33M.pdf>> Acesso em: 03.11.2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

REIS, E, P.; SCHWARTZMAN, S. **Pobreza e exclusão social: aspectos sócio-políticos**. Disponível em: <<http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/exclusion.pdf>>. Acesso em: 20 agost. 2010

VITOLO, M. R.; BAU, A. C.; PEDROSO, M. B. Prevalência de obesidade e hábitos alimentares entre crianças participantes de um programa social. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, ano 14, p. 50-54, mar. Abr. 2006.

ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. **Avaliação Nutricional: novas perspectivas**. 1. Ed. São Paulo: Roca, 2008.

YASBEK, M. C. O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais brasileiras.

SALDIVA, S. R. D. M.; SILVA, L. F. F.; SALDIVA, P. H. N. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de 5 anos residentes em um município da região do semi-árido nordestino com cobertura parcial do Programa Bolsa Família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 2, abril. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n2/v23n2a05.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2010.

SANTOS, A.L. B.; LEÃO, L. S. Perfil antropométrico de pré-escolares de uma creche em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 26, n. 3, p. 218-24, 2008.

SILVA, P. S. et al **Avaliação nutricional de crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família que freqüentam creches municipais em Vitória da Conquista – BA**. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/7P.pdf>> Acesso em: 31 out. 2011.

SOUZA, et al. Pobreza e desnutrição: uma análise do Programa Fome Zero sob uma perspectiva epidemiológica. **Saúde e Sociedade**. Brasília, v.12, n.1, p. 21 – 30, jun. 2003.

VALE, T. M. C.; **A Participação dos Programas Bolsa Família, PETI e BPC na redução da pobreza nos municípios do Rio Grande do Norte (2000-2007)**. Disponível em: < <http://www.ipc-undp.org/mdsr>> Acesso em: 23 out. 2011.

VALENTE, T. B. **Perfil alimentar e nutricional de uma creche institucional da cidade de Santa Maria – RS**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VITOLO, M. R.; BAÚ, A. C.; PEDROSO, M. B. Prevalência de obesidade e hábitos alimentares entre crianças participantes de um programa social. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, ano 14, p. 50-54, mar. Abr. 2006.

WEFFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A. **Nutrição em pediatria: da neonatologia á adolescência**. 1ª Ed. São Paulo: Manole, 2009.

YASBEK, M. C. O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v.18, n.2, p.43, abril. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Eu, _____

RG nº _____ responsável legal por _____

RG nº _____ em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a participar, como voluntário (a) da pesquisa "Relação entre o estado nutricional e tempo de recebimento do benefício do Programa Bolsa Família de crianças avaliadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Parnamirim/RN" sob a responsabilidade da pesquisadora Joyce Nairne de Pádua Lima.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado(a) pelas pesquisadoras, de que:

- ✓ O objetivo da pesquisa é fazer parte de uma das crianças incluídas no Programa Bolsa Família do município de Parnamirim/RN e relacionar o tempo de benefício com o estado nutricional, no intuito de observar os principais aspectos nutricionais;
- ✓ A pesquisa se justifica pela necessidade de analisar os conhecimentos sobre as alterações e expectativas, em busca de medidas que possam vir a melhorar a qualidade de vida dessas crianças;
- ✓ Os dados serão coletados através das seguintes técnicas e instrumentos: ficha de avaliação antropométrica;
- ✓ Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de decidir a qualquer momento sobre não de qualquer penalização;
- ✓ Será garantido o meu anonimato e confidencialidade de dados;
- ✓ Caso haja necessidade de contato as pesquisadoras através do e-mail: jnairne@uepb.edu.br, poderá ligar-se pelo telefone (84) 6842-4218;
- ✓ Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao resultado da mesma.

Nesta _____ de _____ de _____

Participante

Eu, _____ declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e sou responsável

Pesquisador (a)

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Eu, _____,
RG nº _____, responsável legal por _____,
RG nº _____ em pleno exercício dos meus direitos, me disponho a
participar, como voluntário (a) da pesquisa "Relação entre o estado nutricional e tempo de
recebimento do benefício do Programa Bolsa Família de crianças avaliadas em uma
Unidade Básica de Saúde do Município de Parnamirim/RN" sob a responsabilidade da
pesquisadora Joyce Naiana de Paiva Lima.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado(a) pelas
pesquisadoras, de que:

- ✓ O objetivo da pesquisa é fazer uma avaliação nutricional das crianças inseridas no Programa Bolsa Família do município de Parnamirim/RN e relacionar o tempo de benefício com o estado nutricional, no intuito de observar os principais aspectos nutricionais;
- ✓ A pesquisa se justifica pela necessidade de ampliar os conhecimentos sobre as alterações supracitadas, em busca de medidas que possam vir a melhorar a qualidade de vida dessas crianças;
- ✓ Os dados serão coletados através das seguintes técnicas e instrumentos: ficha de avaliação antropométrica;
- ✓ Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização;
- ✓ Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais;
- ✓ Caso sinta necessidade de contatar as pesquisadoras durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (84) 8842-4518
- ✓ Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma.

Natal, ____ de _____ de _____.

Participante

Eu, _____ declaro que forneci todas as informações
referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Pesquisador (a)

APÊNDICE B

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

RELAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E TEMPO DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DE CRIANÇAS AVALIADAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM/RN

1.0- DADOS PESSOAIS:

- NOME DA CRIANÇA:
- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
- DATA DE NASCIMENTO:
- IDADE EM MESES:
- DATA DE COLETA DE DADOS:
- GÊNERO: () F () M
- TEMPO DE BENEFÍCIO:

2.0- AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA:

- PESO ATUAL:
- ESTATURA:
- IMC ATUAL:
- IDADE:
- INDICES:

(P/I) =

(A/I) =

(P/A) =

(IMC/I) =

Famílias com modo familiar manual de até R\$ 70

Número de gestantes, mulheres, crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 a 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
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

(MDS, 2011)

ANEXOS

Famílias com renda familiar mensal de até R\$ 70

Número de gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
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
G	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

(MDS, 2011)

Famílias com renda familiar mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa

Número de gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Não recebe benefício básico	-
1	0	1 variável	R\$ 32,00
2	0	2 variáveis	R\$ 64,00
3	0	3 variáveis	R\$ 96,00
4	0	4 variáveis	R\$ 128,00
5	0	5 variáveis	R\$ 160,00
0	1	1 BVJ	R\$ 38,00
1	1	1 variável + 1 BVJ	R\$ 70,00
2	1	2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 102,00
3	1	3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 134,00
4	1	4 variáveis + 1 BVJ	R\$ 166,00
5	1	5 variáveis + 1 BVJ	R\$ 198,00
0	2	2 BVJ	R\$ 76,00
1	2	1 variável + 2 BVJ	R\$ 108,00
2	2	2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 140,00
3	2	3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 172,00
4	2	4 variáveis + 2 BVJ	R\$ 204,00
5	2	5 variáveis + 2 BVJ	R\$ 236,00

(MDS, 2011)