

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE NUTRIÇÃO

CAROLINA KANAREK DA SILVA

**REPERCUSSÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SEGURANÇA
ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS DE UM
MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE**

CRICIÚMA

2018

CAROLINA KANAREK DA SILVA

**REPERCUSSÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SEGURANÇA
ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS DE UM
MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Bacharel no Curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Orientadora: Prof.^a MSc. Paula Rosane Vieira Guimarães.

CRICIÚMA

2018

CAROLINA KANAREK DA SILVA

**REPERCUSSÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SEGURANÇA
ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS DE UM
MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Criciúma, 28 de novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Paula Rosane Vieira Guimarães - Mestre - (UNESC) – Orientadora

Prof.^a Rita Suselaine Vieira Ribeiro - Mestre - UNESC

Rosimar Fagundes Rodrigues - Especialista - Secretaria de Assistência Social de
Criciúma

Dedico este trabalho a meu pai, Alberto
(*in memoriam*).

“Ter ou não ter o que comer diferencia muito
mais do que a raça do que a cor.”
(Anna Maria de Castro)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer imensamente a todas as pessoas que me acompanharam nesta trajetória, desde meu ingresso na faculdade à realização deste trabalho.

Agradeço, acima de tudo, à minha mãe, Karina, por sempre ter feito o possível e o impossível para me ver feliz e tornar meus sonhos possíveis.

Aos meus irmãos, Miguel e Maria Clara, por serem os melhores presentes que eu poderia ter ganhado e por encherem meu coração de alegria e de amor todos os dias.

A toda a minha família, por estar presente na minha vida e por toda ajuda ofertada, em especial aos meus avós Lorena, Isac, Maria e Ilésio. A vocês toda a minha admiração, respeito e amor incondicional.

À minha tia Margareth, por sempre ter me incentivado a estudar e a correr atrás dos meus sonhos e também por disponibilizar seu tempo para me ajudar na realização deste trabalho, mesmo passando por um momento de igual dificuldade.

Agradeço às minhas amigas Clélia, Isadora e Tainá, por terem acreditado no meu potencial, mesmo nos tempos em que eu deixei de acreditar.

À minha amiga Taynara, por apoiar minhas ideias e me ajudar a concretizá-las. Sua ajuda foi fundamental para a construção deste trabalho.

À Prefeitura Municipal de Cocal do Sul, por todo auxílio prestado para a realização da minha pesquisa, e também aos participantes, que dispuseram seu tempo. Sem eles, nada seria possível.

À Professora Rita Suselaine Vieira Ribeiro e à Secretária de Assistência Social de Criciúma, Rosimar Fagundes Rodrigues, por comporem a minha banca e enriquecerem meu estudo com seus conhecimentos e sugestões.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha excelente orientadora, Professora Paula Rosane Vieira Guimarães, por toda paciência, auxílio e dedicação. Seu trabalho é muito inspirador para mim. Muito obrigada!

RESUMO

O direito humano à alimentação adequada (DHAA) é assegurado pela Constituição Federal desde 1988, graças à introdução da alimentação como um direito social. O DHAA se relaciona intimamente com a segurança alimentar e nutricional (SAN), que visa promover a todos o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente para suprir as necessidades nutricionais dos indivíduos. O acesso à alimentação é assegurado pelo DHAA por meio de programas de alimentação e nutrição, de incentivos fiscais, de redução de tributos e de programas de transferência condicionada de renda (PTCR), como o Programa Bolsa Família (PBF). Os objetivos do trabalho foram: identificar o consumo alimentar nas diferentes fases da vida, verificar o estado nutricional e avaliar a segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas pelo PBF. Foram incluídos na pesquisa todos os beneficiários do PBF residentes do município de Cocal do Sul, Santa Catarina, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando a amostra de 98 indivíduos. Em relação ao consumo alimentar das crianças de seis a 24 meses, 80% não tomaram leite do peito, 60% comeram frutas, 100% comeram comida de sal, incluindo carne, feijão e fontes de carboidrato; das crianças de dois a 10 anos, 63,6% consumiram feijão, 27,3% comeram frutas frescas/legumes/verduras, sendo que os percentuais de ultraprocessados foram inferiores a nove por cento, diferente do ocorrido com os adolescentes, que foram superiores a 20%. A média de refeições diárias das crianças e dos adolescentes foi de quatro vírgula sete, sendo o mínimo três, e o percentual de fazer as refeições assistindo TV e/ou mexendo no celular/computador foi de 55% para crianças e 72% para adolescentes. Os marcadores de consumo alimentar aplicados nos adultos mostraram que mais de um terço da amostra consumiu alimentos processados no dia anterior, 70,7% feijão, 39% frutas frescas e 31,7% verduras/legumes. Em relação à segurança alimentar, apenas uma das famílias estava sob essa condição, e 55,9% estavam em situação de insegurança alimentar grave. A alta prevalência de IA alimentar encontrada no estudo pode estar relacionada ao fato de a amostra ser composta exclusivamente de beneficiários do PBF.

Palavras-chave: Direito Humano à Alimentação Adequada. Segurança Alimentar. Insegurança Alimentar. Programa Bolsa Família.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da faixa etária por sexo dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.	27
Tabela 2 – Frequência Alimentar segundo o consumo de leite materno, de frutas e comida de sal em crianças de 6 a 24 meses incompletos dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.....	29
Tabela 3 – Frequência Alimentar do dia anterior de crianças de 6 a 24 meses incompletos dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.....	31
Tabela 4 – Refeições realizadas ao longo do dia por crianças de 2 a 10 anos incompletos, e adolescentes, beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.	33
Tabela 5 – Distribuição dos marcadores de consumo alimentar do SISVAN por crianças de 2 a 10 anos incompletos, e adolescentes, beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.	36
Tabela 6 – Distribuição dos marcadores de consumo alimentar do SISVAN por adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.	37
Tabela 7 – Apresentação do Estado Nutricional para crianças de 5 a 10 anos e adolescentes beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.....	39
Tabela 8 – Distribuição do IMC/I pelas fases da vida dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.	40
Tabela 9 – Situação de Segurança Alimentar e Nutricional nos domicílios dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação de IMC/I para crianças de 0 a 5 anos (BRASIL, 2011).....	24
Quadro 2- Classificação de IMC/I para crianças de 5 a 10 anos (BRASIL, 2011).....	24
Quadro 3- Classificação de IMC/I para adolescentes de 10 a 19 anos (BRASIL, 2011)	25
Quadro 4 – Classificação de IMC para adulto (BRASIL, 2011).....	25
Quadro 5- Classificação do IMC para idoso (LIPSCHITZ, 1994).....	25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Hábito de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou no celular das crianças de 2 a 10 anos incompletos beneficiárias do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.....	34
Gráfico 2 - Hábito de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou no celular dos adolescentes beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL	Alagoas
CE	Ceará
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IA	Insegurança Alimentar
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IMC	Índice de Massa Corporal
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
Peti	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PI	Piauí
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PR	Paraná
PTCR	Programas de Transferência Condicionada de Renda
RS	Rio Grande do Sul
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 PRINCÍPIO DA PROTEÇÃO À DIGNIDADE HUMANA E À FOME.....	14
3.2 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA – DHAA.....	14
3.3 POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	15
3.3.1 Segurança Alimentar e Nutricional – SAN	15
3.4 ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR – EBIA	17
3.5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	17
4 PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA NO BRASIL	20
4.1 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	21
5 METODOLOGIA	22
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	22
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	23
5.4 INSTRUMENTO DE OBTENÇÃO DE DADOS.....	23
5.5 FORMA DE OBTENÇÃO DE DADOS.....	24
5.6 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	25
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	26
5.9 DEVOLUÇÃO DOS DADOS.....	26
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO.....	27
6.2 CONSUMO ALIMENTAR DAS FAMÍLIAS NAS DIFERENTES FASES DA VIDA.....	29
6.3 ESTADO NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS.....	38
6.4 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS.....	41
7 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

Um marco na conquista pelo direito humano à alimentação adequada (DHAA) foi a introdução, na Constituição Federal de 1988, da alimentação como um direito social. O DHAA se relaciona intimamente com a segurança alimentar e nutricional (SAN), que visa promover a todos o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente para suprir as necessidades nutricionais dos indivíduos (CUSTÓDIO; YUBA; CYRILLO, 2013).

No eixo que trata do acesso à alimentação, o DHAA é assegurado por meio de programas de alimentação e nutrição, de incentivos fiscais, de redução de tributos e de programas de transferência condicionada de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF), que surgiu em 2003 como uma alternativa ao combate à fome e para promover a segurança alimentar e nutricional (MONTEIRO, 2014).

Para monitorar a percepção de segurança alimentar, insegurança e fome, usa-se como instrumento a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), um questionário com 15 perguntas que foi validado em 2004 e que se mostra útil no auxílio de políticas de combate à fome (SEGALL-CORREA; MARIN-LEON, 2009).

Com a finalidade de auxiliar pesquisas com menor duração, foram feitas propostas de uma escala de insegurança alimentar, versão reduzida da EBIA, com cinco ou sete questões. Ambas as versões mostraram alta sensibilidade e especificidade quando comparadas à EBIA (SANTOS et al., 2014).

No Brasil, o acesso aos alimentos é limitado, principalmente entre os grupos populacionais menos favorecidos financeiramente ou em situação de vulnerabilidade, como os beneficiários do PBF. A alimentação desses indivíduos pode apresentar-se comprometida, por isso é necessário averiguar se eles estão tendo suas necessidades nutricionais supridas e se têm acesso ao valor nutricional dos alimentos (MONTEIRO, 2014).

Conhecer o padrão de consumo alimentar e propiciar a sua avaliação, tanto individual quanto coletiva, é fundamental para promover a melhoria no perfil alimentar e nutricional da população. Essas informações, no Brasil, tratam-se, sobretudo, de inquéritos populacionais, entre os quais se destaca a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), que em 2008-2009 mostrou a diminuição do consumo de alimentos básicos, como arroz e feijão, e o aumento do consumo de alimentos

processados e ultraprocessados, como macarrão instantâneo, refrigerantes, biscoitos, entre outros (BRASIL, 2015a).

Apesar de muitas conquistas no campo da alimentação e da nutrição, o DHAA continua sendo violado, colocando a fome em um patamar de difícil superação. Vale ressaltar que a segurança alimentar é condicionada principalmente por fatores ligados à oferta e à demanda de alimentos na sociedade. Do lado da oferta, a segurança alimentar pressupõe a garantia de que haja disponibilidade suficiente e sustentável de alimentos que respeitem a cultura alimentar, que sejam fisicamente e economicamente acessíveis à população e que propiciem opções saudáveis de alimentação. Do lado da demanda, a segurança alimentar pressupõe a garantia de que todos os indivíduos saberão identificar e terão capacidade de adotar opções saudáveis de alimentação (CUSTÓDIO; YUBA; CYRILLO, 2013; BRASIL, 2004b).

A Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) disponibiliza os formulários de marcadores de consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN Web) desde 2008, permitindo a avaliação do consumo alimentar da população brasileira. Os objetivos dos formulários são possibilitar a identificação de práticas alimentares saudáveis e não saudáveis e propor a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior, o que ameniza possíveis vieses de memória, ou seja, esquecimento em relação à alimentação realizada. Estão disponíveis três formulários: um para crianças menores de seis meses, um para crianças de seis a 23 meses e 29 dias de idade e outro para crianças com dois anos de idade ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Desse modo, tais questionários podem ser aplicados a todos os integrantes da família. Sendo assim, será possível verificar a situação de insegurança alimentar dessa população, bem como a qualidade da alimentação a que estão tendo acesso.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa relevante e atual, que se insere no papel da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC de incentivar o desenvolvimento regional por meio de ações que consolidem as políticas públicas de interesse da sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a repercussão do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas no município de Cocal do Sul/SC.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o consumo alimentar das famílias nas diferentes fases da vida;
- Verificar o estado nutricional das famílias beneficiadas;
- Avaliar a segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família no município de Cocal do Sul/SC.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PRINCÍPIO DA PROTEÇÃO À DIGNIDADE HUMANA E À FOME

A proteção da dignidade humana é um princípio de valor constitucional reconhecido expressamente pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2004a). Esse princípio está diretamente relacionado com o direito à alimentação no Brasil e no mundo, pois é um direito fundamental, inalienável e imprescindível (AITH, 2007).

A fome é um problema global de escala mundial que não é produzido pelo excessivo número de pessoas ou pela falta de recursos, mas pela falta de cumprimento dos direitos do ser humano e da efetivação da dignidade da pessoa humana a todos eles (SIQUEIRA; GUIMARÃES, s.d.). No direito brasileiro, alimentar-se é tutelado também pela Lei nº 11.346, de 15 de novembro de 2006, a chamada Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional, que permite a definição do direito à segurança alimentar e nutricional nos seguintes termos:

Artigo 3º. A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (BRASIL, 2006, n.p.).

3.2 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA – DHAA

Os direitos à saúde e à alimentação são imprescindíveis e independem de legislação nacional, estadual ou municipal específica, pois se tratam de direitos humanos os quais todos possuem, única e exclusivamente, por terem nascido e serem humanos (ALVES; JAIME, 2014). As normas internacionais reconhecem o direito de todos à alimentação adequada e o direito fundamental de toda pessoa estar livre da fome, entretanto, ambos os direitos estão distantes da realidade de muitas pessoas em todo o mundo. Uma saída para essa situação foi a incorporação do conceito de Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) nas várias estratégias de desenvolvimento social e de segurança alimentar. O DHAA começa

pela luta contra a fome, mas não pode se limitar a isso. Os seres humanos precisam de muito mais que suprir suas necessidades energéticas ou que ter uma alimentação nutricionalmente equilibrada. Nesse sentido, a “[...] alimentação para o ser humano deve ser entendida como processo de transformação da natureza em gente saudável e cidadão.” (ABRANDH, 2013, p. 27).

3.3 POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Uma política de segurança alimentar e nutricional (SAN) é o conjunto das ações que garantem a oferta e o acesso a alimentos para a população, promovendo nutrição e saúde. Para que funcione, é necessário que haja condições para sua manutenção a longo prazo, requerendo o envolvimento tanto do governo quanto da sociedade civil organizada em seus diferentes setores – saúde, educação, trabalho, agricultura, desenvolvimento, social, meio ambiente, entre outros – e em diferentes esferas – produção, comercialização, controle de qualidade, acesso e consumo. Uma política de SAN está à frente das demais ações e programas desenvolvidos por esse segmento ao promover os princípios de intersectoralidade, ações conjuntas entre Estado e Sociedade, equidade, articulação entre orçamento e gestão e a abrangência e articulação entre ações estruturantes e medidas emergenciais (CONSEA, 2004).

3.3.1 Segurança Alimentar e Nutricional – SAN

As primeiras referências à segurança alimentar surgiram no Ministério da Agricultura em 1985. Na época, foi elaborada a proposta de “Política Nacional de Segurança Alimentar”, paralelamente com a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar. Apesar de a proposta ter tido pouca repercussão na época, foi o pontapé inicial (LIMA JUNIOR; ZETTERSTROM, 2002). Durante aquela década, o conceito de segurança alimentar estava muito ligado à pobreza e à falta de acesso aos recursos necessários para a obtenção de alimentos. Com a chegada dos anos 90, a segurança alimentar passou a estar associada também ao acesso a alimentos seguros (não contaminados biológica ou quimicamente), de qualidade (nutricional,

biológica, sanitária e tecnológica) e produzidos de forma sustentável, equilibrada, culturalmente aceitável e também incorporando a ideia de acesso à informação (ABRANDH, 2013).

Pode-se afirmar que uma família vive em situação de segurança alimentar quando tem acesso a alimentos suficientes para manter uma vida saudável. Nas economias mercantis, em geral, e particularmente na economia brasileira, o acesso diário aos alimentos depende, essencialmente, de “[...] a pessoa *ter poder aquisitivo*, isto é, dispor de renda para comprar os alimentos.” (HOFFMANN, 1995, p. 1. Grifos do Autor).

A garantia da segurança alimentar e nutricional exige uma conjunção de políticas públicas, dentre as quais a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do SUS, que tem papel fundamental (ALVES; JAIME, 2014). As conquistas na área da segurança alimentar e nutricional, no Brasil, acompanham os diferentes momentos políticos ao longo do tempo. Desde o início da preocupação dos intelectuais com a fome até o atual compromisso dos movimentos e organizações sociais pela segurança alimentar e nutricional, o País já passou por uma ditadura e um *impeachment* de presidente (ABRANDH, 2013), pela abertura de mercado e outro *impeachment*, este considerado por muitos um golpe de Estado (PLANTÃO BRASIL, 2017).

A preocupação em relação às condições de sobrevivência da população mais vulnerável foi denunciada pela primeira vez por Josué de Castro, em 1946. Somente após a ditadura, os movimentos sociais se reorganizaram para reivindicar melhores condições de vida. Nessa época, Herbert de Souza surge como referência nacional na luta contra a fome. Após a primeira eleição direta para presidente da república, em 1989, foi sugerida uma proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar por algumas organizações, entre elas aquela da qual Herbert de Souza fazia parte, no entanto a proposta não foi considerada por aquele governo. No Governo seguinte, em 1993, a proposta foi reapresentada e elaborado um mapa da fome, denunciando que mais de 30 milhões de pessoas no Brasil não tinham renda suficiente para se alimentar. No mesmo ano, em 22 de abril, foi criado o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), com a participação de oito ministros de Estado e 21 representantes da sociedade civil.

3.4 ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR – EBIA

O conceito de segurança alimentar e nutricional ganhou força no final da Segunda Guerra Mundial, apesar de já ser utilizado desde a Primeira Guerra Mundial, na Europa, para se referir à produção insuficiente de alimentos nos países pobres. Porém, desde a Segunda Guerra, a produção de alimentos cresceu muito, e a indisponibilidade de alimentos para parte da população persistiu, mostrando que a segurança alimentar, na verdade, trata-se da garantia de acesso físico e econômico a todas as quantidades suficientes de alimentos (ABRANDH, 2013).

É importante reconhecer os graus de insegurança alimentar, que variam desde a preocupação e a incerteza de dispor da quantidade suficiente de comida até a falta de alimento. Para avaliar referidos graus, foi desenvolvido, nos anos 90, nos Estados Unidos, um instrumento de pesquisa, posteriormente modificado e adaptado para diversos países. No Brasil, o método utilizado para mensurar a insegurança alimentar – uma escala adaptada para a realidade brasileira, baseada na desenvolvida pelos Estados Unidos – é a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Por ser um longo questionário e devido ao custo de aplicação, alguns inquéritos abrem mão de utilizar a EBIA e se dispõem a utilizar a versão americana de apenas seis questões (SANTOS et al., 2014).

A escala prevê quatro categorias, baseando-se na soma das respostas afirmativas do questionário. A segurança alimentar é a primeira categoria e aplica-se às famílias que têm acesso regular e permanente a alimentos de forma digna. Já a insegurança pode ser leve, moderada ou grave. A escala brasileira original possui 14 questões, sendo necessário que ao menos dez respostas sejam afirmativas para que seja considerado um caso de insegurança alimentar grave (O GLOBO, 2010).

3.5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional consiste no uso de indicadores que são capazes de fornecer informação sobre a adequação nutricional de acordo com o parâmetro utilizado. A antropometria tem sido apontada como o parâmetro mais indicado para avaliar o estado nutricional coletivo, pela facilidade de obtenção das

medidas que podem ser válidas e confiáveis. O IMC (índice de massa corporal), apesar de não indicar a composição corporal, é o índice antropométrico mais amplamente utilizado, em virtude de sua facilidade de mensuração, juntamente com a circunferência da cintura (GOMES; ANJOS; VASCONCELOS, 2010).

No Brasil atual, vivemos uma situação de transição epidemiológica na qual ainda existem doenças relacionadas a carências nutricionais (desnutrição, anemias e hipovitaminoses), que coexistem com índices cada vez maiores de doenças crônicas não transmissíveis, tais como obesidade, hipertensão arterial, diabetes e câncer. Essas situações são reflexos, principalmente, da falta de informação adequada, da pouca instrução e da distribuição inadequada dos alimentos. As crianças são consideradas o grupo mais vulnerável a carências nutricionais, por causa de seu rápido crescimento e também devido à ingestão precária de nutrientes. Nessa faixa etária, é importante fazer a avaliação utilizando as curvas da OMS de 2006, que se baseiam no peso, na estatura, no IMC percentilar e na idade (BRASIL, 2008).

As curvas de crescimento constituem um importante instrumento para mediar, avaliar e monitorar as condições associadas à nutrição da criança e do adolescente. Por meio delas é possível identificar desnutrição, sobrepeso, obesidade e problemas de crescimento. Para os adolescentes, utilizam-se os parâmetros IMC e estatura por idade de 2007. Em caso de gestantes adolescentes, deve-se ter uma maior preocupação, tendo em vista que, em grande parte dos casos, a gestação pode iniciar com uma dieta inadequada e com baixas reservas calóricas (BARROS, 2009).

Durante a gestação, a avaliação nutricional é de extrema importância, pois o estado nutricional da mulher grávida afeta o resultado de sua gravidez. Deve-se estar atento ao peso pré-gestacional da gestante e ao seu ganho de peso, bem como realizar a antropometria e exames bioquímicos durante o pré-natal. Gestantes que por algum motivo apresentem maiores riscos de deficiências nutricionais devem ser submetidas a uma avaliação mais detalhada (BRASIL, 2008).

Para a avaliação de idosos, deve-se estar atento a um maior risco de desnutrição por causa das mudanças bioquímicas e fisiológicas que acontecem durante o processo de envelhecimento. Utiliza-se o IMC como referência, a relação entre a cintura e o quadril para avaliar o risco de doenças crônicas não

transmissíveis e também as medidas antropométricas para avaliar a massa magra do indivíduo (SAMPAIO, 2004).

4 PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA NO BRASIL

O primeiro Programa de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) federal criado foi o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), em 1996, que consistia em uma bolsa de R\$ 25,00 para crianças da zona rural e R\$ 40,00 para crianças da zona urbana. Em 2001, foi criado o segundo PTCR federal, o Bolsa Escola, para famílias com renda *per capita* de até R\$ 90,00. O valor da bolsa era de até R\$15,00 por criança, não podendo ultrapassar o teto de R\$ 45,00 por família. Pouco tempo após o Bolsa Escola, foi criado o Bolsa Alimentação, a cargo do Ministério da Saúde. O programa tinha condicionalidades como o aleitamento materno, os exames pré-natais para gestantes e a vacinação para as crianças. O valor da bolsa era de R\$15,00 para crianças de zero a seis anos, com o teto máximo de R\$ 25,00 por família. Em 2003, foi criado um quarto programa, o Cartão Alimentação. Tratava-se de uma transferência de R\$ 50,00 para as famílias cuja renda *per capita* não alcançava meio salário mínimo. Seu uso era circunscrito exclusivamente à compra de alimentos (SOARES, 2007).

Durante o segundo mandato do Governo de Fernando Henrique Cardoso, os PTCR se expandiram, tendo como destaque o Bolsa Escola e o Bolsa Alimentação, que juntos alcançaram 5.561 municípios brasileiros. O governo de FHC também implementou os programas de Vale Gás, Bolsa Renda e o Benefício de Prestação Continuada. No primeiro mandato do Governo de Luís Inácio Lula da Silva, foram realizados estudos de viabilização de uma Política Pública de Transferência de Renda Abrangente, a fim de enfrentar a questão da fome, além de, gradualmente, ser implementado o Fome Zero, em conformidade com o Programa de Renda Básica de Cidadania, proposto pelo Senador Eduardo Suplicy, que também instituiu em 1991 o Programa de Renda Mínima para todos os brasileiros com idade igual ou superior a 25 anos (ORTIZ; CAMARGO, 2016; FRANÇA, 2015).

O Programa Fome Zero se refere a uma política de inserção social, com o propósito de, além do combate à fome, gerar renda, trabalho e resgatar a autoestima e a cidadania. O projeto foi apresentado como uma forma de organização da sociedade, ajudando a população a superar a sua situação de exclusão.

Além do combate à fome, o programa também tinha o propósito de acabar com a seca nas regiões semiáridas do Brasil por meio da construção de cisternas

que abasteciam uma família de até cinco componentes por aproximadamente nove meses (FREI BETTO, 2003; SUPPLY, 2003).

4.1 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família nada mais é que uma política pública que visa à inclusão social e à redistribuição de renda para famílias brasileiras em situação precária. O Programa foi criado pelo Governo de Lula, sancionado pela Lei nº 10.836/2004, unificando programas sociais já pré-existentes: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Programa Nacional de Acesso à Alimentação, Auxílio Gás e Cadastramento Único do Governo Federal.

O PBF conta com três grandes eixos: transferência de renda, condicionalidades e programas complementares, tendo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome no comando (ORTIZ; CAMARGO, 2016).

A unificação dos Programas de Transferência de Renda é uma responsabilidade partilhada entre a União, os estados, os municípios e a sociedade. Sua implementação ocorre de modo descentralizado por parte dos municípios, que devem aderir ao programa atendendo a dois requisitos: a existência formal e o pleno funcionamento de um comitê ou de conselho local de controle social e a indicação do gestor municipal do programa (SILVA, 2007).

O período de 2003 a 2004 marca o surgimento do programa e as fragilidades iniciais do CadÚnico, que é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. A população abrangida pelo CadÚnico são as famílias com renda *per capita* de até meio salário mínimo. Esse programa abrange uma gama de projetos sociais, não exclusivamente o Bolsa Família. Pode-se dizer que a relação entre o PBF e o CadÚnico é interdependente, pois o esforço para a criação de um registro administrativo desse porte só seria possível com um programa forte usuário, nesse caso o PBF (IPEA, 2013).

5 METODOLOGIA

Esta pesquisa analisou a repercussão do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas no município de Cocal do Sul, SC.

Cocal do Sul é um município brasileiro do estado de Santa Catarina, localizado ao Sul, na microrregião de Criciúma. Abrange uma área de 78,547 km², com uma população estimada de 16.300 habitantes. A cidade é conhecida por ser acolhedora, de tradição principalmente italiana e que possui um grande potencial econômico, tendo como força maior a empresa Eliane Revestimentos Cerâmicos, uma das maiores do mundo nesse seguimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE COCAL DO SUL, 2016).

A cidade possui um passado histórico de 136 anos. Tornou-se município no dia 26 de setembro de 1991. Sua colonização está absolutamente ligada à chegada dos primeiros colonos a muitos outros lugares do sul catarinense. Cocal do Sul se destaca por oferecer aos seus munícipes qualidade de vida e muitas oportunidades, além da gastronomia farta, que vai desde o doce à comida típica, bem como a preservação da cultura italiana, canto coral, religiosidade e belezas naturais.

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, de caráter quantitativo, transversal, com amostra não probabilística e amostragem por conveniência. De acordo com Bloch e Coutinho (2011), o estudo descritivo é aquele que estima parâmetros de uma população, descrevendo as características de uma determinada amostra. Dele nascem as hipóteses que poderão ser analisadas em estudos mais sofisticados.

Na investigação quantitativa, são feitas as descrições de um fenômeno ou determinados os fenômenos, os quais são controlados por certas intervenções. Uma pesquisa quantitativa quantifica os dados utilizados para responder a um questionamento, a um problema de pesquisa. A quantificação, nesse caso, dá-se na forma de coleta de dados via questionário na análise dos resultados e na sua apresentação posterior. Com relação ao intervalo de tempo utilizado para a

realização da pesquisa, esta foi realizada em curto intervalo de tempo. Por essa razão, a pesquisa tem característica transversal.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa foi composta por famílias cadastradas no PBF do município de Cocal do Sul, SC, as quais aceitaram o convite para participar da pesquisa, totalizando 34 famílias com um total de 83 pessoas.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nesta pesquisa todos os indivíduos beneficiários do Programa Bolsa Família que residem em Cocal do Sul, SC, de ambos os sexos e de todas as faixas etárias, os quais se fizeram presentes no dia estabelecido para comparecer no CRAS e aceitaram participar da pesquisa. Referidos indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A). Foram excluídos os beneficiários que não preenchiam os critérios acima.

5.4 INSTRUMENTO DE OBTENÇÃO DE DADOS

Para obtenção dos dados, foram utilizados o questionário do EBIA (ANEXO B) e o formulário dos marcadores de consumo alimentar do SISVAN (ANEXO D).

As variáveis antropométricas coletadas foram peso e estatura. Para a coleta do peso corporal, foi utilizada a balança do CRAS, com capacidade de 150 kg, da marca Filizola e modelo plataforma. A estatura foi aferida em metros, com o auxílio de um antropômetro/régua vertical acoplado à balança de plataforma. Para crianças menores de dois anos, o peso e a altura foram coletados na carteirinha de vacinação.

5.5 FORMA DE OBTENÇÃO DE DADOS

Foi solicitada a permissão para a realização da pesquisa ao responsável pelo PBF do município de Cocal do Sul e à Secretaria de Saúde. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, parecer nº 2.509.656, foi organizado no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e nas Unidades de Saúde um cronograma de reuniões para as famílias. Foram convidados a participar todos os beneficiários pertencentes aos respectivos territórios das UBS. As reuniões ocorreram no CRAS. A secretaria de Assistência Social de Cocal do Sul chamou as famílias beneficiárias por unidade de saúde para comparecer ao CRAS do município. Foi construído um cronograma para realizar a coleta de dados. Os dias 17, 19, 20, 25, 26 e 27 de abril, cada um, correspondem aos beneficiários de determinada unidade de saúde.

Após concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram convidados a responder um questionário e ao procedimento antropométrico (pesar e medir).

Para a classificação do estado nutricional, foi utilizado o índice de massa corporal para idade (IMC/I – percentil) em indivíduos menores de 20 anos; o IMC para adultos, seguindo a classificação estabelecida pela OMS (BRASIL, 2008). Nos idosos, foi utilizado o IMC com classificação de acordo com Lipschitz (1994).

Classificação do Estado Nutricional e os pontos de corte utilizados:

Quadro 1- Classificação de IMC/I para crianças de 0 a 5 anos (BRASIL, 2011)

VALORES	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	Magreza
> Percentil 3 e <Percentil 85	Eutrofia
> Percentil 85 e <Percentil 97	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e <Percentil 99,9	Sobrepeso
> Percentil 99,9	Obesidade

Fonte: OMS (2006).

Quadro 2- Classificação de IMC/I para crianças de 5 a 10 anos (BRASIL, 2011)

VALORES	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	Magreza
> Percentil 3 e <Percentil 85	Eutrofia

> Percentil 85 e <Percentil 97	Sobrepeso
> Percentil 97 e <Percentil 99,9	Obesidade
> Percentil 99,9	Obesidade grave

Fonte: OMS (2007).

Quadro 3- Classificação de IMC/I para adolescentes de 10 a 19 anos (BRASIL, 2011)

VALORES	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e <Percentil 3	Magreza
> Percentil 3 e <Percentil 85	Eutrofia
> Percentil 85 e <Percentil 97	Sobrepeso
> Percentil 97 e <Percentil 99,9	Obesidade
> Percentil 99,9	Obesidade grave

Fonte: OMS (2007).

Quadro 4 – Classificação de IMC para adulto (BRASIL, 2011)

VALORES	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 16	Magreza grau III
16 – 16,9	Magreza grau II
17 – 18,4	Magreza grau I
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade grau I
35,0 – 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: OMS (1995,1997).

Quadro 5- Classificação do IMC para idoso (LIPSCHITZ, 1994)

VALORES	Magreza	Eutrófico	Sobrepeso
IMC	<22	22 a 27	>27

Fonte: LIPSCHITZ (1994).

5.6 FORMA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados e digitados, sendo que foi utilizado o programa SPSS, versão V.21. Os dados estão apresentados em gráficos e/ou tabelas. Foi realizada a análise descritiva, apresentando-se a frequência absoluta, a frequência relativa, a média e o desvio padrão.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), parecer nº 2.509.656. O

projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO, tendo como base a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica e publicações dela derivadas. Os indivíduos que participaram da pesquisa foram convidados mediante esclarecimento detalhado de todos os procedimentos (objetivos do estudo e sobre a coleta de dados) e somente foram incluídos após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Foram várias as limitações, tais como os resultados, que não puderam ser generalizados; a memória sobre o consumo alimentar, ou seja, alguns dos participantes tiveram dificuldade em se lembrar; muitas das famílias que compareceram foram representadas apenas por um integrante.

O local onde foram realizadas as entrevistas também não auxiliou, pois ficava muito longe da região central, dificultando o acesso. Muitas famílias não aceitaram o convite para participar.

5.9 DEVOLUÇÃO DOS DADOS

Os dados serão devolvidos em forma de tabela à coordenação do PBF para posterior preenchimento do sistema, bem como divulgados em forma de trabalhos científicos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O propósito deste estudo foi avaliar a repercussão do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas no município de Cocal do Sul, SC. Nesse sentido, participaram desta pesquisa os beneficiários do Programa Bolsa Família que se fizeram presentes entre 17 a 27 de abril, conforme cronograma estabelecido pela responsável pelo PBF no município. Foram convidadas, durante este período, 120 famílias. Destas, apenas 34 famílias aceitaram participar da pesquisa, totalizando 83 pessoas.

6.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

Das 83 pessoas que fazem parte das 34 famílias entrevistadas, 59,0% (49) pertencem ao gênero feminino e 40,1% (34) ao gênero masculino.

Tabela 1 - Distribuição da faixa etária por sexo dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Faixa Etária	Masculino (34)		Feminino (49)		Total (83)	
	n	%	n	%	n	%
< de 6 meses	1	2,9	-	-	1	1,2
De 6 a 24 meses incompletos	2	5,9	3	6,1	5	6,0
24 a 5 anos incompletos	1	2,9	-	-	1	1,2
De 5 a 10 anos incompletos	7	20,6	3	6,1	10	12,0
De 10 a 20 anos incompletos	13	38,2	12	24,5	25	30,1
De 20 a 30 anos incompletos	3	8,9	19	38,8	22	26,5
De 30 a 40 anos incompletos	4	11,7	7	14,3	11	13,3
De 40 a 50 anos incompletos	3	8,9	4	8,2	7	8,5
+ de 50 anos	-	-	1	2,0	1	1,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A mulher é vista como o foco prioritário do PBF, tanto como titular quanto no cumprimento das condicionalidades impostas, sendo a principal interlocutora das ações de combate à pobreza. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), essas condicionalidades representam a quebra do ciclo intergeracional da pobreza, por meio do acesso às políticas sociais, como educação, saúde e assistência social.

Segundo Brito e Costa (2015), a vulnerabilidade socioeconômica predomina nos domicílios monoparentais chefiados por indivíduos do sexo feminino,

consequência das diferenças na forma de inserção e de valorização da mulher no mercado de trabalho, o que reflete em forma de menores rendimentos salariais. O PBF se consolidou como uma ferramenta de inclusão e promoção da autonomia das mulheres, que ao serem incluídas no programa são tomadas como representantes do grupo familiar, fortalecendo seus papéis na família e na comunidade (BRASIL, 2016).

Segundo o Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC, 2008), 94% dos titulares do cartão do PBF são mulheres. Entre elas, 27% são mães solteiras e 85% têm entre 15 e 49 anos. No caso da presente pesquisa, 97,0% (33) das famílias pesquisadas foram representadas por titulares mulheres (mães), das quais 33 famílias foram representadas por 6,0% (2) de titulares com menos de 20 anos de idade, confirmando assim o foco do programa.

Em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com as famílias beneficiárias do PBF de uma Unidade Básica de Saúde, a maior parte da população entrevistada era composta de mulheres (80%) com idade entre 20 e 59 anos. A população de dois a 10 anos correspondia a 28,75% e a de 10 a 19 anos a 16,25% (ROSA, 2011).

No estudo de Cabral et al. (2013), os quais avaliaram o estado nutricional, o consumo e a segurança alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família residentes nas favelas de Maceió (AL), também na maioria das famílias a mãe era responsável pelo benefício (89,2%). Das 321 crianças avaliadas, 50,2% eram meninos e 49,8% meninas. Os adultos estudados ($n = 326$) tinham idade média de 34,3 anos ($DP = 8,7$ anos), sendo 38,7% do sexo masculino e 61,3% do sexo feminino.

Neste estudo, percebem-se resultados semelhantes quanto aos percentuais, apesar de os números absolutos serem menores, visto que as crianças com menos de 10 anos – 64,7% (11) – pertencem ao sexo masculino e 35,3% (6) ao feminino. Os adultos têm uma média de idade de 30,6 anos ($\pm 8,8$), o que corresponde a 75,6% (31) do sexo feminino e 24,4% (10) do sexo masculino.

6.2 CONSUMO ALIMENTAR DAS FAMÍLIAS NAS DIFERENTES FASES DA VIDA

Utilizando os marcadores do SISVAN (BRASIL, 2015c), foram coletados os dados a respeito do consumo alimentar das famílias por faixa etária. O SISVAN tem como objetivo realizar o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para o conhecimento da natureza e magnitude dos problemas de nutrição, identificando também as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais acometidos de maior risco aos agravos nutricionais (PEREZ et al., 2013).

Quanto ao consumo alimentar, a única criança menor de seis meses, com três meses de vida, é do sexo masculino, estava em aleitamento materno Misto ou Parcial (quando a criança recebe outros tipos de leite além do materno). Não fazia uso de mingau, água, chás, mas usava fórmula para complementar sua alimentação (BRASIL, 2015b).

As crianças de seis a 24 meses incompletos totalizaram cinco, com idades entre sete a 23 meses, uma média de 16 meses ($\pm 7,4$), sendo 60% (3) do sexo feminino e 40% (2) do masculino. A tabela 2 mostra a frequência alimentar do consumo de leite materno, de fruta e de comida de sal em crianças de seis a 24 meses incompletos. Destas, apenas 20% (1) consumiram leite materno no dia anterior à pesquisa, 60% (3) comeram frutas e todas consumiram alguma comida de sal pelo menos uma vez ao dia. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b), por ser da mesma espécie, o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança, além de ser melhor digerido quando comparado a outros leites. Ele é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais das crianças nos primeiros seis meses de vida e continua sendo uma importante fonte de nutrientes até o segundo ano de vida.

Tabela 2 - Frequência alimentar segundo o consumo de leite materno, de frutas e comida de sal em crianças de 6 a 24 meses incompletos dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Variáveis	Sim	Não
- A criança ontem tomou leite do peito?	1 (20%)	4 (80%)
- Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	3 (60%)	2 (40%)
Se sim, quantas vezes? (n=3)		
1 vez	-	
2 vezes	1 (33,3%)	
Não sabe	2 (66,7%)	
- Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	5 (100%)	-
Se sim, quantas vezes? (n=5)		
1 vez	4 (80,0%)	
2 vezes	2 (20,0%)	
3 vezes ou mais	-	
Se sim, essa comida foi oferecida: (n=5)		
Em pedaços	4 (80%)	
Amassada	1 (20%)	
Passada na peneira	-	
Liquidificada	-	
Só o caldo	-	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Segundo as orientações para a avaliação dos marcadores de consumo alimentar para atenção básica (BRASIL, 2015a), o consumo de leite materno até os dois anos é importante devido à proteção contra diversas doenças nos primeiros anos de vida. Seguir em aleitamento materno até os dois anos ou mais estende a oferta de energia e de micronutrientes ao bebê, especialmente o ferro. Porém, faz-se necessário orientar as mães de que nesse período apenas o leite do peito não será suficiente para suprir as necessidades das crianças, sendo necessário complementá-lo com uma alimentação saudável e planejada adequadamente.

Os dois primeiros anos de vida da criança são caracterizados por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além do leite materno. O governo brasileiro e órgãos representativos no Brasil recomendam o aleitamento materno até o sexto mês de vida, e adequações de práticas de alimentação complementar a partir dessa idade (BRASIL, 2015b).

A alimentação complementar é compreendida como aquela fornecida no período em que os outros alimentos ou líquidos são oferecidos em adição ao leite materno. Qualquer alimento ou líquido oferecido nesse período é chamado de alimento complementar, que, quando adequado, deve fornecer alimentos ricos em energia e micronutrientes, sem contaminação, sem excesso de sal ou de condimentos, evitando-se alimentos industrializados (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Segundo as orientações para a avaliação dos marcadores de consumo alimentar para atenção básica (BRASIL, 2015a), os alimentos complementares devem ser oferecidos três vezes ao dia (papa salgada e de frutas), sendo fundamental oferecer duas frutas diferentes por dia e fontes de vitamina C após a refeição principal para aumentar a absorção do ferro.

A tabela 3 mostra a frequência alimentar das crianças de seis a 24 meses incompletos, revelando que 80% (4) consumiram algum leite que não o do peito, mingau com leite, algum tipo de legume, vegetais ou frutas de cor alaranjada; 60% (3) consumiram iogurte, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado; 20% (1) consumiram verdura de folha, hambúrgueres ou embutidos; 100% (5) consumiram carne ou alguma fonte de carboidratos (arroz, aipim, macarrão, farinha ou batata), 40% (2) consumiram algum tipo de doce ou guloseima e nenhuma criança consumiu fígado ou bebidas adoçadas.

Tabela 3 – Frequência alimentar do dia anterior de crianças de 6 a 24 meses incompletos dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Ontem a criança consumiu:	Sim	Não
- Outro leite que não o leite do peito	4 (80,0%)	1 (20,0%)
- Mingau com leite	4 (80,0%)	1 (20,0%)
- Iogurte	3 (60,0%)	2 (40,0%)
- Legumes (não considerar os temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	4 (80,0%)	1 (20,0%)
- Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	4 (80,0%)	1 (20,06%)
- Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	2 (40,0%)	3 (60,0%)
- Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	5 (100,0%)	0 (0,0%)
- Fígado	0 (0,0%)	5 (100,0%)
- Feijão	5 (100,0%)	0 (0,0%)
- Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	5 (100,0%)	0 (0,0%)
- Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	1 (20,0%)	4 (80,0%)
- Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	0 (0,0%)	5 (100,0%)
- Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	3 (60,0%)	2 (40,0%)
- Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	2 (40,0%)	3 (60,0%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme Carvalho et al. (2015), as crianças são um grupo vulnerável devido ao crescimento rápido e à imaturidade fisiológica e imunológica. A nutrição deve ser adequada principalmente nesses primeiros anos de vida, para que o crescimento e desenvolvimento aconteçam de forma saudável. Alimentos ricos em gorduras saturadas e trans, açúcares e sódio podem comprometer o estado nutricional e podem levar ao desenvolvimento de carências ou excessos nutricionais.

No estudo de Coradi, Bottaro e Kirsten (2017), com amostra de 75 crianças de seis meses a dois anos de idade, sobre o consumo alimentar em

Arvorezinha, RS, observou-se um grande consumo de frutas (87,3%), comida de sal (95,31%), legumes (70,31%), carnes (71,88%) e arroz, batata, inhame, mandioca, farinha, macarrão (90,4%). Dessas crianças, 57,81% ainda recebiam aleitamento materno e 27,41% eram beneficiárias do PBF.

Toloni et al. (2011) analisaram a introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional da dieta de 270 crianças frequentadoras de berçários de oito creches públicas e filantrópicas do município de São Paulo. Os resultados mostram que para aproximadamente 2/3 das crianças foram oferecidos, antes dos 12 meses, alimentos com potencial obesogênico, como macarrão instantâneo, salgadinhos, bolacha recheada, suco artificial, refrigerante e bala/pirulito/chocolate. O resultado foi semelhante, apesar da diferença amostral.

As crianças de dois a 10 anos incompletos chegaram ao total de 11, com média de idade de 7,0 anos ($\pm 1,7$), idade mínima de três anos e máxima de nove anos. Destas crianças, 72,7% (8) eram do sexo masculino e 27,3% (3) do sexo feminino. Quanto aos adolescentes entre 10 e 19 anos, a média de idade foi de 13,4 anos ($\pm 2,6$), com 52% (13) do sexo masculino e 48% (12) feminino. A tabela 4 mostra as refeições realizadas ao longo do dia por essas crianças e adolescentes, em média quatro vírgula sete refeições, sendo o mínimo três.

Tabela 4 – Refeições realizadas ao longo do dia por crianças de 2 a 10 anos incompletos, e adolescentes, beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Refeições	Crianças de 2 a 10 anos incompletos (n=11)		Adolescentes (n=25)	
	Sim	Não	Sim	Não
Café da manhã	9(81,8%)	2 (18,2%)	21 (84%)	4 (16%)
Lanche da manhã	7 (63,6%)	4 (36,4%)	11 (44%)	14 (56%)
Almoço	11 (100%)	-	21(84%)	4 (16%)
Lanche da tarde	9 (81,8%)	2 (18,2%)	22 (88%)	3 (12%)
Janta	11 (100%)	-	25 (100%)	-
Ceia	5(45,5%)	6 (54.5%)	16 (64%)	9 (36%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Nenhuma das crianças e nenhum dos adolescentes entrevistados fizeram as seis refeições diárias indicadas. O Guia Alimentar para População Brasileira

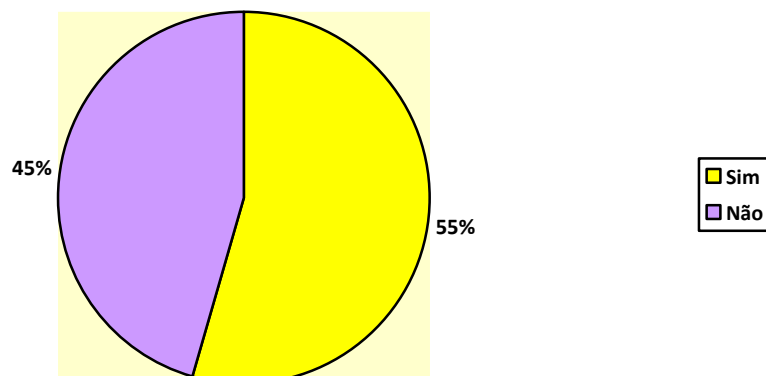
(BRASIL, 2014a) recomenda que sejam ofertadas refeições complementares, além das três refeições principais (café da manhã, almoço e janta), para crianças e adolescentes em fase de crescimento, devido ao aumento da necessidade energética.

Semelhante ao resultado da pesquisa, Barros et al. (2011), analisando o banco de dados de uma unidade de saúde com 20 crianças de um a cinco anos, em Campina Grande-PB, chegaram ao resultado de que 65% das crianças presentes na amostra realizavam de uma a três refeições diárias.

Também semelhante aos resultados obtidos na pesquisa, um estudo de avaliação do consumo alimentar de pré-escolares de Nova Rita-RS, com crianças de dois a cinco anos mostrou que crianças atendidas em escolas de período integral realizavam ao menos quatro refeições ao dia, sendo elas desjejum, almoço, lanche da tarde e jantar. Com isso, pode-se observar o papel importante da escola nos hábitos alimentares infantis (ZVEIBRÜCKER; MIRAGLIA, 2012).

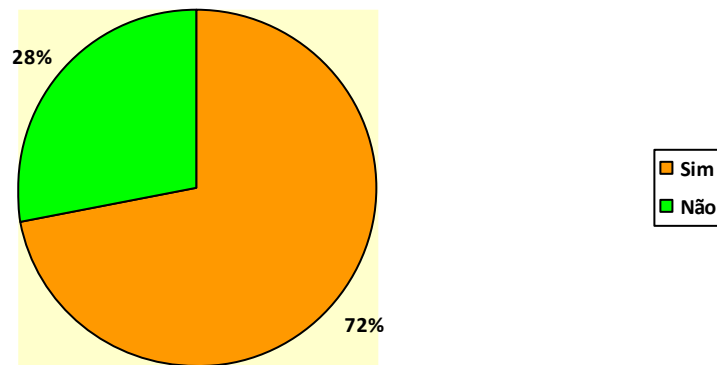
Os gráficos a seguir mostram o hábito das crianças e dos adolescentes de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no celular ou no computador. Observa-se que mais da metade possui esse hábito, ou seja, 55% das crianças e 72% dos adolescentes.

Gráfico 1 - Hábito de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou no celular das crianças de 2 a 10 anos incompletas beneficiárias do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Gráfico 2 - Hábito de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou no celular dos adolescentes beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme Fiates, Amboni e Teixeira (2008), a ocorrência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes está associada ao hábito de assistir à TV, o qual promove o sedentarismo, sendo associado também ao baixo condicionamento físico. Além disso, sabe-se que os anúncios de alimentos veiculados na TV têm o poder de efetivamente promover o seu consumo, influenciando diretamente nos hábitos alimentares das crianças.

Na pesquisa de Moreira e Carraschi (2017) sobre a avaliação do consumo alimentar de crianças menores de cinco anos, da amostra de 326 crianças, 48,2% (157) possuíam o hábito de realizar as refeições assistindo à TV ou mexendo no celular/computador.

Corrêa e Martins (2018) avaliaram o estado nutricional de 73 escolares de sete a 12 anos de idade, obtendo como resultado o percentual de crianças com o hábito de realizarem as refeições assistindo à TV ou mexendo no celular/computador de 50,7%.

A tabela 5 mostra a distribuição dos marcadores do consumo alimentar do SISVAN por crianças de dois a 10 anos incompletos e adolescentes. O consumo elevado de hambúrgueres/embutidos, de bebidas adoçadas, de macarrão instantâneo, de salgadinhos de pacote ou de biscoitos salgados, de biscoitos doces e de guloseimas por adolescentes é um fator preocupante.

Segundo Brasil (2012), atualmente há uma grande exposição dos escolares a esses alimentos, bem como o apelo publicitário com relação a esses produtos. O consumo de alimentos industrializados de alta densidade energética (com grande quantidade de gorduras e/ou açúcar) e de baixo valor nutricional (pobre

em minerais e vitaminas), aliado ao comportamento sedentário, é apontado como a principal causa do aumento do excesso de peso nessa faixa etária.

Tabela 5 - Distribuição dos marcadores do consumo alimentar do SISVAN por crianças de 2 a 10 anos incompletos, e adolescentes, beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Alimentos	Crianças de 2 a 10 anos incompletos (n=11)			Adolescentes (n=25)		
	Sim	Não	Não Sabe	Sim	Não	Não Sabe
Feijão	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	14 (56%)	4 (16%)	7 (28%)
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	1 (9,1%)	9 (36%)	9 (36%)	7 (28%)
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	1 (9,1%)	8 (32%)	10 (40%)	7 (28%)
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	1 (9,1%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	6 (24%)	12 (48%)	7 (28%)
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	1 (9,1%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	6 (24%)	12 (48%)	7 (28%)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	1 (9,1%)	8 (72,7%)	2 (18,2%)	8 (32%)	10 (40%)	7 (28%)
Biscoitos recheados, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelos, gelatina)	1 (9,1%)	9 (81,8%)	1 (9,1%)	7 (28%)	11 (44%)	7 (28%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O consumo excessivo de energia, proveniente do consumo de ultraprocessados, como os que foram consumidos em excesso pelos adolescentes estudados, não garantem uma adequada nutrição, podendo causar até mesmo uma carência de micronutrientes mesmo na presença da adequação calórica (SILVA et al. 2010).

Conforme Jesus (2017), durante a infância e a adolescência, são comuns hábitos alimentares como o consumo excessivo de bebidas adoçadas, ultraprocessados, ricos em gordura, açúcar e sal, e o baixo consumo de legumes, verduras e frutas. Esses hábitos estão associados ao menor gasto energético diário, que explicam as tendências crescentes de sobrepeso e obesidade.

A tabela 6 mostra a distribuição dos marcadores do consumo alimentar do SISVAN pelos adultos entrevistados de ambos os sexos. Mais de um terço

consumiu hambúrguer/e ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoitos recheados, doces ou guloseimas. O consumo desses alimentos, conforme as orientações para avaliação dos marcadores de consumo alimentar para atenção básica (BRASIL, 2015a) devem ser desestimulados em todas as faixas etárias, pois apresentam quantidades elevadas de gordura saturada, sódio e açúcar e baixo teor de nutrientes. Por outro lado, o consumo de feijão, frutas frescas, legumes e vegetais frescos devem ser recomendados, por serem ricos em minerais, vitaminas e fibras alimentares.

Tabela 6 - Distribuição dos marcadores do consumo alimentar do SISVAN por adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Alimentos	Adultos (n=41)		
	Sim	Não	Não Sabe
Feijão	29 (70,7%)	6 (14,6%)	6 (14,6%)
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	16 (39,0%)	19 (46,3%)	6 (14,6%)
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	13 (31,7%)	23 (56,1%)	5 (12,2%)
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	13 (31,7%)	23 (56,1%)	5 (12,2%)
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	13 (31,7%)	23 (56,1%)	5 (12,2%)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	15 (36,6%)	21 (51,2%)	5 (12,2%)
Biscoitos recheados, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chicletes, caramelos, gelatina)	13 (31,7%)	23 (56,1%)	5 (12,2%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme as orientações para avaliação dos marcadores de consumo alimentar para atenção básica (BRASIL, 2015a), o consumo de processados derivados de carne (embutidos, hambúrgueres, salsichas, salames, linguiças etc.) leva à absorção de quantidades elevadas de gordura saturada e sódio, devendo ser evitados, assim como o consumo de alimentos ricos em açúcares. Já o consumo de carnes brancas, vermelhas ou ovos, por possuírem alta qualidade de proteínas, vitaminas e minerais, devem ser estimulados, assim como o consumo de frutas,

legumes e vegetais, por serem ricos em fibras, vitaminas e minerais e por terem baixa quantidade de calorias.

As pesquisas realizadas em 2016 pela VIGITEL (BRASIL, 2017) mostram que apenas um a cada três adultos consomem frutas e hortaliças ao menos cinco dias da semana, sendo que destes o consumo é maior entre as mulheres. Em relação ao consumo de feijão, em 2012, o consumo regular era de 67,5%, passando para 61,3% em 2016.

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a), é preciso que os alimentos *in natura* ou minimamente processados sejam base para uma alimentação nutricionalmente balanceada, com variedade na oferta de alimentos de origem vegetal, saborosos e aceitos culturalmente dentro de um sistema alimentar que garanta sustentabilidade para o ambiente. Entretanto, a constituição da autonomia para escolhas alimentares mais saudáveis não é exclusivamente uma decisão individual, pois está relacionada também com o ambiente vivido e com fatores econômicos, sociais e culturais que podem ter um impacto positivo ou negativo sobre o padrão alimentar das pessoas.

6.3 ESTADO NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS

As crianças menores de 24 meses não se fizeram presentes na entrevista, portanto não foi possível realizar aferição de peso e estatura para classificação do estado nutricional. Havia um menino de três anos com IMC/I em 19,13 e P>99, classificados como obesidade para a idade. A estatura para todas as fases estava adequada para a idade. Não houve casos de idosos.

Na tabela 7 é apresentado o estado nutricional das crianças de cinco a 10 anos e dos adolescentes presentes na amostra. Neste estudo, verificou-se que das sete crianças presentes, 74,10% estão acima do peso, sendo 28,6% em situação de sobrepeso, 14,2% obesidade e 28,6% obesidade grave. Em relação aos adolescentes, 45,5% estão acima do peso, sendo 27,3% em situação de sobrepeso. Em situação de obesidade e de obesidade grave chegou-se ao percentual de 9,1% cada.

Tabela 7 – Apresentação do Estado Nutricional para crianças de 5 a 10 anos e adolescentes beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Estado Nutricional	Crianças de 5 a 10 anos incompletos (n=7)*	Adolescentes de 10 a 19 anos incompletos (n=22)**
Magreza acentuada	-	-
Magreza	-	-
Eutrofia	2 (28,6%)	12 (54,5%)
Sobrepeso	2 (28,6%)	6 (27,3%)
Obesidade	1 (14,2%)	2 (9,1%)
Obesidade Grave	2 (28,6%)	2 (9,1%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018. * Três casos sem informação. ** Três casos sem informação.

A obesidade é uma doença crônica, definida como o excesso de gordura corporal, que é causada por fatores de risco genéticos e ambientais (SOTELO; COLUGNATI; TADDEI, 2004). Conforme Abrantes, Lamounier e Colosimo (2002), a prevalência de obesidade está crescendo intensamente na infância e na adolescência e tende a persistir na vida adulta: cerca de 50% das crianças obesas aos seis meses de idade e de 80% das crianças obesas aos cinco anos de idade permanecerão obesas. Por isso é de suma importância a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da obesidade na infância.

Segundo Enes e Slater (2010), a presença de obesidade na adolescência tem sido associada ao aparecimento precoce de hipertensão arterial, dislipidemias, aumento da ocorrência de diabetes tipo dois, distúrbios na esfera emocional, o que pode comprometer a postura e causar problemas no aparelho locomotor. Os efeitos da obesidade precoce também serão vistos a longo prazo, aumentando o risco de mortalidade, especialmente por doença coronariana nos adultos que foram obesos na infância e na adolescência.

Mello et al. (2010) realizaram um estudo com crianças de seis a dez anos, de escolas da rede pública de ensino da área urbana de Marialva-PR. Dos 356 alunos participantes, 20% apresentaram sobrepeso e 7% obesidade. Um estudo realizado em 2011 com crianças atendidas por uma UBS avaliou 141 indivíduos com idade de cinco a oito anos e chegou ao resultado de que a prevalência de obesidade e sobrepeso foi de 5,7% e de 9,2%, respectivamente (ROSA, 2011).

Foi realizado, em 2012, em Fortaleza-CE, um estudo comparativo entre uma escola pública e outra particular para verificar os níveis de obesidade (PAULA et al., 2014). A amostra consistiu em 217 crianças de sete a 11 anos, das quais

59,5% das crianças matriculadas em escola particular estavam obesas e 39,4% com sobrepeso. Já as crianças matriculadas na rede pública de ensino, 5,8% estavam obesas e 19,6% com sobrepeso (PAULA et al., 2014).

Barros et al. (2013) avaliaram o estado nutricional de 121 adolescentes de sete escolas públicas da zona rural de um município do Rio de Janeiro. Dos 121 alunos estudados, 69 eram do sexo feminino (57%) e 52 do sexo masculino (43%). A média de idade foi de 12 anos. A prevalência de sobrepeso/obesidade foi de 28,9% e de baixo peso de 1,7%.

Figueiredo et al. (2017) avaliaram o estado nutricional de 34 crianças e adolescentes de, em média, 12,4 anos, beneficiárias do PBF da comunidade da Palmeirinha, em Juazeiro do Norte-CE. Os resultados obtidos foram semelhantes ao anterior, com uma prevalência de sobrepeso/obesidade de 30,8%.

Na amostra de 40 indivíduos adultos de 20 a 60 anos incompletos deste estudo, apenas 25% das mulheres estão na faixa de peso adequada, sendo que 31,25% estão com sobrepeso e 40,55% estão com algum tipo de obesidade. No caso dos homens entrevistados, 62,5% estão com o peso adequado e 37,5% estão acima do peso.

Tabela 8 – Distribuição do IMC/I pelas fases da vida dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Classificação do IMC	Adultos de 20 a 60 anos incompletos (n=40)*			
	Feminino (n=32)		Masculino (n=8)	
	n	%	n	%
Baixo Peso	1	3,1	-	-
Eutrofia	8	25,0	5	62,5
Sobrepeso	10	31,25	1	12,5
Obesidade Grau I	7	21,8	2	25,0
Obesidade Grau II	4	12,5	-	-
Obesidade Grau III	2	6,25	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2018. * Um caso sem informação.

Veloso e Silva (2010) analisaram uma amostra com 1005 adultos de 20 a 59 anos, sendo 612 mulheres e 393 homens, todos residentes no Maranhão. Nas mulheres, a prevalência de obesidade foi de 15,3%, e de sobrepeso de 26,8%. Nos homens, a prevalência de obesidade foi de 13,0% e de sobrepeso 31,1%.

Linhares et al. (2012) realizaram um estudo com amostra de 2448 indivíduos adultos em Pelotas-RS. A prevalência de obesidade foi de 21,7% nos homens e 29,2% nas mulheres. Já Holanda et al. (2011) avaliaram o estado nutricional de 464 adultos, entre 20 e 59 anos, residentes da zona urbana de Teresina-PI. As prevalências de sobrepeso e de obesidade foram, respectivamente, de 30% e 7,7%.

Conforme os dados da VIGITEL 2016 (BRASIL, 2017), o excesso de peso em adultos cresceu 26,3% e a obesidade 60% de 2006 a 2016. Os dados mostram também que a prevalência de obesidade duplica a partir dos 25 anos e é mais frequente nos indivíduos com grau menor de escolaridade.

6.4 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS

Das famílias entrevistadas, 55,9% (19) estão em situação de Insegurança Alimentar Grave. Essa situação é alarmante, visto que apenas uma família vive em situação de segurança alimentar. Nos domicílios com menores de 18 anos, o percentual de insegurança alimentar grave foi de 65,4% (17).

Tabela 9 - Situação de Segurança Alimentar e Nutricional nos domicílios dos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do sul catarinense

Classificação	Domicílios com menores de 18 anos		Domicílios sem menores de 18 anos		Total de domicílios	
	n	%	n	%	n	%
Segurança Alimentar	1	3,8	-	-	1	2,9
Insegurança Alimentar Leve	6	23,0	3	37,5	9	26,5
Insegurança Alimentar Moderada	2	7,7	3	37,5	5	14,7
Insegurança Alimentar Grave	17	65,4	2	25,0	19	55,9
Total	26	76,4	8	23,6	34	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Segundo as pesquisas feitas pelo IBASE em 2008, apesar do aumento no consumo de alimentos, uma parcela significativa dos beneficiários do PBF

encontrava-se em situação de insegurança alimentar grave (21%, representando 2,3 milhões de famílias). Apesar do aumento declarado no consumo de alimentos, uma parcela significativa dos beneficiários (21%, representando 2,3 milhões de famílias) encontra-se em situação de insegurança alimentar grave (fome entre adultos e/ou crianças da família); outros 34% (ou 3,8 milhões de famílias) estão em situação de insegurança alimentar moderada (restrição na quantidade de alimentos na família) (INESC, 2008).

Apresentam insegurança alimentar leve, quando não há falta de alimentos, mas preocupação em relação ao consumo no futuro, 28% (ou 3,1 milhões de famílias) e 17% (ou 1,9 milhão de famílias), que estão em situação de segurança alimentar e nutricional.

Em Maceió, AL, no ano de 2011 (CABRAL et al., 2013), foram avaliadas 204 famílias, totalizando 847 beneficiários do PBF. Destes, 91,2% apresentavam algum tipo de IA. Nos domicílios com crianças e adolescentes, todas as famílias apresentaram IA, sendo 20,3% leve, 46,9% moderada e 32,9% grave. Nos domicílios só com adultos, 29,5% estavam em situação de segurança alimentar, 32,8% em IA leve, 29,5% moderada e 8,2% grave. Observou-se, nesse estudo, que as proporções de IA foram maiores nas classes econômicas D e E nos domicílios com quatro ou mais moradores que não recebem outro benefício, com renda menor que R\$ 545,00, sem moradia própria, com água proveniente de poço/cacimbão, sem esgoto, cuja mãe era respondente, com idade menor que 40 anos, que não trabalhava e que tinha a circunferência de cintura inadequada e excesso de peso (CABRAL et al., 2013).

Também em 2011 foi traçado em Viçosa-MG o perfil socioeconômico e a insegurança alimentar das famílias beneficiárias do PBF que possuíam crianças com idade de dois a seis anos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana (SPERANDIO; PRIORE, 2015). Participaram da pesquisa 243 famílias, das quais 72,8% apresentaram alguma insegurança alimentar, sendo 47,3% consideradas IA leve, 10,7% IA moderada e 14,8% IA grave. A prevalência de insegurança alimentar foi mais elevada nos domicílios com menor nível socioeconômico, maior número de moradores, que possuíam água tratada por filtração e cujas mães tinham baixa escolaridade.

Monteiro, Souza e Pinho (2014) realizaram, em Montes Claros-MG, uma análise da insegurança alimentar e nutricional dos beneficiários do PBF. Foram entrevistados 72 beneficiários e obtidas informações sobre idade, renda, escolaridade situação de insegurança alimentar e nutricional, consumo alimentar, avaliação do serviço de saúde, conhecimentos em nutrição e estado nutricional. Foi adotada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional – com 15 questões que refletem a insegurança alimentar em diferentes níveis. Todas as famílias apresentaram algum grau de Insegurança Alimentar, sendo 48,6% leve, 34,7% média e 16,7% grave.

7 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma análise do Programa Bolsa Família e sua possível relação com a Insegurança Alimentar e Nutricional da população, mostrando a necessidade de Políticas Públicas voltadas para o combate à fome e à vulnerabilidade social, como também a efetivação de ações educativas que favoreçam a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

O elevado índice de sobrepeso e de obesidade visto em ambos os sexos e nas diversas faixa etárias pode estar relacionado com a alimentação pobre em vitaminas e minerais provenientes das leguminosas, hortaliças e frutas, e rica em alimentos ultraprocessados que favorecem não só o ganho de peso como a carência de micronutrientes.

A alta prevalência de IA alimentar encontrada no estudo, principalmente a de grau mais severo, pode estar relacionada ao fato de a amostra ser composta exclusivamente por beneficiários do PBF, grupo que pelos critérios de inclusão no programa é composto por famílias em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social.

Para contribuir para a segurança alimentar e nutricional da população beneficiária do Programa Bolsa Família, o profissional nutricionista pode realizar o diagnóstico nutricional da população estudada, avaliar a segurança alimentar e nutricional dessas famílias e atuar diretamente com os beneficiários, promovendo ações de educação alimentar e nutricional ou promovendo capacitações para os demais profissionais da saúde básica.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 335-340, 2002.
- AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS – ABRANDH. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Organizado por Marília Leão. Brasília: ABRANDH, 2013, p. 27.
- AITH, F. **Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à Saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2007. 399 p.
- ALVES, K. P.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, 2014.
- BARROS, D. C. de **Avaliação nutricional antropométrica de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro**. 2009. 129 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
- BARROS, S. B. et al. Excesso de peso entre adolescentes em zona rural e a alimentação escolar oferecida. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 201-8, 2013.
- BARROS, V. de O. et al. Perfil alimentar de crianças com excesso de peso atendidas em unidades básicas de saúde da família em Campina Grande-PB. **Revista Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 22, n. 2, p. 239-245, abr./jun. 2011.
- BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, A. R. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2011.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. 9. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2004a.
- BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de novembro 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] República Federativa do Brasil**. Brasília, 18 de novembro de 2006. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 23 maio 2018.

BRASIL. **Manual de Orientação para a alimentação escolar na Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e na Educação de Jovens e Adultos**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014a. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2015a. 33 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

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: DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2008. [Série B. Textos Básicos de Saúde]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. [Série G. Estatística e Informação em Saúde]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antr opometricos.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 33 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atenc_ao_basica.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família: transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social**. Brasília, DF: MDS, 2014b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Nota Técnica DA/SAGI/MDS nº 128/2010: Relatório da Oficina Técnica para análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar**. Brasília: SAGI/DA, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Bolsa Família garante direitos e autonomia às mulheres**. Publicado em 09 de março de 2016. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2016/marco/bolsa-familia-garante-direitos-e-autonomia-as-mulheres>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 159 p.

BRITO, J. G. de; COSTA, E. R. Titularidade Feminina no Programa Bolsa Família: Questões de Gênero e Segurança Alimentar. **Revista Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura**, v. 1, n. 3, n.p., 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufac.br/revista/index.php/tropos/article/view/185>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

BURITY, V. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, DF: ABRANDH, 2010. 204 p.

CABRAL, M. J. et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Revista Estud. Av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 71-87, 2013.

CARVALHO, C. A. de et al. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 211-221, jun. 2015.

CASTRO, A. M. de (Org.). **Fome: Um tema Proibido: últimos escritos de Josué de Castro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012, p. 13. [Prefácio]

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP. **Pendências:**

como localizar o parecer consubstanciado. Sem data de publicação. Disponível em: <http://www.cep.ufv.br/?page_id=94>. Acesso em: 12 mar. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CONSEA. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**: Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: CONSEA, 2004. 81 p.

CORADI, F. de B.; BOTTARO, S. M.; KIRSTEN, V. R. Consumo Alimentar de Crianças de Seis a Doze Meses e Perfil Sociodemográfico Materno. **Revista Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Arvorezinha, v. 12, n. 3, p.733-750, 26 ago. 2017.

CORRÊA, A. B. F.; MARTINS, G. de S. W. **Estado nutricional de escolares em escolas públicas, de uma cidade de médio porte e pequeno porte, no sul de Santa Catarina**. 2018. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2018.

CUSTÓDIO, M. B.; YUBA, T. Y; CYRILLO, D. C. Política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: uma análise da alocação de recursos. **Revista Panam. Salud Publica**, v. 33, n. 2, p. 144-50, 2013.

DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-486, jun. 2010.

DIREITO, D. do C. et al. O Cadastro Único como Instrumento de Articulação de Políticas Sociais. **Working Paper**, n. 15, jul. 2016. 20 p. Disponível em: <https://www.ipc-undp.org/pub/port/WP145PT_Cadastro_Unico_como_instrumento_de_articulacao.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 1, São Paulo, mar. 2010.

FERREIRA, L. P.; MARIANO, S. A. Gênero e o Programa Bolsa Família: que papel cabe às mulheres? In: Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 3., Londrina, 2014. **Anais...** Londrina: UEL, 2014. 8 p.

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. de M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 105-114, fev. 2008.

FIGUEIREDO, S. L. de et al. Avaliação do estado nutricional de escolares beneficiários do programa bolsa família da comunidade Palmeirinha. **Revista E-Ciência**, v. 5, n. 1, p. 78-85, 2017.

FRANÇA, M. V. Os programas de transferência de renda no Brasil: arcabouço histórico e desenvolvimento. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., São Luiz, 2015. **Anais...** São Luiz, MA: UFMA, 2015, n.p. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/os-programas-de-transferencia-de-renda-no-brasil-arcabouco-historico-e-desenvolvimen to.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2018.

FREI BETTO. A fome como questão política. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 53-61, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2018.

GOMES, F. da S.; ANJOS, L. A. dos; VASCONCELLOS, M. T. L. de. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. **Revista Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 591-605, ago. 2010.

HOFFMANN, R. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: Análise dos Dados da PNAD de 2004. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 49-61, fev. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/1824/1877>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

HOFFMANN, R. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 24, maio/ago. 1995.

HOLANDA, L. G. M. et al. Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI. **Revista Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 50-55, fev. 2011.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS – INESC. **O perfil do Bolsa Família**. Publicado em 02 de julho de 2008. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2008/julho/o-perfil-do-bolsa-familia>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Bolsa família 2003-2010: avanços e desafios**. Organizado por Jorge Abrahão de Castro e Lúcia Modesto. Brasília: Ipea, 2010. Vol. 2 v. 366 p.

- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania.** Organizado por Tereza Campello e Marcelo Côrtes Neri. Brasília: Ipea, 2013. 494 p.
- JESUS, L. S. de. **Consumo alimentar de adolescentes de uma escola no município de Itabaiana-Sergipe.** 2017. Monografia (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2017.
- LIMA JUNIOR, J. B.; ZETTERSTROM, L. (Orgs.). **A Extrema Pobreza no Brasil: A situação do direito à alimentação e moradia adequada.** São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- LINHARES, R. da et al. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, mar. 2012.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Revista Prim. Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994.
- MELLO, A. D. M. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de seis a dez anos de escolas municipais de área urbana. **Revista Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 48-54, mar. 2010.
- MONTEIRO, E. L. F.; SOUZA, C. R.; PINHO, L. Diagnóstico de Insegurança Alimentar e Nutricional entre beneficiários do Programa Bolsa Família participantes de oficina de intervenção nutricional. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 469-480, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/8634476-3457-1-SM.pdf>. Acesso: 18 ago. 2017.
- MONTEIRO, F. O Programa Bolsa Família no contexto da segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Revista Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 91-97, 2014.
- MOREIRA, F. D.; CARRASCHI, K. R. P. **Avaliação do Consumo Alimentar de Crianças Menores de 5 anos em Criciúma.** 2017. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.

O GLOBO. **Conheça a escala de insegurança alimentar.** Publicado em 26 de novembro de 2010. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/economia/conheca-escala-de-inseguranca-alimentar-2920549>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

ORTIZ, L. R. A.; CAMARGO, R. A. L. Breve histórico e dados para análise do Programa Bolsa Família. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2., Franca, 2016. **Anais...** Franca, SP: Unesp, 2016. 10 p.

PAULA, F. A. R. de et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da rede pública e particular da cidade de Fortaleza. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 455-461, out./dez., 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2492/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PEREZ, A. I. de la C. et al. Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **Revista BEPA**, São Paulo, v. 10, n. 116, ago. 2013.

PLANTÃO BRASIL. **Impeachment de Dilma é golpe de Estado, decide Tribunal Internacional.** Publicado em 29 de novembro de 2017. Disponível em: <<https://www.plantaobrasil.net/news.asp?nID=99231>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COCAL DO SUL. **Bem Vindo a Cocal do Sul.** Publicado em 22 de agosto de 2016. Disponível em: <<http://www.cocaldosul.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/83602>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

ROSA, J. A. O. da. **Estado nutricional e consumo de alimentos de beneficiários do Programa Bolsa Família em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – RS.** 2011. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 507-514, dez. 2004.

SANTOS, L. P. dos et al. Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p.783-789, 2014.

SEGALL-CORREA, A. M.; MARIN-LEON, L. A. Segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA)

de 2003 a 2009. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SILVA E SILVA, M. O. da. O BOLSA FAMÍLIA: problematizando questões centrais na política de transferência de Renda no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1429-1439, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000600006&script=sci_abstract&lng=pt)

81232007000600006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15 jul. 2018.

SILVA, J. V. L. da et al. Consumo alimentar de crianças e adolescentes residentes em uma área de invasão em Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Bras. Epidemiol.**, v.13, n.1, p. 83-93, 2010.

SILVA, M. O. da S. e. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1429-1439, dez. 2007.

SIQUEIRA, O. F.; GUIMARÃES, J. F. Fome "Princípio da Dignidade da Pessoa Humana não efetivado". **Jusbrasil**. Sem data de Publicação. Disponível em: <<http://ozaelfelix.jusbrasil.com.br/artigos/478094891/fome-principio-dadignidade-da-pessoa-humana-nao-efetivado>>. Acesso em: 24 out. 2018.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. **Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar**. Elaborado em 2015. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/public/file/ficha_marcadores_alimentar.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

SOARES, S. et al. **Texto para discussão nº 1293**. Programas de Transferência Condicionada de Renda no Brasil, Chile e México: Impactos Sobre a Desigualdade. Brasília: Ipea, 2007. 29 p.

SOTELO, Y. de O. M.; COLUGNATI, F. A. B.; TADDEI, J. A. de A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 233-240, fev. 2004.

SPERANDIO, N.; PRIORE, S. E. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 739-748, out./dez. 2015.

SUPLICY, E. M. Programa Fome Zero do Presidente Lula e as perspectivas da Renda Básica de Cidadania no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 61-71, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2018.

TOLONI, M. H. de A. et al. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista. Nutr.**, v. 24, n.1, p .61-70, 2011.

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC. **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**. Sem data de publicação. Disponível em: <www.unesc.net/portal/resources/files/71/termo_consentimento_livre_esclarecido.doc>. Acesso em: 12 mar. 2018.

VELOSO, H. J. F.; SILVA, A. A. M. da. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Revista Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 400-412, set. 2010.

ZVEIBRÜCKER, F. P.; MIRAGLIA, F. Avaliação do consumo alimentar de pré-escolares frequentadores de EMEIs no Município de Nova Santa Rita, RS. **CIPPUS – Revista de Iniciação Científica do Unilasalle**, v. 1, n. 1, maio 2012.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Repercussão do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas de um município do sul catarinense.

Objetivo: Avaliar a repercussão do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas no município de Cocal do Sul/SC.

Período da coleta de dados: 09/04/2018 a 11/05/2018.

Tempo estimado para cada coleta: 40 minutos.

Local da coleta: Unidades de Saúde da Secretaria de Saúde de Cocal do Sul/SC.

Pesquisador/Orientador: Paula Rosane Vieira Guimarães **Telefone:** 48 984069882

Pesquisador/Acadêmico: Carolina Kanarek da Silva **Telefone:** 48996965602

7ª fase do Curso de Nutrição da UNESC.

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa a cima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

Os procedimentos envolvem aplicação de entrevista sobre EBIA e marcadores de
--

consumo alimentar do SISVAN. O estado nutricional será realizado pela coleta do peso e altura na unidade de saúde pela pesquisadora. O procedimento total não passará de 40 minutos

RISCOS

Esta pesquisa não apresenta nenhum risco aos participantes. Será garantido a confidencialidade das informações. O procedimento de antropometria não traz riscos e, caso ocorra, os profissionais de saúde estarão juntos para possíveis providencias.

BENEFÍCIOS

Conhecer as condições nutricionais e, particularmente, as condições de segurança ou insegurança alimentar de indivíduos ou comunidades é um dos objetivos da política de VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional – e traz informações para que ações integradas nos diversos níveis de atenção à saúde e entre diversos setores da sociedade, públicos ou não, possam ser tomadas com base em dados reais. Por outro lado, os indivíduos e suas famílias, identificados como estando em insegurança alimentar, poderão ser prontamente atendidos e acompanhados.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Carolina Kanarek da Silva pelo telefone (48) 996965602 e/ou pelo e-mail carolinakanarek@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS

Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>	<p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>

Criciúma (SC), 12 de fevereiro de 2018.

Fonte: UNESCO (s.d.).

ANEXO B

ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR	
1 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
2 - Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
3 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
4 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
8 - Nos últimos três meses, Algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu	

quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
13 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	
14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?	
1 Sim	
2 Não	
3 Não sabe	

Fonte: O GLOBO (2010).

ANEXO C**Pontos de corte segundo nível de segurança/insegurança alimentar**

Classificação	Domicílios com menores de 18 anos	Domicílios sem menores de 18 anos
Segurança Alimentar 1	0	0
Insegurança Alimentar Leve 2	1-5	1-3
Insegurança Alimentar Moderada 3	6-9	4-5
: Insegurança Alimentar Grave. 4	10-14	6-8

Fonte: BRASIL, 2010.

ANEXO D

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cod. CNES UNIDADE:*	Cod. EQUIPE (INE):*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	/ /

Nº CARTÃO SUS: _____	
Nome do Cidadão:*	
Data de Nascimento:*/ / Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento:*	
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Mingau <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Agua/chá <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe	
Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe	
Ontem a criança consumiu:	
Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Mingau com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Iogurte <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/alpim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beterrão, brócolis, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Figado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Aroz, batata, inhame, alpim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia	
Ontem você consumiu:	
Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

Fonte: SISVAN (2015).

ANEXO E

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS DE UM MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE.

Pesquisador: Paula Rosane Vieira Guimarães

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83297718.7.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.625.571

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Fonte: CEP (s.d.).