

CONSUMO ALIMENTAR E ESTADONUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 7 ANOS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Simone Gonçalves Menegotto Reinehr¹, Renata Escobar Coutinho²

¹Nutricionista Residente da Ênfase Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição

²Nutricionista do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

RESUMO

Introdução: O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda, abrangendo às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de maneira que consigam superar a sua situação de vulnerabilidade. O programa exige dessas famílias o cumprimento de uma série de condicionalidades sendo uma delas a vigilância alimentar e nutricional de todos os integrantes da família. Destacando dentro deste escopo, a importância do conhecimento do padrão de consumo alimentar do público infantil. **Objetivo:** descrever o consumo alimentar e caracterizar o estado nutricional das crianças de 0 a 7 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família cadastradas em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre –RS. **Métodos:** Foram avaliadas 74 crianças a partir de uma amostra de 97 beneficiárias. Foram realizadas medidas de peso e altura. O estado nutricional foi determinado pelos índices antropométricos Índice de Massa Corporal para idade e Estatura para idade. O consumo de alimentos foi avaliado através dos questionários do SISVAN/Ministério da Saúde. **Resultados:** a prevalência de excesso de peso atingiu 20,3% das crianças avaliadas, sendo que 7% já apresentavam obesidade. A magreza foi detectada em menos de 5% e 1,4% das crianças apresentou baixa estatura para idade. Verificou-se que há um baixo consumo de frutas, legumes, verduras e feijão ocorrendo declínio do consumo destes alimentos com o aumento progressivo da idade, com exceção da carne e do leite. A maioria consome alimentos não saudáveis, como: salgadinho de pacote, bolacha recheada, refrigerante, doces e embutidos. **Conclusão:** Os resultados mostram que o excesso de peso é um problema de saúde que vem crescendo também na população infantil de beneficiários do Programa Bolsa Família provavelmente estimulado pelo consumo elevado de alimentos não saudáveis em detrimento dos saudáveis. Desta forma, as equipes de saúde da atenção básica devem reforçar suas ações de educação alimentar e nutricional junto às famílias beneficiárias para estimular o estabelecimento de melhores hábitos alimentares principalmente entre o público infantil.

Palavras-chave: estado nutricional, consumo de alimentos, criança, programa de transferência de renda.

ABSTRACT

Introduction: Bolsa Família is a direct income transfer program, covering families living in poverty and extreme poverty throughout the country, so that they can overcome their vulnerability. The program requires these families to comply with a series of conditionalities, one of which is food and nutrition surveillance for all members of the family. Emphasizing, within this scope, the importance of knowing the food consumption pattern of the children's audience. **Objective:** to describe the food consumption and to characterize the nutritional status of children aged 0 to 7 years who benefited from the Bolsa Família Program enrolled in a basic health unit in Porto Alegre-RS. **Methods:** We evaluated 74 children from a sample of 97

*beneficiaries. Weight and height measurements were performed. The nutritional status was determined by the anthropometric index Body Mass Index for age and height for age. **Results:** The prevalence of overweight reached 20.3% of the children evaluated, of which 7% were already obese. The thinness was detected in less than 5% and 1.4% of the children presented short stature for age. It was verified that there is a low consumption of fruits, vegetables, beans and beans occurring decline of the consumption of these foods with the progressive increase of the age, with the exception of the meat and the milk. Most eat unhealthy foods, such as: package snack, stuffed wafer, soda, candy, and sausage. **Conclusion:** The results show that overweight is a health problem that is also increasing in the child population of beneficiaries of the Bolsa Família Program probably stimulated by the high consumption of unhealthy foods in detriment of the healthy ones. Thus, primary health care teams should reinforce their food and nutritional education actions with beneficiary families to stimulate the establishment of better eating habits, especially among children.*

Key words: *nutritional status, food consumption, child, income transfer program.*

INTRODUÇÃO

O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda, abrangendo às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de maneira que consigam superar a sua situação de vulnerabilidade. Ele foi criado em outubro de 2003 e busca garantir às famílias beneficiárias o direito à alimentação e ao acesso à educação e à saúde (IPEA, 2013). O programa exige dessas famílias o cumprimento de uma série de condicionalidades como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao recém-nascido, da vacinação, bem como da vigilância alimentar e nutricional de todos os integrantes da família. Assim, as famílias beneficiárias do programa devem assumir e cumprir estes compromissos para continuar recebendo o benefício.

A vigilância alimentar e nutricional, como uma das ações que compõem as condicionalidades de saúde do Bolsa Família possibilita prover informações contínuas sobre o estado nutricional das crianças beneficiárias. O estado nutricional durante a infância é de fundamental relevância, uma vez que, uma alimentação balanceada em energia e nutrientes é essencial para o pleno crescimento e desenvolvimento nesta fase da vida. Portanto, o

acompanhamento da situação nutricional configura-se como ferramenta essencial de gestão, subsidiando o planejamento, a execução e a avaliação de ações em saúde tão importantes para essa população (MONTEIRO et al., 2009).

Dentro do escopo da vigilância alimentar e nutricional, destaca-se a importância do conhecimento do padrão de consumo alimentar do público infantil. É recomendado que a avaliação do consumo seja realizada na rotina dos serviços de Atenção Básica, de forma a permitir a observação de comportamento ou padrão que caracteriza marcadores positivos e/ou negativos da alimentação (BRASIL, 2015). Através deste dado, é possível planejar ações capazes de promover mudanças positivas no comportamento alimentar ainda na infância, fase na qual os hábitos de consumo estão sendo adquiridos e consolidados. Embora a avaliação de consumo alimentar de crianças seja importante, existem poucos estudos de base populacional no país com essa abordagem (ALVES, 2013).

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo descrever o consumo alimentar e caracterizar o estado nutricional das crianças de 0 a 7 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família cadastradas em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo com amostra de crianças entre 0 e 7 anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família, pertencentes à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona norte de Porto Alegre - RS. As crianças foram selecionadas a partir do Mapa de Acompanhamento do Bolsa Família enviado à UBS pela Secretaria Municipal da Saúde no qual constavam 97 crianças. Foram excluídas 21 crianças por não residirem no território da Unidade de Saúde, totalizando 76 crianças elegíveis para o estudo.

A aferição de peso e de estatura foi realizada conforme Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, por profissionais devidamente treinados

incluindo nutricionistas, acadêmicos de nutrição e técnicos de enfermagem. A pesagem das crianças menores de 2 anos foi feita em uma única medição com balança digital pediátrica da marca Welmy Classe III® com capacidade máxima de 15 Kg e precisão de 5g. A aferição do peso de crianças acima de 2 anos também foi realizada em uma única medição em balança digital da marca Toledo Classe II® com capacidade máxima de 200 Kg, mínima de 1 Kg e precisão de 50g. Para realização desta medida as crianças menores de 2 anos foram posicionadas deitadas de costas no centro da balança pediátrica, com o mínimo de roupas possível e sem fraldas. As crianças maiores de 2 anos foram posicionadas no centro da balança, descalças, com os bolsos vazios, em posição ereta, mãos ao lado do corpo, pés juntos e cabeça com um ângulo de 90°.

A aferição da estatura de crianças menores de 2 anos foi realizada em uma única medição com estadiômetro portátil disponível na Unidade de Saúde, com extensão de 1 metro e precisão de 1mm. As crianças foram deitadas de costas em uma superfície rígida, descalças e sem acessórios na cabeça. A aferição da estatura de crianças maiores de 2 anos também foi realizada em uma única medição com estadiômetro vertical da marca Toledo® com campo de medição de 100 cm a 200 cm e precisão de 1mm. Para aquelas crianças que não haviam atingido 100cm de altura foi adaptada uma fita métrica não extensível em uma parede sem rodapé da UBS, com campo de medição e precisão iguais ao estadiômetro vertical. As crianças encontravam-se sem calçados, em posição ereta, com a cabeça erguida e os braços estendidos ao longo do corpo e olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

Para classificação do estado nutricional utilizou-se os índices antropométricos Estatura para Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I) de acordo com as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial de Saúde em 2006. Dessa forma, em relação ao índice E/I, as crianças foram classificadas em: 'Muito baixa estatura para idade'; 'Baixa estatura para idade'; ou 'Estatura adequada para a idade'. Quanto ao IMC/I, as categorias definidas foram: 'Magreza acentuada'; 'Magreza'; 'Eutrofia'; 'Risco de sobrepeso'; 'Sobrepeso'; 'Obesidade'; ou 'Obesidade grave'.

Para avaliar o consumo alimentar foram utilizados os questionários desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Este instrumento disponibiliza quatro questionários para a avaliação da alimentação das crianças, conforme a idade das mesmas: o primeiro para crianças menores de seis meses, que visa caracterizar a prática do aleitamento materno e identificar o tipo de alimentação que a criança está recebendo; o segundo é para crianças com idade entre seis meses e menos de dois anos que busca investigar a introdução de alimentação complementar e consumo de grupos de alimentos, como leite e derivados, doces, cereais, frutas, carnes, leguminosas, verduras e legumes; o terceiro para crianças com idade entre dois anos e menos de cinco anos que procura identificar as práticas alimentares da criança que já deve ter adotado a alimentação da família; e o quarto questionário para indivíduos maiores de cinco anos de idade, busca identificar com que frequência a criança consumiu alguns alimentos e bebidas nos últimos sete dias. Utilizou-se ainda um questionário para coleta de dados socioeconômicos.

Todos os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, autorizando a participação da criança no estudo. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa Grupo Hospitalar Conceição, sob o protocolo número 14168, no ano de 2014. Os dados foram digitados em planilhas de *Excel*[®] versão 2010. Para diagnóstico nutricional utilizou-se o *software* Anthro[®] com base nas tabelas da OMS 2006 para menores de 5 anos e Anthro Plus[®] para maiores de 5 anos (OMS, 2007). A análise estatística descritiva foi feita no programa SPSS[®] versão 18.

RESULTADOS

Participaram 74 crianças, representando 97,4% das crianças beneficiárias do Bolsa Família cadastradas na Unidade de Saúde, tendo apenas dois pais que recusaram a participação dos seus filhos no estudo (2,6%). Verificou-se que 51,4% delas eram do sexo

masculino, 83,8% tinham cor de pele branca e a maioria das mães possuía nível fundamental completo de escolaridade (82,4%). A amostra era composta por três grupos etários: maiores de seis meses e menores de dois anos (n=6), maiores de dois anos e menores de cinco anos (n=32) e maiores de cinco anos (n=36). Não houve nenhuma criança menor de seis meses de idade.

Os achados em relação aos índices antropométricos analisados (E/I e IMC/I) encontram-se descritos na **Tabela 1**. Evidencia-se que o principal agravo nutricional foi o excesso de peso, atingindo um terço das crianças avaliadas, sendo que aproximadamente 7% já apresentava obesidade. Por outro lado, a magreza foi detectada em menos de 5% da amostra e apenas uma criança apresentou baixa estatura para idade.

Tabela 1. Estado nutricional de acordo com os índices antropométricos (IMC/I e E/I) e faixa etária

Variáveis	≥ 6 meses e < 2 anos	≥ 2 anos e < 5 anos	> 5 anos	Total n (%)
IMC para Idade (IMC/I)				
Magreza acentuada	0	0	0	0
Magreza		1	2	3(4,1)
Eutrofia	5	16	25	46(62,1)
Risco de sobrepeso	1	9	-	10(13,5)
Sobrepeso	0	4	6	10(13,5)
Obesidade	0	2	2	4(5,4)
Obesidade grave	-	-	1	1(1,4)
Estatura para Idade (E/I)				
Muito Baixa Estatura para idade	0	0	0	0
Baixa estatura para idade	0	1	0	1(1,4)
Estatura adequada para idade	6	31	36	73(98,6)
TOTAL DE CRIANÇAS	6	32	36	100

Através do instrumento de avaliação de consumo alimentar verificou-se que nenhuma das crianças entre seis meses e menores de 2 anos estava em aleitamento materno. Apenas uma delas havia sido amamentada exclusivamente até o sexto mês de vida. Além disso, 83,3% das crianças consumiram bebidas ou preparações adoçadas no último mês e este mesmo

percentual consumiu papa salgada/comida de panela antes dos seis meses de idade (dados não apresentados em tabela).

As questões que investigavam o consumo de leite, verduras/legumes, frutas e carnes assim como o hábito de realizar as refeições assistindo televisão eram semelhantes para faixa etária entre seis meses e menores de dois anos e para faixa entre dois anos e menor de cinco anos, estando os dados reunidos na **Tabela 2**.

Tabela 2: Consumo alimentar de crianças \geq a 6 meses e $<$ de cinco anos (N=38)

	\geq 6 meses e $<$ 5 anos	
	n	%
Consumo de mais de 2 preparações de leite ¹	16	42,1
Consumo de verduras/legumes ¹	16	42,1
Consumo de fruta ¹	13	34,2
Consumo de carne ¹	32	84,2
Consumo assistindo televisão ¹	20	52,6

¹Consumo alimentar do dia anterior à pesquisa

Para as crianças maiores de dois anos e menores de cinco anos também foram analisadas as frequências de consumo de alimentos não saudáveis como refrigerante, bebidas açucaradas, salgadinho de pacote e biscoito recheado (**Figura 1**).

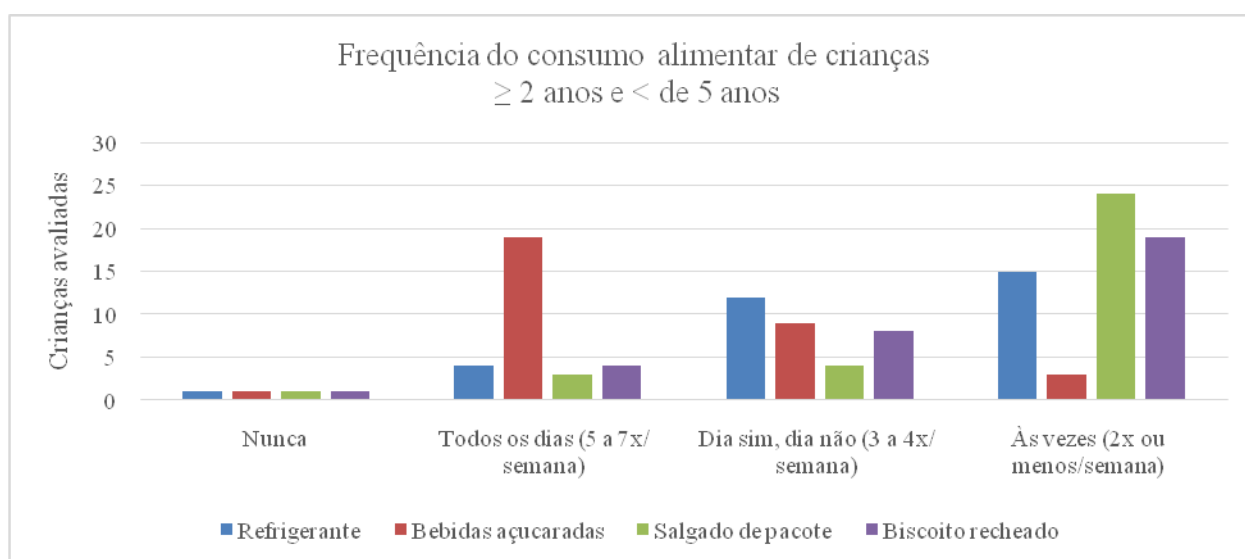


Figura 1: Frequência do consumo alimentar de crianças entre 2 anos e menos que 5 anos

Em relação ao consumo de alimentos considerados saudáveis, verificou-se que 8,3% das crianças maiores de cinco anos de idade não comeu salada crua, 11,2 % não consumiram legumes e verduras cozidos, assim como 13,9% não comeram frutas e 58,4% não ingeriram feijão na semana anterior à aplicação do questionário. Observou-se um elevado consumo de leite e/ou iogurte, consumidos diariamente pela maior parte das crianças (77,7%). Os alimentos não saudáveis como salgados fritos, salgadinhos de pacote, biscoitos recheados e refrigerantes foram ingeridos pela maioria das crianças, durante a semana anterior (**Tabela 3**).

Tabela 3. Frequência alimentar semanal de crianças maiores de cinco anos (N=36)

Alimentos	NUNCA	TODOS OS DIAS (5 a 7x/sem)	DIA SIM, DIA NÃO (3 a 4x/sem)	ÀS VEZES (2x ou menos/sem)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Salada crua	3(8,3%)	10 (27,8%)	11(30,6%)	12 (33,3%)
Legumes e verduras cozidos	8 (22,2%)	4 (11,2%)	7 (19,4%)	17 (47,2%)
Frutas	2 (5,6%)	5 (13,9%)	13 (36,1%)	16 (44,4%)
Feijão	4 (11,1%)	21 (58,4%)	6 (16,7%)	5 (13,9%)
Leite ou iogurte	2 (5,6%)	28 (77,7%)	2 (5,6%)	4 (11,2%)
Salgados fritos	2(5,6%)	4(11,2%)	20(55,6%)	10 (27,8%)
Embutidos	6 (16,7%)	0	6 (16,7%)	24 (66,7%)
Salgadinhos de pacote	0	7 (19,4%)	14 (38,9%)	15 (41,7%)
Biscoitos recheados	0	12 (33,3%)	16 (44,4%)	8 (22,2%)
Refrigerantes	2 (5,6%)	5 (13,9%)	15 (41,7%)	14 (38,9%)

DISCUSSÃO

Com relação ao estado nutricional das crianças, levando em consideração todas as faixas etárias analisadas, a maior parte delas (62,1%), encontravam-se eutróficas. No entanto, é importante observar que 20,3% das crianças avaliadas apresentaram algum grau de excesso de peso. Este resultado foi consideravelmente superior ao encontrado na Pesquisa de Demografia e

Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) que, em 2006, relatou uma prevalência de 7,3% de excesso de peso nas crianças menores de 5 anos. Enquanto o baixo IMC para idade correspondeu a 1,4% de nossas avaliações, a obesidade apareceu em 6,8% da amostra. Analisando o indicador estatura para idade, observou-se que a maioria das crianças se encontra dentro dos parâmetros esperados para a faixa etária.

Em estudo realizado em Minas Gerais com 446 crianças de seis meses até sete anos beneficiárias do PBF (n= 262) e um grupo controle (n=184) foi demonstrado uma ocorrência de 6,5% de baixa estatura para idade, 0,4% de baixo IMC para idade e 4,2% de obesidade (OLIVEIRA et al.,2011) entre as crianças beneficiárias. No entanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao estado nutricional. Dados do estado nutricional de mais 1,5 milhão de crianças beneficiárias do PBF, registrados pelo SISVAN, em todas as regiões do Brasil apontam que, 2,12% das crianças apresentavam desnutrição grave e 16,8% delas estavam com baixa estatura para idade. Por outro lado, 7,86% foram classificadas em risco de sobrepeso (DUAR et.al., 2007). Pesquisa realizada na Paraíba com 90 crianças beneficiárias, durante o período de 2008 a 2010, verificou que o excesso de peso foi mais prevalente do que a desnutrição naquela população, sendo detectado em mais de 10% das crianças em todas as vigências (MAIA, 2012). Este fenômeno conhecido como transição nutricional, vem sendo descrito em todo o território nacional, destacadamente entre a população mais carente. Os achados do presente estudo parecem demonstrar este processo.

Levando-se em conta a necessidade de promoção integral da saúde, a detecção precoce do excesso de peso infantil pode contribuir para a redução dos riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo II, além de problemas ortopédicos e transtornos psicossociais (MÜLLER et al., 2014). Sendo assim, a diminuição do excesso de peso pode ter impacto positivo na redução dos custos dos sistemas de saúde. As equipes de saúde da Atenção Básica (AB) acabam desempenhando papel relevante nesse processo, uma vez que, as informações produzidas a partir

das práticas de vigilância em saúde destas equipes, inclusive as que se referem à alimentação e nutrição, auxiliando profissionais e gestores no aperfeiçoamento e na definição de instrumentos e dispositivos de gestão do cuidado da população sob sua responsabilidade sanitária (BRASIL,2015).

As diretrizes estabelecidas no país sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos recomendam o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e, a partir dessa idade, que ele seja complementado com outros alimentos e mantido até os dois anos ou mais (BRASIL, 2010). A prevalência de aleitamento materno encontrada no presente estudo foi zero, provavelmente, por causa do reduzido tamanho da amostra, na faixa etária entre seis meses e menores de dois anos (n=6). Além disso, mesmo que as evidências científicas demonstrem a importância da amamentação, a média de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva (duração de 54 dias), estão muito abaixo do recomendado e isto pode ter contribuído para o resultado encontrado.

Neste estudo, podemos observar claramente a retirada precoce do aleitamento materno e conseqüentemente a introdução de outros alimentos. Encontra-se bem documentado que esta prática é considerada inadequada por elevar os riscos de morbimortalidade devido a uma menor ingestão de fatores de proteção presentes no leite materno (MONTE, 2004). Além disso, apenas 16% das crianças menores de dois anos avaliadas permaneceu em aleitamento materno exclusivo até os seis meses o que corrobora com o percentual significativo de mães (79,5%) que referiram já ter oferecido doces e comida de panela às crianças antes desse período.

Em relação ao consumo de frutas, legumes e verduras entre as crianças menores de cinco anos, este ficou muito aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde. Apenas 42,1% das crianças tinham consumido verduras/legumes no dia anterior a pesquisa e 34,2% tinham consumido frutas. Saldiva et. al., (2010), em pesquisa realizada com 164 crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF (n=84) e grupo controle (n=80), também confirmam o baixo consumo de verduras/legumes e frutas por esta população, independente ou não de receber o benefício.

Nesse estudo, 31% das crianças não consumiram verduras/legumes e frutas na última semana e 25% não consumiram carne ou feijão.

No presente estudo, a carne foi consumida por 84,2% das crianças desta faixa etária. Sabe-se que deficiência de ferro está associada com a anemia ferropriva, e que esta afeta cerca de 20% dos menores de cinco anos no Brasil (CARVALHO et.al., 2014). No estudo de Oliveira et al (2011), já mencionado aqui, foi avaliada a prevalência de anemia ferropriva em amostra de crianças beneficiárias do PBF e o resultado encontrado foi de 22,6%. Estes dados demonstram a importância da alta prevalência da ingestão de alimentos com boa biodisponibilidade de ferro encontrada neste estudo para a prevenção da anemia.

Em nosso estudo, as crianças menores de cinco anos também apresentaram frequências elevadas de consumo de alimentos não saudáveis como refrigerantes, bebidas açucaradas, salgadinho de pacote e biscoito recheado. Pelo menos 59,4% das crianças consumiram bebidas açucaradas todos os dias e 28,1% consumiram dia sim, dia não. O refrigerante teve consumo diário de 12,7% e consumo de até 4 vezes por semana de 37,5%. Já o salgadinho de pacote e o biscoito recheado tiveram frequências de consumo diário de 9,4% e 12,5%, respectivamente. Estes resultados servem de alerta, já que estes alimentos devem ser consumidos apenas esporadicamente. Ainda com relação aos hábitos considerados não-saudáveis, mais da metade das crianças realizaram as refeições assistindo à televisão. Esta rotina deve ser desestimulada, uma vez que, está associada à inadequação dos hábitos alimentares e a diminuição da atividade física, sendo um importante fator associado à obesidade infantil (ROSSI et. al., 2010).

Na faixa etária acima dos cinco anos se manteve o padrão de baixo consumo de verduras/legumes (11,2%), frutas (13,9%), feijão (58,4%) e salada crua (27,8%), sendo esses valores ainda menores do que nas crianças mais novas. Chama a atenção o elevado consumo diário de alimentos lácteos (77,7%). Do mesmo modo, o consumo de refrigerantes, salgadinhos de pacote e salgados fritos também permanece elevado. Sabe-se que nesta idade ocorre um desinteresse

natural da criança pela alimentação, em virtude da diminuição da velocidade de crescimento e consequente redução do volume ingerido (VITOLLO, 2008). Logo, se ocorre ingestão insuficiente de alimentos como verduras, legumes e frutas isso compromete o aporte de micronutrientes, o que pode influenciar negativamente o sistema imunológico das crianças e deixá-las mais suscetíveis às infecções (QUEIROZ, 2000; CAGLIARI et.al., 2009; MACEDO et.al., 2010).

Cabe ainda ressaltar que o consumo alimentar das famílias de baixa renda, entre elas as beneficiárias do Bolsa Família, é frequentemente determinado pelo custo-benefício. A opção pela escolha de alimentos não saudáveis pode estar relacionada ao baixo custo dos alimentos industrializados, a alta palatabilidade dos mesmos, praticidade e o fácil acesso, que agem como facilitadores para a preferência a esses alimentos, trazendo reflexos no estado nutricional de todos os indivíduos da família (COUTINHO et. al., 2009).

Dessa forma, a alta taxa de excesso de peso encontrada entre as crianças do presente estudo pode estar relacionada, em parte, pelo consumo de alimentos baratos com alta densidade calórica e alto índice glicêmico, como biscoitos recheados, salgadinhos e refrigerantes. Porém, em razão do tamanho reduzido de nossa amostra, não foi possível fazer associações entre estado nutricional das crianças beneficiárias e o seu consumo alimentar o que, aliado ao delineamento do estudo, nos impossibilitou de estabelecer relações causais. Logo, a realização de estudos com grupo controle e ajustes para variáveis de confundimento, envolvendo o desfecho consumo alimentar, devem ser estimulados.

Analisando o processo de transição nutricional observado na população brasileira, em todos os estratos de renda, percebe-se a importância de verificar a participação do PBF nas modificações dos hábitos alimentares como justificativa e reforço da necessidade de promoção de ações de alimentação saudável (SPERANDIO, 2016). Em revisão bibliográfica sobre os impactos na vida e no estado nutricional dos beneficiários do PBF, Oliveira et. al., (2014) sugerem que o programa contemple a criação de projetos que tenham como objetivo a educação nutricional das

famílias. Para os autores, somente proporcionar o benefício às famílias não parece satisfatório, já que a falta de informação leva à aquisição de alimentos que poderão não constituir uma alimentação adequada nutricionalmente.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que o excesso de peso é um problema de saúde que vem crescendo também na população infantil de beneficiários do Programa Bolsa Família. Foram encontrados baixos índices de déficit de peso e estatura e significantes índices de excesso de peso. Quanto ao consumo alimentar, os achados mostram consumo elevado de alimentos não saudáveis em detrimento dos saudáveis. Há declínio do consumo de alimentos como frutas, verduras e legumes com o aumento progressivo da idade, com exceção da carne e do leite. Em se tratando de promoção da alimentação saudável, as equipes de saúde da atenção básica devem reforçar suas ações de educação alimentar e nutricional junto às famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, pois estas estimulam o estabelecimento de melhores hábitos alimentares, que vão refletir não apenas em curto prazo, mas também longitudinalmente na saúde das crianças.

REFERÊNCIAS

Alves, Mabel Nilson; Muniz, Ludmila Correa; Vieira, Maria de Fátima Alves. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3369-3377, Nov. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015

Cagliari MPP, Paiva AA, Queiroz D, Araujo ES. Consumo alimentar, antropometria e morbidade em pré-escolares de creche públicas de Campina Grande, Paraíba. **Nutrire** 2009; 34(Supl. 1):29-43

Carvalho, Carolina Abreu, Fonsêca, Poliana Cristina de Almeida, Priore, Silvia Eloiza, Franceschini, Sylvia do Carmo Castro e Novaes, Juliana Farias. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista Pediatria**. 2015;33(2):211--221 2014

Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC et al . A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira Epidemiologia**. 2009; 12(4): 688-699

Duar H, Toral N, Coutinho J. Programa Bolsa Família: o acompanhamento do estado nutricional das famílias titulares de direito como forma de enfrentar as desigualdades sociais no setor saúde. *III Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2007 ago* 28-30. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2007

HRUSCHKA, D. J. Do economic constraints on food choice make people fat? A critical review of two hypotheses for the poverty-obesity paradox. **Am J Hum Biol.**, v.24, n.3, p.277-85, May-Jun. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA E APLICADA. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania* / organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri. – Brasília: Ipea, 2013. 494 p.: gráfs., mapas, tabs.

MAIA, Julyanne de Oliveira. *O Programa Bolsa Família e o estado nutricional de crianças participantes: uma análise do município de Cabedelo* – PB. 2012. 90f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba.

Macedo EMC, Amorim MAF, Silva ACS, Castro CMMB. Efeitos da deficiência de cobre, zinco e magnésio sobre o sistema imune de crianças com desnutrição grave. **Revista Paulista Pediatria** 2010; 28(Supl. 3):329-336

MONTE CMG.; GIUGLIANI ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80 , n 5, 2004.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009

MÜLLER, R.M. et al Excesso de peso e fatores associados em menores de cinco anos em populações urbanas no Brasil **Revista Brasileira Epidemiologia** abr-jun 2014; 285-296

OLIVEIRA , FCC. et al. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 3307 – 3316, 2011.

Oliveira, AAS; Crispim, AB; Liberalino, LCP. Desmistificando o Programa Bolsa Família: Impactos na vida e no estado nutricional dos beneficiários. **Revista Científica da Escola da Saúde**. Univ Potiguar. Ano 4, nº 1, p. 17-31, out. 2014/ jan. 2015

Queiroz SS, Torres MAA. Anemia ferropriva na infância. *Jornal de pediatria*, 2000

ROSSI, C.E. et.al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 4, jul/ago, 2010.

Saldiva SRDM, Silva LFF, Saldiva PHN. Avaliação antropométrica e consumo alimentarem crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. **Revista de Nutrição**. 2010 Mar./Abr.; 23 (2): 221-229.

SPERANDIO, Naiara. *Impacto do Programa Bolsa Família no estado nutricional e consumo alimentar: estudo das regiões Nordeste/Sudeste*. 2016. 151f. Tese (Doutorado em Ciência da Nutrição) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

VITOLLO, Márcia Regina. *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.